Formulaire de demande de compte de l'Assurance-maladie
Fournisseur de services unique

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

Passez à la page 2...

Formulaire de demande de compte de l'Assurance-maladie - Fournisseur de services unique

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 2 – Renseignements sur le fournisseur de services

Nom du fournisseur de services	**Numéro de fournisseur de services**	***Numéro de téléphone**	**Courriel**

**Ligne téléphonique privée si disponible - à l'usage du personnel de l'Assurance-maladie seulement.*

Adresse

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 la section des paiements de l'Assurance-maladie à fournir des informations et un accès au délégué mentionné à la section 2 ci-dessus. En cochant la case **Supprimer** (page 3), vous autorisez la section des paiments de l'Assurance-maladie à supprimer l'autorité d'un délégué existant.

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).
	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 fournisseur de services :** ***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: **Zone RRS:** **Date:**