

## Demande de compte d'assurance-maladie - Fournisseur de services unique

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**".

### 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](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.

Veillez inclure les documents requis avec la présent demande afin de vous assurer une inscription exacte et rapide. Veuillez joindre un chèque annulé ou un formulaire d'autorisation bancaire pour permettre les transferts par dépôt direct (si vous faites la demande pour obtenir plusieurs comptes, veuillez vous assurer d'indiquer clairement les renseignements bancaires qui correspondent à chaque compte, si ces renseignements sont différents).

### **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 -  
Fournisseur de services unique**

Veillez indiquer le type de compte 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  
Veillez indiquer le type d'entent à la vacation: \_\_\_\_\_
- Compte de facturation pro forma pour les autres modes de financement  
Veillez indiquer le type de mode de financement: \_\_\_\_\_
- Compte de facturation pro forma pour les autres modes de paiement  
Veillez 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: \_\_\_\_\_

\*Ligne privée si disponible - pour utilisation par le personnel de l'Assurance-maladie seulement

Adresse électronique: \_\_\_\_\_

**Section 2 - Renseignements sur le fournisseur de services**

Prénom: \_\_\_\_\_

Nom: \_\_\_\_\_

Numéro 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 rectification 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).
- 6 - consulter votre *Profil de fournisseur de service par code de service individuel*

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) chiffres dans la section "responsabilités délégués"; les chiffres correspondents au numéro susmentionné.

Délégué No 1

Nom: _____	Responsabilités déléguées (encerclez celles qui s'appliquent) 1 2 3 4 5 6
Adresse électronique: _____	Signature du délégué: _____

Délégué No 2

Nom: _____	Responsabilités déléguées (encerclez celles qui s'appliquent) 1 2 3 4 5 6
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: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_