

Séances d'information sur la facturation de l'Assurance- maladie 2025



SÉANCE 1 - Fondements de l'Assurance-maladie et éléments fondamentaux de la facturation

Le jeudi 3 avril 2025, de midi à 12 h 55

SÉANCE 2 - Facturation en médecine familiale : un survol

Le jeudi 22 mai 2025, de midi à 12 h 45

SÉANCE 3 - Rapprochement : comprendre votre état de rapprochement des paiements

Le jeudi 12 juin 2025, de midi à 12 h 45

SÉANCE 4 - Les essentiels de la facturation en médecine familiale

Le jeudi 25 septembre 2025, de midi à 12 h 55

SÉANCE 5 - Examen du système de Facturation à l'Assurance-maladie (FAM) : conseils, modèles et plus encore

Le jeudi 6 novembre 2025, de midi à 12 h 45

Faites-nous part de vos idées!

Indiquez-nous, dans la fenêtre de clavardage, les sujets que vous aimeriez voir abordés lors des prochaines séances, ou envoyez-nous vos suggestions par courriel à soutienpratique@smnb.ca.

Facturation en médecine familiale : un survol

Ministère de la Santé

Mai 2025

À noter:

Le présent document se veut un guide de consultation rapide pour les codes couramment utilisés par les médecins; il ne doit toutefois pas être considéré comme la principale source d'information sur la facturation ou les codes de facturation. Le *Manuel des médecins* demeure la référence à privilégier en ce qui concerne les codes, les règles, les définitions et détails de services, les politiques et les procédures.

*Les agentes de liaison auprès des praticiens sont disponibles pour offrir une formation plus poussée, au besoin.

*Les demandes de renseignements concernant des questions sur la facturation et des codes de service particuliers doivent être adressées à l'Unité des demandes de renseignements des praticiens.

Sur une échelle de 1 à 10, dans quelle mesure diriez-vous que vous connaissez les règles, les codes et les procédures de facturation de l'Assurance-maladie ?

Inscrivez votre réponse dans le *chat*!

Ce qu'il faut pour commencer

- Numéro de fournisseur
- Comptes
- Remplir le formulaire d'autorisation du délégué
- Logiciel de facturation (FAM ou système de facturation tiers)
- Accès au Portail Santé

Principes de facturation

De plus amples renseignements sur les principes de facturation, y compris les exceptions spécifiques, peuvent être trouvés au chapitre 3, section 1.1 du Manuel des médecins.

Ce qui est couvert :

- Services professionnels
- Rencontres en personne entre le médecin et le patient, sauf indication contraire dans le *Manuel*
- Services infirmiers admissibles

Qui est couvert :

- Résidents du Nouveau-Brunswick avec une carte d'Assurance-maladie valide
- Résidents d'autres provinces avec une carte d'assurance-maladie valide, à l'exception du Québec

Principes de facturation

De plus amples renseignements sur les principes de facturation, y compris les exceptions spécifiques, peuvent être trouvés au chapitre 3, section 1.1 du Manuel des médecins.

Ce qui n'est pas couvert :

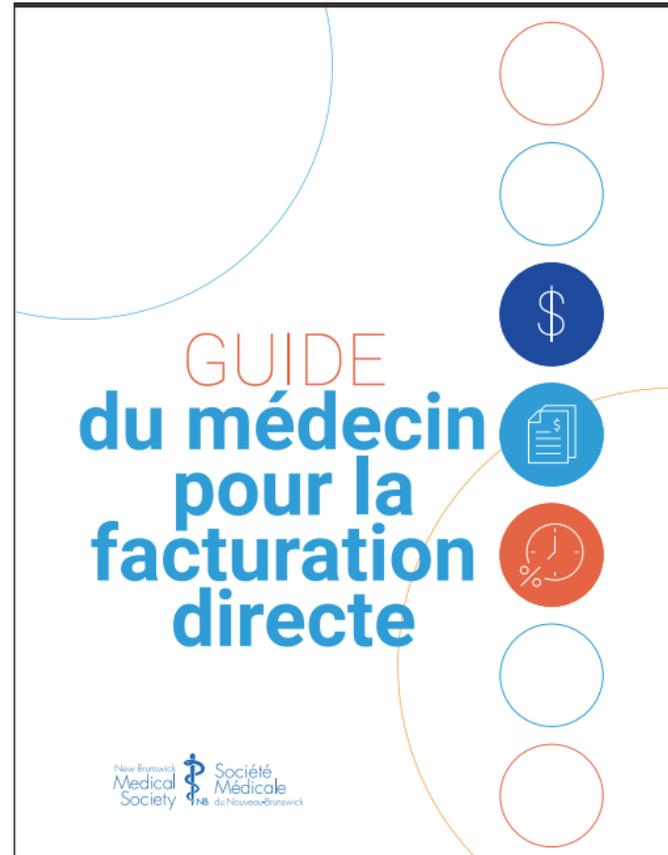
- L'ablation de petites lésions de la peau, sauf si elles risquent de se cancériser
- Les remèdes, les médicaments, le matériel, les fournitures de chirurgie ou les dispositifs prothétiques
- Les témoignages en cour ou devant tout autre tribunal
- Les immunisations, les examens ou les certificats délivrés aux fins de voyage, d'emploi ou d'émigration
- Un examen médical complet effectué dans le cadre d'un examen périodique, et non pour des raisons de nécessité médicale

Qui n'est pas couvert :

- Résidents du Québec (soumission manuelle à RAMQ)
- Militaire
- Demandes de tiers (ex. pour les formulaires d'assurance, permis de conduire)
- Pénitenciers fédéraux
- Travail Sécuritaire NB

Facturation directe

Le Guide du médecin pour la facturation directe est conçu pour fournir aux médecins du Nouveau-Brunswick des lignes directrices et des renseignements qui les aideront à mener à bien le processus de facturation directe de façon efficace et professionnelle.



- Guide pour la facturation des services non assurés
- Décrit les scénarios dans lesquels les médecins peuvent facturer directement
- Disponible dans la section « Pour les médecins » du site Web de la Société médicale du Nouveau-Brunswick, au www.smnb.nb.ca

Travail Sécuritaire NB

Les demandes de paiement TSNB qui ne sont pas acceptées par TSNB peuvent être soumises à l'Assurance-maladie pour considération de paiement, avec la lettre de refus de TSNB (dans les 92 jours de la date figurant sur la lettre).

Messages de paiement qui peuvent apparaître sur votre État de rapprochement pour les réclamations liées à Travail Sécuritaire NB :

- Annulation, soumettre à TSNB
- Ne pas refacturer – Refus TSNB oblige une demande, lettre de refus et no de réclamation
- Payé par TSNB
- Payable par TSNB
- Lettre de refus TSNB >92 jours de la date de soumission

Conseils pour simplifier vos processus de facturation



**Soumettre
régulièrement des
reclamations – dans
les 92 jours de la
date de service**



**Inclure certains
renseignements
dans vos notes pour
faciliter la
facturation**

Heures de début et de fin
Diagnostic, codes CIM-10
Codes de facturation
Numéro d'Assurance-
maladie du patient



**Examiner
régulièrement les états
de rapprochement**



**Connaître les codes
que vous facturez le
plus fréquemment –
créer des aide-
mémoires**



**Savoir où chercher
et à qui vous
adresser en cas de
doute**

Ressources principales en matière de facturation :

Liste des codes de services communs

Manuel des médecins du Nouveau-Brunswick – barème des honoraires, référence, détails supplémentaires, p. ex. des descriptions, des règles

Formation sur la facturation – Agente de liaison pour les praticiens

DRPL – Unité des demandes de renseignements des praticiens

Tenez-vous au courant : Système de communication des médecins (SCM)
– notes et politiques de l'Assurance-maladie, états de rapprochement

Nouvelles économiques de la SMNB, accessibles au www.smnb.nb.ca

Soumission électronique des demandes de paiement



Systeme de facturation à l'Assurance-maladie (FAM)



Logiciel de facturation tiers



Éléments de la demande de paiement électronique

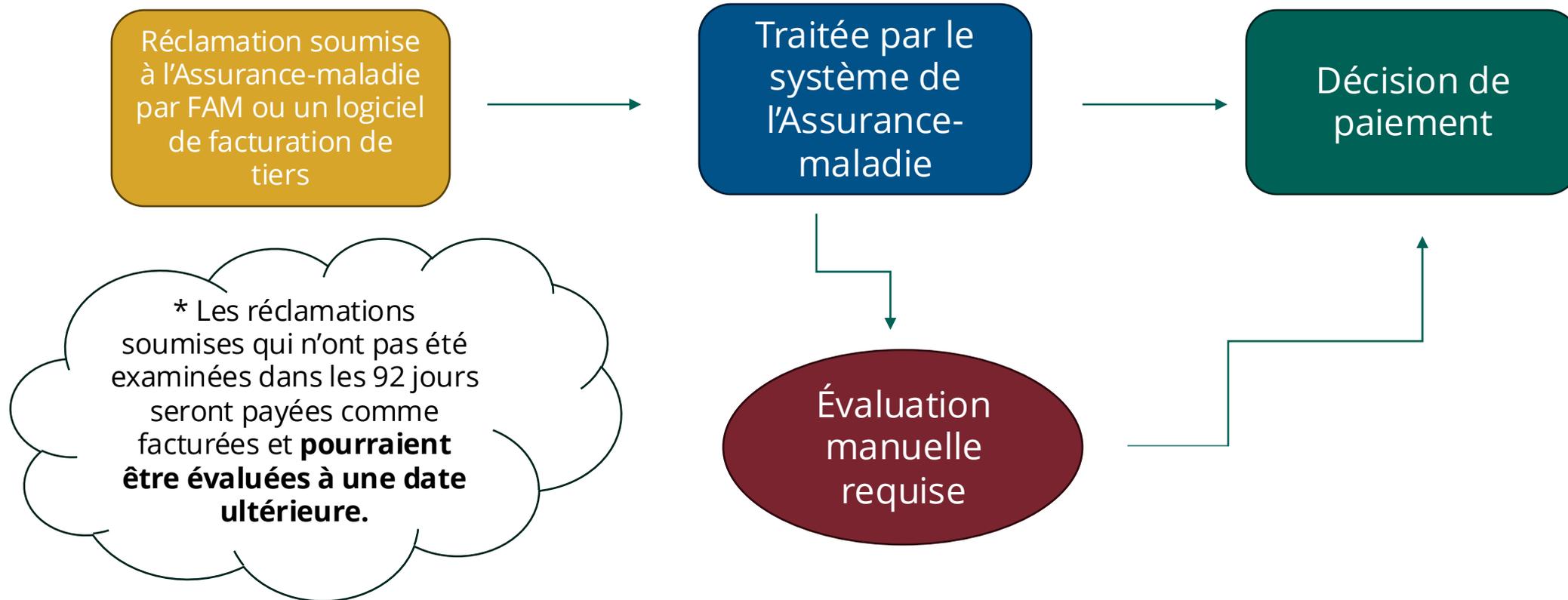
- 92 jours à compter de la date du service pour soumettre une demande de paiement par voie électronique
- La date limite est toutes les deux semaines sur jeudi à 8h00
- Les médecins sont payés toutes les deux semaines.
- La Cédule de paiement des praticiens est disponible dans le SCM.

Renseignements requis sur les demandes de paiement

- Renseignements sur le patient (nom, numéro d'Assurance-maladie, date de naissance, sexe)
- Date de service
- Heures de début et de fin du service pour les codes de temps (*surveillance exclusive, soins psychiatriques, services d'anesthésie, etc.*)
- Code de service (*service fourni*)
- Emplacement (*cabinet, salle d'urgence, patient externe, soins virtuels, etc.*)
- Code d'emplacement (*hôpital, centre de santé, foyer de soins – ex. 848 = Hôpital régional Dr Georges L Dumont*)
- Diagnostic médical valide
- Code CIM-10

Les codes de service permettent à l'Assurance-maladie de connaître **le type de service fourni, tandis que le diagnostic indique **la raison pour laquelle** le service a été fourni.*

Processus de demande - de la soumission au paiement



État de rapprochement des paiements

L'état de rapprochement des praticiens disponible toutes les deux semaines dans le SCM devrait être examiné de façon régulière, car c'est là que se trouve l'information la plus précise sur ce qui a été traité par l'Assurance-maladie. Il indique les demandes de paiement qui pourraient nécessiter l'adoption de mesures particulières.



New Brunswick
CANADA

Bienvenue à la Ministère de la Santé
Portail Santé

[Confidentialité](#) | [Décharge](#)

[Mot de passe oublié](#)
[Au sujet de nos initiatives](#)
[Compatibilité du navigateur](#)

Nom d'utilisateur

Mot de passe

Ouverture de session **hps.gnb.ca**

État de rapprochement des paiements



1 DOE JACQUES DR
57 RUE LEGRESLEY
DIEPPE NB E1A 8E1

- 1 Information de compte
- 2 Date de la paie
- 3 No. de rapport
- 4 No. de compte

Note

**Ce document est à des fins de formation seulement.
Les codes et les valeurs inclut sur l'état de rapprochement ne sont pas représentatifs des codes ou des montants réels.**

Quoi de neuf?

- Le 1^{er} avril 2024, le taux unitaire pour la médecine familiale est passé à 1,57 \$.
- Depuis le 4 avril 2025, les codes de service suivants, auparavant énumérées comme procédures de la liste C, sont identifiés comme des procédures de la liste B :
 - 9148 -Implantation - Implants contraceptifs
 - 9149 –Retrait – Implants contraceptifs
 - 9150 -Implantation – Implants dépendance aux opioïdes
 - 9151 –Retrait – Implants dépendance aux opioïdes
- Depuis le 4 avril 2025, le code de service 8107 (Frais d'ouverture de dossier) n'est plus disponible pour la facturation.

Code 9348

8107  9348

Conformément à la note d'allocation des honoraires du 28 mars 2025, à compter du 4 avril 2025, le code de service **8107 – Frais d'ouverture de dossier** a été remplacé par le code de visite **9348 – Examen complet et Frais d'ouverture de dossier pour les nouveaux patients**.

Quelques points clés à retenir lors de la facturation de ce nouveau code :

- Les honoraires associés à ce code sont **100 unités**
- Facturable une seule fois par nouveau patient
- L'heure de la journée est requise
- Ce code s'applique aux emplacements **1 (bureau), 4 (résidence des patients) et 9 (foyer de soins spéciaux)** seulement.
- Le code de service pour le surveillance exclusive (200) est facturable après les 30 premières minutes, s'il y a lieu.

Q: Que se passe-t-il si j'ai déjà facturé le code 8107 pour un nouveau patient?

Puis-je encore facturer le code 9348?



Selon le nombre de fois où vous avez facturé le code 8107 pour un nouveau patient avant le 4 avril 2025, vous pourriez être encore en mesure de facturer le code 9348.

Les directives suivantes s'appliqueront :

- Une demande de remboursement facturée et payée pour le code 8107 = la demande facturée pour le code 9348 sera réglée
- Deux demandes de remboursement facturées et payées pour le code 8107 = la demande pour le code 9348 sera ajustée au code 1 (visite en cabinet)
- Trois demandes de remboursement facturées et payées pour le code 8107 = la demande pour le code 9348 sera réglée à zéro. Vous devrez alors demander un ajustement au code de service approprié.

Q: Qu'est-ce qu'un « examen complet » ?

Selon la note de service, un examen complet doit comprendre les éléments suivants:

Un examen complet doit comprendre une anamnèse complète, un examen physique complet et un examen détaillé d'une ou de plusieurs parties du corps ou systèmes dans certains cas.

Quels sont les autres critères à satisfaire pour facturer le code 9348?

Les critères suivants doivent être satisfaits pour facturer le code 9348 :

- Le praticien doit commencer à établir un dossier permanent pour le patient.
- Les médecins doivent exercer la médecine familiale en milieu communautaire et être établis depuis au moins un an.

Services fournis par des infirmières en cabinet

depuis le 16 septembre 2024

Les médecins de soins primaires communautaires rémunérés à l'acte qui emploient des infirmières peuvent maintenant facturer pour un plus grand nombre de services dispensés par les infirmières (II/IAA) en cabinet.

Ce n'est cependant pas le cas pour les médecins salariés, ni pour les infirmières employées par une RRS.

- Les services doivent s'inscrire dans le champ d'exercice de l'infirmière.
- Services rendus dans les emplacements 1 (en cabinet) et 19 (virtuel) uniquement.

Tableau 1 – Codes existants

- Codes auparavant négociés pour être facturés à **100%** par un médecin de soins primaires pour les services d'une infirmière, lorsque le médecin de soins primaires se trouve **sur place**.
- Ces codes continueront d'être facturés à **100%** lorsque le médecin est **sur place**. Veuillez utiliser le **rôle 0**.
- Ces services peuvent être facturés à **45%** si le médecin **n'est pas sur place**. Veuillez utiliser le **rôle 8**.

Code & Description		Physician On-site Role / Rôle du médecin sur place - 100%	Physician Off-site Role / Rôle du médecin hors site - 45%
2	Injection Only / Simple injection	Role / Rôle 0	Role / Rôle 8
1999	Tray Fee For Office Pap Tests Tarif de plateau, Test Papanicolaou cabine	Role / Rôle 0	Role / Rôle 8
8109	Chronic Disease Mgt (Diabetes) Gestion de maladie chronique (Diabète)	Role / Rôle 0	Role / Rôle 8
8113	Chronic Disease Mgt (COPD) Gestion d'une maladie chronique (BPCO)	Role / Rôle 0	Role / Rôle 8
	Immunizations / Immunisations	Role / Rôle 0	Role / Rôle 8

Tableau 2 – Codes supplémentaires

- Codes pouvant être facturés par les médecins de soins primaires pour les services infirmiers, que le médecin soit **sur place** ou **non**.
- Ces codes sont facturés, depuis le 16 septembre 2024, à **45%** de la valeur unitaire indiquée dans le *Manuel des médecins*. Veuillez utiliser le **rôle 8**.

Code & Description		Physician On-site Role / Rôle du médecin sur place - 45%	Physician Off-site Role / Rôle du médecin hors site - 45%
1	Office visit / Visite au cabinet	Role / Rôle 8	Role / Rôle 8
20	Psychotherapy / Psychothérapie	Role / Rôle 8	Role / Rôle 8
193	Patient Counseling / Counseling d'un malade	Role / Rôle 8	Role / Rôle 8
200	Detention / Surveillance exclusive	Role / Rôle 8	Role / Rôle 8
210	Extramural electronic communication Consultation électronique d'extra-mural	Role / Rôle 8	Role / Rôle 8
1898	Warfarin supervision / Warfarine surveillance	Role / Rôle 8	Role / Rôle 8
8101	Senior's office visit Visite en cabinet pour les personnes âgées	Role / Rôle 8	Role / Rôle 8
8986	Complex patient care - group visit Soins med. complexes - visite groupe	Role / Rôle 8	N/A

Tableau 3 – Codes supplémentaires

- Codes pouvant être facturés par les médecins de soins primaires pour les services infirmiers, que le médecin soit **sur place** ou **non**.
- Ces codes sont facturés, depuis le 16 septembre 2024, à **100%** de la valeur unitaire indiquée dans le *Manuel des médecins*. Veuillez utiliser le **rôle 8**.

		Physician On-site Role / Rôle du médecin sur place - 100%	Physician Off-site Role / Rôle du médecin hors site - 100%
15	Prenatal complete examination / Examen prénatal complet	Role / Rôle 8	Role / Rôle 8
16	Pre or post natal visit / Visite pré ou post natale	Role / Rôle 8	Role / Rôle 8
19	Well baby care / Soins du bébé normal	Role / Rôle 8	Role / Rôle 8
8985	Complex patient care visit - add on Visite pour soins aux patients complexes - en supp.	Role / Rôle 8	Role / Rôle 8
1894	Hyposensitization Subsequent Hyposensibilisation - Injections	Role / Rôle 8	Role / Rôle 8
2089	Wart removal cryotherapy / Verrues exérèse par cryothérapie	Role / Rôle 8	Role / Rôle 8

Codes de service

VISITE: *Désigne les services qu'un praticien dispense à un patient à domicile, en cabinet ou à l'hôpital, à des fins de diagnostic ou de traitement. Un praticien peut uniquement facturer un rendez-vous par patient et par jour.*

Exemples de codes de visite pour la médecine familiale :

- Code 1 – Visite en cabinet
- Code 3 – Clinique sans rendez-vous - visite
- Code 4 – Visites à domicile
- Code 15 – Examen prénatal complet
- Code 16 – Visites pré et/ou postnatales sans examen complet
- Code 19 – Soins du bébé normal

Codes de service

CONSULTATION: *une situation où le médecin demande expressément l'opinion d'un autre médecin ayant compétence en ce domaine, en raison de la complexité, de la difficulté ou de la gravité du cas.*

Exemples des codes de consultation pour la médecine familiale :

- Code 10 – Consultation majeure ou spécifique
- Code 12 – Consultation subséquente (effectuée par le même praticien dans les trente jours suivant une consultation majeure, pour la même condition ou une condition annexe)

Immunisations

Codes de service payable avec la visite (15 unités)

- Maximum de 4 payables par date de service (3 @ 100% + 1 @ 50%)
- Consulter la liste des codes de service dans le *Manuel* (**Colonne A**)

Codes de service non payable avec une intervention ou une visite (20 unités)

- Maximum d'un (1) payable par date de service
- Consulter la liste des codes de service dans le *Manuel* (**Colonne B**)



[Chapitre 4, Section 2.15.11 Immunisations](#)

Manuel des Médecins - Chapitre 4, section 2.15.11

Immunisations

<u>Colonne A</u> <i>Codes de service payable avec la visite (8 unités)</i>	<u>Colonne B</u> <i>Codes de service non payable avec une intervention ou une visite (13 unités)</i>	<u>Colonne C</u> <i>Description</i>	<u>Colonne D</u> <i>Nom du produit</i>
8630	8660	DIPHTÉRIE, TÉTANOS, ANTICOQUELUCHEUX ACELLULAIRE, VACCIN INACTIVÉ CONTRE LA POLIO	<ul style="list-style-type: none"> • QUADRACEL
8631	8661	DIPHTÉRIE, TÉTANOS, ANTICOQUELUCHEUX ACELLULAIRE, VACCIN INACTIVÉ CONTRE LA POLIO, <i>HAEMOPHILUS INFLUENZAE</i> DE TYPE B	<ul style="list-style-type: none"> • PEDIACEL
8632	8662	HÉPATITE A	<ul style="list-style-type: none"> • HAVRIX 720 JUNIOR • HAVRIX 1440 • VAQTA PÉDIATRIQUE/ADOLESCENT • VAQTA ADULT
8633	8663	HÉPATITE A & B	<ul style="list-style-type: none"> • TWINRIX JUNIOR • TWINRIX
8634	8664	HÉPATITE B	<ul style="list-style-type: none"> • RECOMBIVAX HB PEDIATRIC • PÉDIATRIQUE • RECOMBIVAX HB ADULTE • RECOMBIVAX HB DIALYE

Chapitre 4 : Éléments communs à tous les médecins

Liste Code Unités Unités
Gen An

			<ul style="list-style-type: none"> • ENGERIX-B PEDIATRIC • ENGERIX-B ADULT
8635	8665	HAEMOPHILUS INFLUENZAE TYPE B	<ul style="list-style-type: none"> • ACT-HIB • HIBERIX
8636	8666	VIRUS DU PAPILOME HUMAIN	<ul style="list-style-type: none"> • GARDASIL • GARDASIL 9
8637	8667	INFLUENZA	<ul style="list-style-type: none"> • AGRIFLU • FLUVIRAL • VAXIGRIP • FLUZONE QUADRIVALENT • FLULAVAL TETRA • FLUZONE
8638	8668	POLIO INACTIVÉ	<ul style="list-style-type: none"> • IMOVAX POLIO
8639	8669	ROUGEOLE, RUBÉOLE, OREILLONS	<ul style="list-style-type: none"> • M-M-R II • PRIORIX
8640	8670	ROUGEOLE, RUBÉOLE, OREILLONS, VARICELLE	<ul style="list-style-type: none"> • PRIORIX-TETRA • PROQUAD
8641	8671	MÉNINGOCOQUE CONJUGUÉ MONOVALENT	<ul style="list-style-type: none"> • NEIS VAC-C • MENJUGATE
8642	8672	MÉNINGOCOQUE CONJUGUÉ QUADRIVALENT	<ul style="list-style-type: none"> • MENVEO • NIMENRIX
8643	8673	MÉNINGOCOQUE POLYSACCHARIDIQUE	<ul style="list-style-type: none"> • MENOMUNE
8644	8674	PNEUMOCOQUE CONJUGUÉ 13-VALENT	<ul style="list-style-type: none"> • PREVNAR 13
8654	8684	PNEUMOCOQUE CONJUGUÉ 15-VALENT	<ul style="list-style-type: none"> • PREVNAR 15
8655	8685	PNEUMOCOQUE CONJUGUÉ 20-VALENT	<ul style="list-style-type: none"> • PREVNAR 20
8645	8675	PNEUMOCOQUE-POLYSACCHARIDIQUE 23-VALENT	<ul style="list-style-type: none"> • PNEUMOVAX 23
8646	8676	RAGE	<ul style="list-style-type: none"> • IMOVAX RAGES

Codes de temps

- par tranche de 15 minutes ou partie de celle-ci
- doit indiquer le temps total incluant l'heure de début et de fin consacré au patient

Code 200 – Surveillance exclusive

Ex. Consultation majeure au bureau de 9 h à 10 h 45

Code 10

Code 200 (compte de 3 sur la demande de remboursement pour 45 minutes supplémentaires avec le patient)

Code 216 – Conseil familial

Ex. Communiquer avec le conjoint du patient au sujet du plan de traitement +\- NPR de 14 h 15 to 14 h 45

Code 216 (compte de 2)

Code 20 – Psychothérapie

Ex. Psychothérapie avec un patient de 10 h 45 à 11 h 45

Code 20 (compte de 4)

Codes de soins à l'hôpital

- **Code 2173 - Admission** – Une admission est une première visite ou une évaluation majeure, sauf si le médecin a facturé une consultation majeure, un examen complet ou une autre évaluation majeure du patient au cours des 30 jours précédents.
- **Code 2174/2176 - Soins subséquents à l'hôpital** – Services rendus (soins journaliers par le praticien traitant) à un patient formellement admis à l'hôpital.
- **Code 2175 - Congé** – Le congé de l'hôpital du patient. Pourrait comprendre, sans s'y limiter, la communication avec le patient, l'agent de planification des congés, la famille ou toute autre personne responsable et tout document (rédaction d'ordonnances et de demandes d'aiguillage, organisation du suivi et rédaction d'un résumé du congé).
- **Code 199 - Soins de supervision** – Soins requis dispensés par le médecin orienteur en plus des soins dispensés par un médecin consultant lorsqu'un patient est hospitalisé. Ils peuvent comprendre jusqu'à quatre visites par semaine au taux journalier approprié des soins à l'hôpital.

Légende

Les actes codés dans le Manuel des médecins portent une lettre-code (A, B, C ou D) sous l'entête « Liste ».

« **A** » Indique un acte de la liste A. Ces actes sont payables en plus des honoraires de visite ou de consultation effectués le même jour, mais pas le jour où des actes chirurgicaux sont effectués par le même médecin. Ces actes sont payables à 75 % avec d'autres actes des listes A ou B effectués le même jour.

« **B** » Indique un acte de la liste B. Ces actes sont payables en plus des honoraires de visite ou de consultation effectués le même jour, ou d'actes chirurgicaux dont ils ne font pas normalement partie. S'ils sont suivis d'une chirurgie par le même médecin le même jour, ils sont payés à 75 % du tarif normal.

« **C** » Indique des actes qui sont non payables, sauf indication contraire dans le *Manuel des médecins*, s'ils sont effectués le même jour qu'une visite ou une consultation.

« **D** » Indique les actes chirurgicaux comportant des restrictions concernant le paiement des honoraires des soins pré et post opératoires.

1905 - Ponction d'une articulation

837 - Biopsie diagnostique à l'emporte-pièce

1948 - Injection de médicament

9148 - Implants contraceptifs, Implantation

2 - Injections intradermiques, intramusculaires ou sous-cutanées et injections thérapeutiques

14 - Soins obstétricaux, Accouchement

Codes de services en supplément et Programme de gestion des maladies chroniques

- 8101 – Visite en cabinet pour les personnes âgées, en supplément (personnes âgées de 65 ans ou plus présentant des pathologies multiples)
- 8985 – Visite pour soins aux patients complexes – en supplément
- 1999 – Frais de fournitures pour le test de Pap

Programme de gestion des maladies chroniques

- 8109 – Gestion du diabète chronique
- 8113 – BCPO

Cas pratique n° 1

Que facturez-vous pour un homme de 68 ans vu en cabinet par un médecin, et chez qui on avait déjà diagnostiqué un diabète et une hypertension artérielle?

Code 1 + Code 8101

OU

Code 1 + Code 8985
(mêmes valeurs unitaires pour les deux combinaisons de codes)

Cas pratique n° 2

Que facturez-vous pour une patiente de 32 ans vue en cabinet par un médecin pour un premier examen prénatal, comprenant un test Pap?

Code 15 + Code 1999

Cas pratique n° 3

Que facturez-vous pour un patient ayant fait l'objet d'un aiguillage, vu en cabinet par un médecin de 10 h à 11 h 30?

Code 10 +
Code 200
(compte de 2)

Que facturez-vous pour un nouvel aiguillage reçu pour le même patient, avec la même affection. Le médecin voit le patient à son cabinet deux semaines après la première consultation.

Code 12

Erreurs de facturation courantes :

- Facturation d'un supplément sans visite/procédure initiale
- Visite + surveillance exclusive sans heure de début ni de fin
- Consultation subséquente facturée comme une consultation majeure dans les 30 jours
- Soins hospitaliers faisant double emploi avec ceux d'un autre praticien
- Double facturation le même jour
- Facturation d'une visite ou d'une consultation le même jour qu'un code 2
- Code 1948, ne pas indiquer « Bilatéral » si effectué des deux côtés

Codes CIM-10

- Où chercher (menu déroulant de Fam, Google)
- Doivent représenter fidèlement le motif de consultation et non le service fourni
- Ce qu'il faut éviter (codes CIM-10 vagues, « Routine » ou « Général »)
 - Z017 - Examens de laboratoire
 - Z000 - Examen médical général
 - Z519 - Soins médicaux, sans précision
 - Z712 - Personne consultant pour explications des résultats d'examen
 - Z710 - Personne consultant pour le compte d'un tiers
 - Z719 - Conseil, sans précision
 - Z008 - Autres examens généraux
 - Z108 - Examens généraux de routine d'autres sous-populations définies

Aidez un délégué

Lorsque vous désignez un délégué pour votre facturation, vous vous fiez à lui pour présenter vos demandes de paiement avec précision, sur le compte approprié. En fournissant les renseignements suivants à votre délégué, vous contribuez à l'exhaustivité de vos réclamations et ferez en sorte qu'elles puissent être traitées dans les délais impartis.



- Renseignements sur le patient (nom, numéro d'Assurance-maladie, date de naissance)
- Service dispensé au patient et code de service à facturer
- Date et heure de la visite ou du service (il est utile d'indiquer l'heure de début et de fin de la rencontre)
- Diagnostic médical du patient et code CIM-10
- Renseignements sur le praticien à l'origine de l'aiguillage, en cas de facturation d'une consultation
- Pour la facturation pro forma, indiquez le temps consacré aux services administratifs au cours de la journée (par exemple, 2,25 heures)
- Si le patient est hospitalisé, indiquez la date d'admission et la date à laquelle il a obtenu son congé, le cas échéant

Formulaire d'autorisation du délégué de l'Assurance-maladie

L'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 donne le pouvoir d'accomplir certaines tâches ou de voir certains renseignements en son nom.
- Un formulaire d'autorisation des délégués distinct **doit être rempli** si un fournisseur de services souhaite nommer **plus d'un délégué**.
- 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.
- Si vous avez des questions ou des préoccupations au sujet de ce formulaire ou de la délégation, veuillez communiquer avec la section des paiements de l'Assurance-maladie au (506) 453-8274, option 1 ou par courriel à dhmedpay@gnb.ca.
- Les formulaires peuvent prendre jusqu'à 5 jours après la réception pour le traitement.

Retournez le formulaire rempli par courriel à dhmedpay@gnb.ca. N'ENVOYEZ PAS LES ORIGINAUX PAR LA POSTE

Renseignements sur le praticien



Section 1 – Fournisseur de services ou médecin-chef		Section 2 – Délégué	
Nom	*Numéro de fournisseur de services	Nom	Nom d'utilisateur de la régie régionale de la santé
Courriel	*Numéro de téléphone	Courriel	Numéro de téléphone



Renseignements sur le délégué

*Le numéro de fournisseur de services est le numéro du médecin ou du médecin dans de son inscription auprès de la province du Nouveau-Brunswick (S. ch. 101).
*Ligne privée si disponible – réservée seulement au personnel de l'Assurance-maladie.

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).

FACTURATION DE L'ASSURANCE-MALADIE NUMÉRO(S) DE COMPTE. CETTE SECTION EST OBLIGATOIRE. LES NUMÉROS DE COMPTE DOIVENT ÊTRE REMPLIS CI-DESSOUS.	Soumettre et transmettre des factures, communiquées avec le personnel de l'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick au sujet des factures soumise et autoriser les modifications et les négociations afin que les factures soient soumises correctement au nom du médecin pour les comptes visés.		Consulter les rapports de rapprochement des comptes mentionnés dans le Système de communication des médecins (SCM).		Communiquer avec l'assurance-maladie nb pour obtenir des informations sur les paiements ou apporter des modifications aux comptes et / ou aux services bancaires.		Consulter mon rapport Profil de fournisseur de services par code de service individuel (il s'agit d'un résumé de tous les comptes de facturation à l'effet de service utilisés par le fournisseur de services).		Consulter mon profil de facturation parallèle des médecins salariés (il s'agit d'un résumé de tous les comptes de facturation parallèle salariés utilisés par le fournisseur de services).	
	Ajouter	Supprimer	Ajouter	Supprimer	Ajouter	Supprimer	Ajouter	Supprimer	Ajouter	Supprimer
EXEMPLE : 22345	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Répertorie les comptes auxquels donner ou retirer l'accès au délégué



Remarque : Ce rapport est une consolidation de factures, alors aucun numéro de compte n'est nécessaire.

Section 4 – Consentement

J'accepte par les présentes ce qui suit :

- Je suis responsable de m'assurer que toutes les facturations sont effectuées sous le compte(s) approprié.
- Conformément à l'article 2, je donne par la présente le pouvoir à mon délégué d'agir en mon nom pour le(s) compte(s) énuméré(s) à l'article 3.

Signature du fournisseur de services :

Date :

Coordonnées de l'Assurance-maladie

Qui	Quand	Comment
Demandes de renseignements des praticiens	Questions sur les réclamations (annulations, ajustements ou corrections) Questions sur les états de rapprochement	pels.drpl@gnb.ca (506) 444-5860 (anglais seulement) (506) 457-7572 (Bilingue) (506) 444-5876 (Bilingue) (506) 453-5332 (Faxe)
Paiements de l'Assurance-maladie	Questions sur les comptes et/ou les renseignements bancaires	DHMedPay@gnb.ca
Soutien aux utilisateurs de FAM	Problèmes de compte ou réinitialisations de mot de passe	MCEAdmin@gnb.ca
Agente de liaison pour les praticiens	Formation de facturation/FAM ou mise à jour	Medicare.Training.Formation@gnb.ca
Registraire de fournisseurs de services	Premier point de contact avec l'Assurance-maladie	medicare.spregistrar@gnb.ca

Des questions?



Merci!

Sondage en ligne

<https://forms.office.com/r/x6SuTg1gM3>

Nous voulons connaître votre opinion.

Sondage sur la séance
d'information sur la facturation à
l'Assurance-maladie

