

## Demande de compte d'assurance-maladie - Multiples fournisseurs de services

Pour faire une demande de numéro de compte supplémentaire à la section Paiements de l'Assurance-maladie du ministère de la Santé, vous devez:

1. Être inscrit à titre de fournisseur de services de l'Assurance-maladie du Nouveau Brunswick.
2. Avoir besoin d'un compte supplémentaire (p.ex. De garde, pro forma ou groups).
3. Remplir et soumettre le "**Formulaire de demande de compte de l'Assurance-maladie**".
4. Vérifier que le compte possèdera au moins deux médecins membres.

### Directives

Veillez consulter la **directive sur les comptes** (Manuel de directives de l'Assurance-maladie, section 6, politique 2) au lien suivant:

<http://intra.gnb.ca/dhw-msme/medicare/policies-f.asp>

Pour toute autre question au sujet du type de comptes dont vous avez besoin, veuillez communiquer avec nous par téléphone ou par courriel.

Remplir toutes les sections pertinentes du formulaire.

En nommant un médecin responsable à la section 1, les changements au compte, comme les changements de délégué, ne pourront se faire qu'avec sa signature. Si vous ne nommez aucun médecin responsable, la section Paiements de l'Assurance-maladie exigera l'approbation de tous les médecins avant d'effectuer une demande de modification. A la section 2, le numéro de fournisseur de services, communément appelé le numéro de facturation d'Assurance-maladie personnel, est requis. A la section 3, le group peut désigner deux délégué pour agir en son nom. Seuls les médecins désignés comme délégués auront accès aux rapports de rapprochement compte publiés toutes les deux semaines.

### Document à l'appui (selon ce qui s'applique):

- Chèque annulé
- Autorisation bancaire

Les formulaires **originaux** remplis doivent être retournés à l'adresse suivante:

**Ministère de la Santé**  
**Paiements de l'Assurance-maladie**  
**C.P. 5100**  
**Fredericton, N.-B. E3B 5G8**

Pour toute question ou préoccupation au sujet de ce formulaire, veuillez communiquer avec la section Paiements de l'Assurance-maladie per téléphone au 506-453-8274 ou par courriel au [DHMedPay@gnb.ca](mailto:DHMedPay@gnb.ca)

## Formulaire de demande de compte de l'Assurance-maladie pour de multiples fournisseurs

Veillez indiquer le type de compte(s) visés par cette demande:

- Compte de garde (**médecins salariés seulement**)
- Compte de facturation pro forma (**médecins salariés seulement**)
- Compte de facturation pro forma à la vacation  
 Veuillez indiquer le type d'entente à la vacation: \_\_\_\_\_
- Compte de facturation pro forma pour les autres modes de financement  
 Veuillez indiquer le type de mode de financement: \_\_\_\_\_
- Compte de facturation pro forma pour les autres modes de paiement  
 Veuillez indiquer le type de mode de paiement: \_\_\_\_\_
- Autres

### Section 1 - Renseignements sur le compte

Nom du compte: \_\_\_\_\_

Date d'activation de compte \_\_\_\_\_ (JJ/MM/AAAA)

*Remarque: vous ne pourrez pas soumettre de factures pour les services offerts avant cette date.*

Adresse postale:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone: \_\_\_\_\_

Adresse électronique: \_\_\_\_\_

Nom du médecin responsable: \_\_\_\_\_

*Remarque: Le médecin responsable pourra apporter des modifications au compte au nom des membres et pourrait recevoir du courrier d'ordre général de la part de l'Assurance-maladie.*

### Section 2 - Renseignements sur les fournisseurs de services

Veillez inscrire tous les fournisseurs de services qui seront membres de ce compte (y compris le médecin responsable).

Prénom	Nom	Nº de fournisseur
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

### Section 3 - Renseignements sur le délégué

Le délégué est la personne autre que le médecin (comme un secrétaire ou un adjoint administratif) qui a reçu l'autorisation d'un médecin d'effectuer certaines tâches ou de consulter certains renseignements au nom du médecin.

Voici les responsabilités qui peuvent être confiées à un délégué:

- 1 - transmettre/soumettre des factures;
- 2 - autoriser des rectifications ou des récupérations aux comptes mentionnés pour assurer une facturation exacte et appropriée;
- 3 - communiquer avec l'Assurance-maladie pour les renseignements sur les comptes mentionnés;
- 4 - demande qu'on apporte des changements sur les comptes mentionnés, (p. ex. changements de renseignements bancaires ou d'adresse);
- 5 - consulter les rapports de rapprochement des comptes mentionnés dans le Système de communication des médecins (SCM).

Les personnes nommées ci-dessous ont l'autorisation d'agir en tant que délégués sur les sujets liés aux comptes susmentionnés.

Assurez-vous d'encerclez le(s) chiffre(s) dans la section "responsabilités déléguées"; les chiffres correspondent au numéro susmentionné.

#### Délégué N° 1

Nom: \_\_\_\_\_ Responsabilités déléguées  
(encerclez celles qui s'appliquent) 1 2 3 4 5

Adresse électronique: \_\_\_\_\_ Signature du délégué: \_\_\_\_\_

#### Délégué N° 2

Nom: \_\_\_\_\_ Responsabilités déléguées  
(encerclez celles qui s'appliquent) 1 2 3 4 5

Adresse électronique: \_\_\_\_\_ Signature du délégué: \_\_\_\_\_

**Section 4 - Consentement**

Par la présente, je consens à ce qui suit:

- 1 - Je suis responsable de voir à ce que toutes les demandes de règlement soient portées au bon compte.
- 2 -J'autorise l'Assurance-maladie à effectuer les modifications et les récupérations nécessaires au compte afin que les demandes soient soumises correctement de ma part.
- 3 - Je comprends que l'Assurance-maladie peut faire certaines retenues sur mes revenus à la demande d'un tiers, tel que permis par la loi.
- 4 -Conformément à la section 3, je donne par la présente l'autorisation à mon délégué d'agir en mon nom sur les comptes susmentionnés.
- 5 -Je comprends que je continue d'être entièrement responsable de la facturation et des documents liés à l'Assurance-maladie.

Signature de médecin  
responsable: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Signature du médecin	N <sup>o</sup> de fournisseur	Date
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____