Formulaire de demande de compte de l'Assurance-maladie - Multiples fournisseurs de services

Lignes directrices

Le but de ce formulaire est de demander un numéro de compte supplémentaire avec les paiements de l'Assurance-maladie. Tous les fournisseurs de services **DOIVENT** satisfaire aux exigences ci-dessous, sinon la demande de compte sera refusée.

Exigences :

Le fournisseur de services doit :

- ☐ Être un fournisseur de services inscrit auprès de l'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick;
- ☐ Besoin d'un compte de facturation de l'Assurance-maladie supplémentaire (c.-à-d. sur appel, pro forma ou groupe);
- ☐ Fournir un chèque ANNULÉ ou un formulaire autorisé par la banque afin que l'Assurance-maladie puisse diriger les paiements effectués sur ce compte vers le compte bancaire désigné;
- ☐ S'il y a lieu, indiquez le type d'arrangement et l'emplacement;
- ☐ Détenir les privilèges appropriés, tels que déterminés par la Régie, dans la zone où vous souhaitez avoir cette pratique et faire signer **la section 5** de ce formulaire par le directeur médical de cette zone;
- ☐ Passez en revue la ***politique de compte*** (Manuel de directives de l'Assurance-maladie, Section 6, Directive 2) pour vous assurer que le compte approprié est demandé.

Toutes les questions et / ou préoccupations concernant ce formulaire ou la délégation peuvent être adressées à la section des paiements de l'Assurance-maladie au (506) 453-8274, option 1 ou par courriel à dhmedpay@gnb.ca.

Retournez le formulaire rempli par courriel à dhmedpay@gnb.ca. S'IL VOUS PLAÎT NE PAS POSTER LES ORIGINAUX

Section 1 – Renseignements sur le compte

Indiquer le ou les types de comptes demandés :				
✓	**Type de compte**	**Indiquer le type d'arrangement**	**Emplacement**	**Date d'entrée en vigueur (jj/mm/aaaa)** *Les services ne peuvent pas être facturés avant cette date.*
☐	Compte de garde	***Médecins salariés seulement***		
☐	Compte de facturation pro forma	***Médecins salariés seulement***		
☐	Compte de facturation pro forma à la vacation			
☐	Autre plan de financement (AFP) Compte de facturation pro forma			
☐	Autre, veuillez préciser			

Section 1 – Renseignements sur le compte

Nom du compte :

Nom du médecin en chef	**Numéro de fournisseur de services**	**Numéro de téléphone**	**Courriel**
Adresse du compte de groupe		*Ligne téléphonique privée si disponible - à l'usage du personnel de l'Assurance-maladie seulement.*	

Formulaire de demande de compte de l'Assurance-maladie - Multiples fournisseurs de services

Section 2 – Renseignements sur le fournisseur de services

Veuillez énumérer tous les fournisseurs de services qui seront membres de ce compte (y compris le médecin en chef), le médecin en chef aura la possibilité d'apporter des modifications au compte au nom des membres et pourrais recevoir la correspondance générale de l'Assurance-maladie pour ce compte. Le médecin en chef aura autorité sur tous les nouveaux membres ajoutés à l'avenir.

Numéro de fournisseur de services	Nom du fournisseur de services	Signature du fournisseur de services

Section 3 – Renseignements sur les délégués et responsabilités

[1]Délégué		[2] Délégué	
Nom		Nom	
Numéro de téléphone	Courriel	Numéro de téléphone	Courriel
Nom d'utilisateur de la régie (le cas échéant)		Nom d'utilisateur de la régie (le cas échéant)	

En cochant la case **Ajouter** (page 3), vous autorisez l'Assurance-maladie à fournir des informations et un accès au délégué mentionné à la section 3. En cochant la case **Supprimer** (page 3), vous autorisez l'Assurance-maladie à supprimer l'autorité d'un délégué existant.

Formulaire de demande de compte de l'Assurance-maladie - Multiples fournisseurs de services

NOM DU DÉLÉGUÉ	Soumettre/transmettre les réclamations, communiquer avec l'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick concernant les réclamations soumises et autoriser les ajustements et / ou les recouvrements pour s'assurer que les réclamations sont soumises avec exactitude au nom du médecin pour ledit compte (s).		Consultez les relevés de rapprochement bihebdomadaires dans SCM (**S**ystème de **c**ommunication des **m**édecins)		Communiquer avec l'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick pour autoriser les ajustements et / ou les recouvrements. Obtenez des informations sur les paiements pour ledit(s) compte(s). Ceci est destiné à une personne qui n'est pas déléguée pour soumettre des réclamations et / ou accéder à SCM.		Consultez mon rapport Profil de fournisseur de services par code de service individuel (il s'agit d'un résumé de tous les comptes de facturation à l'effet de service utilisés par le fournisseur de services).	Consultez mon profil de facturation parallèle des médecins salariés (il s'agit d'un résumé de tous les comptes de facturation parallèle salariés utilisés par le fournisseur de services).
	Ajouter	**Supprimer**	**Ajouter**	**Supprimer**	**Ajouter**	**Supprimer**	**Remarque :** Ce rapport est une consolidation de factures, alors aucun numéro de compte n'est nécessaire.	
1	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
2	☐	☐	☐	☐	☐	☐		

Section 4 – Consentement

J'accepte par les présentes ce qui suit :

1. Je suis personnellement responsable de m'assurer que toutes les facturations sont effectuées sous le compte approprié ;
2. J'autorise l'Assurance-maladie à faire des ajustements et des recouvrements du compte en ce qui concerne les réclamations soumises en mon nom, mais pas en sus des paiements globaux effectués sur le compte à mon nom ;
3. J'autorise l'Assurance-maladie à faire des déductions de mes gains en vertu de ce numéro de compte à l'égard d'une demande de tiers tel qu'autorisé par la loi ;
4. J'autorise le délégué à agir en mon nom pour le compte mentionné à l'article 3 ; et
5. Je comprends que je continue d'être entièrement responsable de la facturation et des documents connexes de l'Assurance-maladie.

***Signature du médecin en chef:** ***Date :**

Section 5 – Privilèges

Cette section doit être remplie par le Bureau du personnel médical. S'il vous plaît imprimer.		
Nom du fournisseur de services		
RRS / Zone		
Municipalité		
Privilèges approuvés dans la zone RHA énumérée ci-dessus ?	☐ **OUI** Le médecin a les privilèges appropriés pour effectuer le travail en ce qui concerne cette demande.	☐ **NON** Le médecin n'a pas les privilèges appropriés pour effectuer le travail en ce qui concerne cette demande.
Nom du directeur médical		

Signature du directeur médical : **RRS / ZONE :** **Date :**