Délégation des Régies régionales de la santé
Entente de consentement

Lignes directrices

En remplissant ce formulaire, vous autorisez les Régies régionales de la santé (RRS) à désigner un employé pour accomplir certaines tâches en votre nom. Ces tâches peuvent comprendre la soumission ou le transfert des réclamations, l'autorisation d'effectuer des rectifications aux réclamations incorrectement soumises et l'attribution de l'accès aux documents de rapprochements produits toutes les deux semaines et qui sont accessibles dans le Système de communication des médecins (SCM).

Les RRS désignera un employé pour effecteur les fonctions nécessaires selon la disponibilité des ressources. L'employé désigné sera le délégué.

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.

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

Section 1 – Renseignements sur le médecin

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

Section 2 – Mesures et responsabilités

En paraphant cette section, vous acceptez d'autoriser les Régies régionales de la santé de nommer un délégué et de lui permettre d'utiliser sa seule discrétion pour effectuer les activités suivantes en ce qui concerne TOUS les comptes de groupe de la RRS :

- ✓ Transmettre/ soumettre des réclamations,
- ✓ Autoriser les ajustements et/ou les recouvrements au(x) compte(s),
- ✓ Communiquer avec l'Assurance-maladie concernant les informations associées au(x) compte(s)
- ✓ Demander des modifications à ce(s) compte(s) y compris des changements dans les informations bancaires, des changements d'adresse,
- ✓ Consulter les rapports de rapprochement des comptes mentionnés dans le Système de communication des médecins (SCM).

☐ ***Initiale ici**

Section 3 – Autorisation de compte

☐ Cochez cette boîte si vous souhaitez autoriser les Régies régionales de la santé à agir en votre nom en tant que délégué pour tous vos comptes de groupes actuels ou nouveau(x) compte(s) créé(s).

Veuillez indiquer ci-dessous le ou les comptes pour lesquels vous souhaitez déléguer des pouvoirs, comme il est mentionné à la section 2:

Numéro de compte	
Numéro de compte	

Numéro de compte	
Numéro de compte	

Section 4 – Consentement

J'accepte par les présentes ce qui suit :

1. Je suis responsable de m'assurer que toutes les soumissions de réclamation sont faites au(x) compte(s) approprié(s) ;
2. J'autorise l'Assurance-maladie à faire des ajustements et des recouvrements à partir du compte pour m'assurer que les réclamations sont soumises avec exactitude en mon nom ;
3. 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 :** _____