L'assurance-maladie
Formulaire d'autorisation du déléguer

Lignes directrices

- Le fournisseur de services doit se servir du présent formulaire pour désigner **un délégué** devant agir en son nom ou pour annuler un accès accordé à un délégué. Un délégué est une personne autre que le fournisseur de services (ex. secrétaire ou membre du personnel de soutien administratif) à qui un fournisseur de services donne le pouvoir d'accomplir certaines tâches ou de voir certains renseignements en son nom.
- Un formulaire d'autorisation des délégués distinct doit être rempli si un fournisseur de services souhaite nommer plus d'un délégué.
- Le fournisseur de services peut désigner une Régie régionale de la santé (RRS) à titre de déléguée responsable de l'un ou de l'ensemble de ses comptes. Pour avoir plus de renseignements sur la délégation de pouvoirs à la RRS et savoir si elle vous convient, veuillez communiquer avec le bureau local du personnel médical de votre zone au sein de la RRS.
- Si vous avez des questions ou des préoccupations au sujet de ce formulaire ou de la délégation, veuillez communiquer avec la section des paiements de l'Assurance-maladie au (506) 453-8274, option 1 ou par courriel à dhmedpay@gnb.ca.
- Les formulaires peuvent prendre jusqu'à 5 jours après la réception pour le traitement.

Retournez le formulaire rempli par courriel à dhmedpay@gnb.ca. N'ENVOYEZ PAS LES ORIGINAUX PAR LA POSTE

Section 1 – Fournisseur de services ou médecin-chef		Section 2 – Délégué	
Nom	[1] Numéro de fournisseur de services	Nom	Nom d'utilisateur de la régie régionale de la santé
Courriel	[2]Numéro de téléphone	Courriel	Numéro de téléphone

[1]Le numéro de fournisseur de services est le numéro donné au médecin lors de son inscription auprès de la province du Nouveau-Brunswick (5 chiffres).
[2] Ligne privée si disponible – réservée seulement au personnel de l'Assurance-maladie.

Section 3 – Action et responsabilités

En cochant la case **Ajouter** (ci-dessous), vous autorisez l'Assurance-maladie à fournir des renseignements et un accès au délégué désigné **à la section 2 ci-dessus**. Si vous désirez supprimer les privilèges d'un délégué actuel, assurez-vous de cocher la case **Supprimer** (ci-dessous).

FACTURATION DE L'ASSURANCE-MALADIE NUMÉRO(S) DE COMPTE. **CETTE SECTION EST OBLIGATOIRE. LES NUMÉROS DE COMPTE DOIVENT ÊTRE REMPLIS CI-DESSOUS.**	Soumettre et transmettre des factures, communiquées avec le personnel de l'Assurance-maladie du Nouveau - Brunswick au sujet des factures soumises et autoriser les modifications et les récupérations afin que les factures soient soumises correctement au nom du médecin pour les comptes visés.		Consulter les rapports de rapprochement des comptes mentionnés dans le **S**ystème de **c**ommunication des **m**édecins (SCM).		Communiquer avec l'assurance-maladie nb pour obtenir des informations sur les paiements ou apporter des modifications aux comptes et / ou aux services bancaires		Mettre à jour le panneau des patients	
	Ajouter	**Supprimer**	**Ajouter**	**Supprimer**	**Ajouter**	**Supprimer**	**Ajouter**	**Supprimer**
EXEMPLE : 12345	☒	☐	☒	☐	☒	☐	☒	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Automatique : 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).

Section 4 – Consentement

J'accepte par les présentes ce qui suit :

1. Je suis responsable de m'assurer que toutes les facturations sont effectuées sous le compte(s) approprié.
2. Conformément à l'article 2, je donne par la présente le pouvoir à mon délégué d'agir en mon nom pour le(s) compte(s) énuméré(s) à l'article 3.

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

L'assurance-maladie
Formulaire d'autorisation du déléguer

Si la demande porte sur un compte correspondant à de multiples fournisseurs, le médecin désigné responsable du compte peut signer ici. La désignation doit être documentée auprès de l'Assurance-maladie. Si le groupe n'a pas désigné de médecin responsable, veuillez remplir la section « Signature des membres » ci-dessous. Si vous avez besoin de plus d'espace pour les signatures, vous pouvez utiliser la page arrière du formulaire.

	Nom du fournisseur de services** ***(svp écrire en lettre moulée)	***Signature du fournisseur de services**	***Numéro de fournisseurs de services**
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			