

Assurance-maladie - Formulaire d'autorisation du délégué

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 confère le pouvoir d'accomplir certaines tâches ou de voir certains renseignements en son nom.

- Veuillez prendre note que le fournisseur de services doit remplir un formulaire d'autorisation distinct pour chaque délégué qu'il désire nommer.
- Pour faire une demande d'accès pour un délégué, veuillez remplir le formulaire, **l'imprimer**, **inclure la signature du médecin** et retourner à l'adresse suivante :

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



Les formulaires peuvent être envoyés par courriel à: dhmedpay@gnb.ca

LE SAVIEZ-VOUS ? 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 ou avec la section Paiements à l'Assurance-maladie, au 506-453-8274 option 1.

- Pour toute question ou préoccupation au sujet de ce formulaire, veuillez communiquer avec la section Paiements de l'Assurance-maladie par téléphone, au 506-453-8274 option 1, ou par courriel, à l'adresse : DHMedPay@gnb.ca.

Remarque : Les champs marqués d'un **astérisque (*)** sont des champs obligatoires. Il est important de les remplir pour assurer un suivi rapide et approprié. **Veillez-vous assurer que ceux-ci sont complétés afin d'éviter des délais.**

Section 1 – Renseignements relatifs au fournisseur de services

*Prénom :

*Nom :

*Numéro de fournisseur de services :

*Numéro de téléphone :

*Courriel :

Ligne privée si disponible – réservée seulement au personnel de l'Assurance-maladie.

Section 2 – Renseignements sur le délégué

*Prénom :

*Nom :

*Numéro de téléphone :

*Courriel :

*Signature :

Nom d'utilisateur de la régie régionale de la santé :

(s'il y a lieu)

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).

Le (Les) numéro(s) de compte pour la facturation de l'Assurance-maladie **DOIT** est inclus dans la colonne "Numéros de compte de facturation" pour chaque responsabilité déléguée. **Exemple**, si vous avez mis un numéro de compte pour faire la facturation (numéro 1) on ne peut pas prendre pour acquis que vous voulez que la personne déléguée est accès au SCM (numéro2).

IMPORTANT

Responsabilité déléguée		Action nécessaire		
		Ajouter	Supprimer	*Numéros de compte de facturation
1	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.			1.
				2.
				3.
				4.
2	Consulter les rapports de rapprochement des comptes mentionnés dans le Système de communication des médecins (SCM) .			1.
				2.
				3.
				4.
3	Communiquer avec le personnel de l'Assurance- maladie du Nouveau-Brunswick pour autoriser les modifications ou les récupérations ou pour obtenir des renseignements sur les paiements versés aux comptes visés. Prévu pour une personne non déléguée pour soumettre des factures ou avoir accès au SCM.			1.
				2.
				3.
				4.
4	Consulter votre Profil de fournisseur de service par code de service individuel (ce rapport est un sommaire de tous les comptes de facturation à l'acte utilisés par le fournisseur de services).			Remarque : Ce rapport est une consolidation de factures, alors aucun numéro de compte n'est nécessaire.
5	Consulter votre Profil de facturation pro forma de médecin salarié (Ce rapport est un sommaire de tous les comptes de facturation pro forma salarié utilisés par le fournisseur de services).			

*** Veuillez fournir le numéro ou les numéros de compte de facturation de l'Assurance-maladie pertinents.**

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 règlements 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. Conformément à la section 2 et 3, je donne par la présente l'autorisation à mon délégué d'agir en mon nom sur les comptes; et
4. Je comprends que je continue d'être entièrement responsable de la facturation et des documents liés à l'Assurance-maladie.

*Signature du fournisseur de services :

*Date :

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.			
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			
23.			
24.			
25.			
26.			