Modification du compte de l'Assurance-maladie
Ajouter/supprimer un fournisseur de services

Lignes directrices

Le présent formulaire est destiné à l'ajout ou à la suppression d'un médecin dans un compte de groupe existant de l'Assurance-maladie pour permettre la demande de réclamation et le paiement. Si vous avez des questions ou des préoccupations au sujet de ce formulaire, veuillez communiquer avec 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

****CETTE SECTION EST OBLIGATOIRE****

Avant de remplir les informations ci-dessous, veuillez indiquer la raison pour laquelle ce fournisseur de services a été ajouté à ce compte. *Exemple : C'est pour la facturation des hospitalistes provinciaux de l'AFP*

Section 1 – Renseignements sur le fournisseur de services

Nom du fournisseur de services	Numéro de fournisseur de services	[1]Numéro de téléphone	Courriel

[1]Ligne privée si disponible - à l'usage du personnel de Medicare uniquement.

Section 2 – Renseignements sur le compte

Ajoutez ou **supprimez** le fournisseur de services répertorié ci-dessus du compte de groupe suivant :

Numéro(s) de compte de facturation de l'Assurance-maladie	Nom du compte de facturation de l'Assurance-maladie	Ajouter	[1] Date de début (jj/mm/aa)	Supprimer	Date de fin (jj/mm/aa)
		☐		☐	
		☐		☐	

[1]Services effectués ne peuvent pas être facturés avant cette date.

Section 3 – Renseignements sur les délégués

En remplissant cette section, vous autorisez le délégué nommé ci-dessous à : Soumettre/transmettre des réclamations sur ce(s) compte(s) ; Communiquer avec l'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick au sujet des demandes de règlement soumises ; Autoriser les rajustements et/ou les recouvrements pour s'assurer que les demandes sont soumises avec exactitude au nom du médecin pour ledit(s) compte(s).

Nom du délégué	Numéro de téléphone	Courriel	Nom d'utilisateur de la régie régionale de la santé (si applicable)

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 à partir du compte.
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, ou le cas échéant le médecin en chef, à agir en mon nom pour le compte susmentionné.

Signature du fournisseur de services : **Date :**

Veuillez fournir les renseignements suivants à la personne qui remplit ce formulaire.		
Nom	**Numéro de téléphone**	**Courriel**