

Modification du compte de l'Assurance-maladie Ajouter/supprimer un fournisseur de services

Lignes directrices

Le présent formulaire est destiné à l'ajout ou à la suppression d'un médecin dans un compte de groupe existant de l'assurance-maladie pour permettre la demande de réclamation et le paiement.

Veillez 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

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 suivante : 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 svp vous assurer que ceux-ci sont complétés au complet 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 – Information de compte

Ajout ou suppression d'un médecin dans un compte de groupe :

*Nom du compte :	
*Numéro du compte :	

Ajouter Date de début (jj/mm/aa) : _____

Supprimer Date de fin (jj/mm/aa) : _____

Vous ne pourrez pas soumettre de factures pour les services offerts avant cette date.

Section 3 – Renseignements sur le délégué

Par la présente, j'autorise la personne délégué à :

- ✓ Soumettre et transmettre des factures sur le compte(s) ;
- ✓ Communiquées avec le personnel de l'Assurance-maladie du Nouveau - Brunswick au sujet des factures soumises ;
- ✓ Autoriser les modifications et les récupérations afin que les factures soient soumises correctement au nom du médecin pour les comptes visés.

*Nom du délégué :

*Numéro de téléphone :

*Courriel :

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

(s'il y a lieu)

Note: Si vous voulez désigner plus d'une personne déléguée, vous devez remplir un autre formulaire soit : « *Consentement – Délégation de pouvoirs à la régie régionale de la santé* » ou « *Compte d'assurance-maladie – Autorisation 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. J'autorise la personne actuellement désignée à agir en mon nom en lien avec toutes les demandes de règlement et les autres activités au compte susmentionné.
5. 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 ce formulaire est rempli par une personne autre que le médecin ou la personne délégué mentionné à la section 3, svp veuillez nous fournir les informations ci-dessous:

Nom de la personne
ayant complété le formulaire:

Numéro de telephone :

Courriel :