

## **Entente - Délégation de pouvoirs à la Régie régionale de la santé**

### **Objet:**

En remplissant ce formulaire, vous autorisez la Régie régionale 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). La RRS désignera un employé pour effectuer les fonctions nécessaires selon la disponibilité des ressources. L'employé désigné sera le délégué.

### **Directives**

Remplir toutes les sections pertinentes du formulaire. À la section 1, le numéro de fournisseur de services est communément appelé le numéro de facturation personnel de l'Assurance-maladie. À la section 3, veuillez vous assurer d'énumérer tous les comptes d'Assurance-maladie pertinents pour les quels vous autorisez la RRS à agir en votre nom, en tant que délégué. Si vous souhaitez autoriser la Régie régionale de la santé à agir en votre nom pour tous vos comptes, assurez-vous de cocher la boîte dans la section 3. La section 4 doit être signée et datée.

**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 Paiement de l'Assurance-maladie par téléphone au 506-453-8274 ou par courriel au [DHMedPay@qnb.ca](mailto:DHMedPay@qnb.ca)

**Consentement - Délégation de pouvoirs à la régie régionale de la santé**

Pour accorder l'autorisation au Réseau de santé Horizon d'agir au nom du médecin en ce qui concerne les comptes d'assurance-maladie, les demandes de règlement ou leur administration, veuillez remplir ce formulaire et retourner l'original à l'adresse suivante:

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

**Section 1 - Renseignements relatifs au médecin**

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Numéro de fournisseur de services: \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone: \_\_\_\_\_ Adresse électronique: \_\_\_\_\_

**Section 2 - Autorisation à la désignation d'un délégué**

Je, \_\_\_\_\_, autorise le Réseau de santé Horizon à désigner, à sa seule discrétion, un délégué pour effectuer les tâches suivantes dans les comptes mentionnés ci-dessous.

- transmettre/ soumettre des factures;
- autoriser des rectifications ou des récupérations aux comptes mentionnés;
- communiquer avec l'Assurance-maladie pour les renseignements sur les comptes
- demander qu'on apporte des changements aux comptes mentionnés (p. ex. Changements de renseignements bancaires ou d'adresse);
- consulter les rapports de rapprochement des comptes mentionnés dans le Système de communication des médecins (SCM).

**Section 3 - Renseignements sur les comptes**

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

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

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

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

~OU~

Cochez cette boîte si vous souhaitez autoriser le Réseau de santé Horizon à agir en votre nom en tant que délégué pour tous vos comptes actuels ou nouveau(x) compte(s) créé(s).

**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 je continue d'être entièrement responsable de la facturation et des documents liés à l'Assurance-maladie.

Signature du médecin: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_