

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.

Fondements de l'Assurance- maladie - Éléments fondamentaux de la facturation

Ministère de la Santé
Le 3 avril 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.

*Une agente de liaison auprès des praticiens est disponible 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.

Manuel des médecins du Nouveau- Brunswick

- Chapitres 1 à 3 – Renseignements généraux
- Chapitre 4 – Codes communs à tous les praticiens
- Chapitre 5 – Codes de spécialité
- Chapitres 6 à 20 – Codes de procédure par système
- Chapitre 21 – Actes diagnostiques et thérapeutiques

 [Manuel des médecins](#)

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.

- Les honoraires prévus s'appliquent aux services professionnels et ne comprennent pas le coût des médicaments, des substances injectées, ni des appareils.
- Rencontre en personne entre le médecin et le patient, sauf indication contraire dans le *Manuel*.
- Les demandes de paiement doivent être soumises par voie électronique.

Frais d'unité

- Les frais pour les codes de service reposent sur les unités plutôt que sur la valeur en dollars. Voir la section 1.5 du chapitre 3 dans le *Manuel des médecins* pour les valeurs unitaires par spécialité.
- Les codes et frais connexes ont été négociés avec la Société médicale du Nouveau-Brunswick. Si un service n'a pas de code, les médecins peuvent contacter leur représentant de section. De plus amples renseignements sur les représentants de section sont disponibles auprès de la SMNB.
- Les praticiens rémunérés à l'acte peuvent calculer le montant en dollars pour les codes en multipliant les unités (indiquées dans le *Manuel* à côté du code de service) par le montant en dollars pour leur spécialité selon le tableau.

Liste	Code	Unités Gen	Unités An
..B	368	46	7

Qui est couvert?

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

Conseil de facturation

Pour facturer un service à des patients hors province dans FAM, sélectionnez la province dans le menu déroulant et entrez les renseignements relatifs au numéro de la carte d'assurance-maladie.

Assurance-maladie

Province 

NB



NB - NOUVEAU-BRUNSWICK

NS - NOUVELLE-ÉCOSSE

PE - ÎLE DU PRINCE-ÉDOUARD

NL - TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR

QC - QUÉBEC

ON - ONTARIO

MB - MANITOBA

Numéro d'assurance-maladie 

Initiale

DDN JJ-MM-AAAA 

*Note : Si un patient se présente avec une carte d'assurance-maladie valide, sa couverture pourrait tout de même être expirée (dans le cas, par exemple, de la couverture par une autre province). Vérifiez la carte et l'expiration auprès du patient. Dites au patient de communiquer avec l'Assurance-maladie ou avec SNB pour le renouvellement de sa couverture. La demande de paiement sera payée quand la couverture sera restaurée, si le patient y était admissible au moment du service.

Qui n'est pas couvert?

- Résidents du Québec (soumission manuelle à la RAMQ)
- Militaire
- Demandes de tiers (ex. formulaires d'assurance, permis de conduire)
- Détenus fédéraux
- Travail Sécuritaire NB - Les demandes de paiement TSNB qui ne sont pas acceptées par TSNB peuvent être soumises à l'Assurance-maladie avec la lettre de refus de TSNB aux fins d'examen en vue d'un paiement (dans les 92 jours de la date figurant sur la lettre).

Renseignements requis sur les demandes de paiement

- Renseignements sur le patient (nom, numéro d'Assurance-maladie, date de naissance, sexe)
- Date du service + heures de début et de fin du service, s'il y a lieu (codes reposant sur le temps consacré, ex. *surveillance exclusive, psychothérapie, anesthésie*)
- 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. 801 = Hôpital régional Dr Everett Chalmers*)
- 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.

Services exclus

Certains services énoncés à l'annexe 2 du Règlement pris en vertu de la Loi sur le paiement des services médicaux, ne sont pas pris en charge par l'Assurance maladie.

**Voir le chapitre 1, section 3 du Manuel pour la liste complète.*

- L'ablation de petites lésions de la peau, sauf dans le cas de lésions précancéreuses, ou soupçonnées de l'être
- 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

Règles d'évaluation

Déterminent comment certains services seront payés.

**Voir le chapitre 2 du Manuel pour la liste complète.*



Règle 1:

- Les services dispensés en faveur ou à la demande d'une tierce personne (Travail Sécuritaire NB, un assureur, un établissement scolaire ou un employeur, etc.) ou services exclus (militaire, détenus fédéraux, facturation pro forma) ne peuvent faire l'objet d'une demande de paiement, car il ne s'agit pas de patients/services assurés par l'Assurance-maladie

Règle 2:

- Les consultations, examens ou rapports écrits à des fins médico-légales ne sont pas des services assurés par l'Assurance-maladie.

Règle 3:

- La rédaction d'un certificat pour permis de conduire n'est pas un service assuré par l'Assurance-maladie.
- L'examen de dossiers ou certificats médicaux à la demande d'une tierce personne, ou d'autres services.

Règle 4:

- Un déplacement n'est pas un service assuré par l'Assurance-maladie, sauf dans les cas que prévoit expressément le *Cahier des tarifs*

Légende

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

Voici la signification de ces lettres-codes :

« **A** » Indique un acte de la liste A. Ces actes sont payables en plus des honoraires de visite ou de consultation effectuées 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 effectuées 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.

Surveillance et assurance de la conformité



Tout praticien peut être sélectionné pour une vérification des demandes de paiement par l'Assurance-maladie au cours d'une période de **sept ans**.



Les vérifications des demandes de paiement sont effectuées sur une base aléatoire et ne constituent en aucun cas une critique.



Les praticiens doivent conserver pendant une période de sept ans les dossiers médicaux des patients qui justifient leur facturation à l'Assurance-maladie.

Conseil: Les notes et dossiers médicaux doivent comprendre :

- Diagnostic/problème du patient
- Preuve de l'évaluation
- Traitement ou plan de traitement

Introduction à la rémunération des médecins

Au Nouveau-Brunswick, les médecins sont payés de différentes façons. Selon l'entente de paiement que vous avez conclue, il se pourrait que vous soyez payé selon plusieurs modèles de paiement.

Types de rémunération



Rémunération à l'acte : Le revenu provient des demandes de paiement présentées pour chaque service assuré, conformément au barème des honoraires.



Salaire : Les praticiens salariés font la facturation pro forma et peuvent recevoir une rémunération à l'acte, être rémunérés selon un autre plan de financement ou toucher une rémunération à la vacation pour les services dispensés qui dépassent la portée de leur entente salariale, tel qu'il est décrit dans *Rémunération relative aux services de garde autorisés* et dans les *Lignes directrices sur les revenus en honoraires à l'acte*.



Vacation - Le revenu repose sur un tarif horaire, dans des contextes approuvés comme les salles d'urgence. La facturation pro forma est nécessaire, sauf avis contraire.

Types de rémunération



Autre plan de financement (APF) – Revenu généré par un APF négocié avec le ministère de la Santé, la Société médicale du Nouveau-Brunswick et la régie régionale de la santé. Facturation pro forma exigée.



Médecine familiale Nouveau-Brunswick (MFNB) – Modèle de paiement mixte. Revenu issu de la rémunération à l'acte (réduite) et de la capitation. Uniquement applicable aux médecins de famille qui participent au programme.



Remplaçant - Un remplaçant est un médecin qui remplace un médecin établi en congé. La durée du congé détermine si la suppléance est de courte ou de longue durée. Le remplaçant est généralement rémunéré selon le mode applicable au poste qu'il occupe.

Comptes

Compte personnel – Compte établi automatiquement pour tous les fournisseurs de services, et lié au numéro d'identification du fournisseur.

Compte de corporation professionnelle – Compte à l'acte pouvant être demandé si un médecin possède un compte bancaire incorporé. Ce compte serait utilisé au lieu du compte personnel du médecin.

Compte pour services de garde – Compte à l'acte obligatoire pour les médecins salariés qui assureront des services de garde et très urgents en dehors de leurs heures de travail.

Compte pour facturation pro forma – Compte pour facturation pro forma, dans lequel les demandes donnent lieu à un paiement nul. Obligatoire pour les médecins rémunérés au salaire, à la vacation ou selon un autre plan de financement.

**Pour accéder aux formulaires nécessaires pour ajouter ou supprimer un compte et (ou) ajouter ou supprimer un délégué, veuillez consulter [Paielements de l'Assurance-maladie, formulaire de demande de compte et d'autorisation du délégué](#) sur le site du GNB.*

Qu'est-ce que la facturation pro forma?

La facturation pro forma désigne le processus par lequel les praticiens des soins de santé non rémunérés à l'acte font parvenir des demandes de paiement à l'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick pour les services assurés dispensés aux patients inscrits à l'Assurance-maladie. Ces demandes de paiement donnent lieu à un paiement nul.

Pourquoi est-il important de faire la facturation pro forma?

L'information obtenue par l'entremise de la facturation pro forma, de concert avec les données recueillies auprès des médecins rémunérés à l'acte, sert à assurer la cohérence des dossiers médicaux de patients, dans une perspective de responsabilisation, permettant également une surveillance, et contribuant à la planification des soins de santé futurs au Nouveau-Brunswick.

Définitions clés

- **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.
- **Visite d'urgence** – Désigne la nécessité d'une intervention immédiate, très urgente, du fait de l'état médical du patient.
- **Visite virtuelle** – Un service clinique destiné à remplacer une rencontre en personne avec le patient, dispensé par téléphone ou au moyen d'un support numérique sécurisé.

Définitions clés

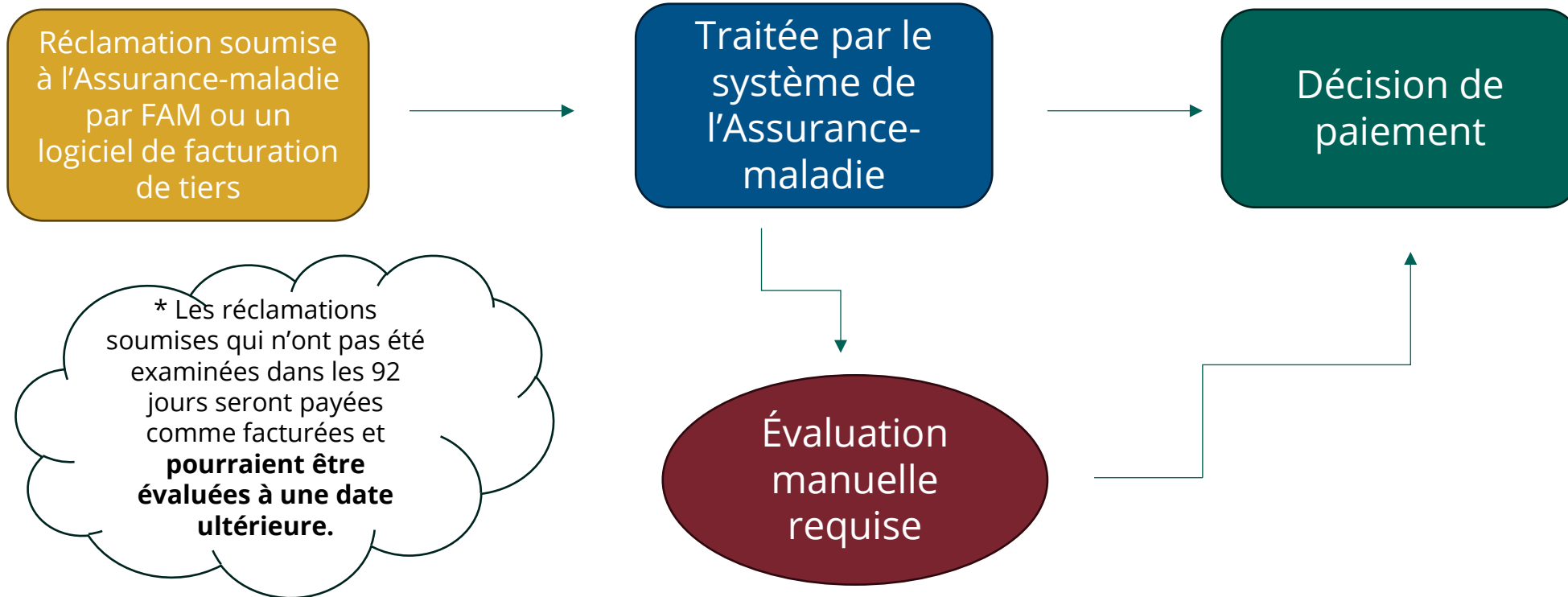
- **Consultation** – On entend par *consultation* une situation où le médecin, à la lumière de sa connaissance professionnelle du patient, ou après que ce dernier ou une personne agissant en son nom lui en a récemment fait la demande, sollicite expressément l'opinion d'un autre médecin ayant compétence dans le domaine, en raison de la complexité, de la difficulté ou de la gravité du cas.
- Le médecin consultant doit effectuer une évaluation du patient et procéder à l'examen des résultats de laboratoire et autres renseignements, et communiquer par écrit ses opinions et recommandations au médecin orienteur.
- Une **consultation subséquente** est une consultation effectuée par le même médecin, dans les trente jours suivant une consultation antérieure, pour la même affection ou une affection connexe, par suite d'une nouvelle demande de la part du médecin traitant.

Définitions clés

Soins à l'hôpital :

- **Admission** – Une admission est une première visite ou 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, auquel cas il s'agirait de soins subséquents.
- **Soins subséquents à l'hôpital** – Services rendus (soins journaliers par le praticien traitant) à un patient formellement admis à l'hôpital.
- **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).
- **Soins de supervision** – Fournis par un spécialiste à la demande du médecin traitant, par consultation la première semaine, s'il y a lieu, et trois visites, puis quatre visites par semaine par la suite, au taux journalier approprié des soins à l'hôpital (voir les codes associés à chaque spécialité).

Processus de demande de la soumission au paiement



Information supplémentaire

- Les demandes de paiement doivent être envoyées à l'Assurance-maladie par voie électronique dans les 92 jours suivant la date de service.
- L'échéance est fixée à 8 h, tous les deux jeudis.
- Les médecins sont payés toutes les deux semaines.
- La Cédule de paiement des praticiens est disponible dans le Système de communication des médecins (SCM).

Practitioner Run Schedule - 2025						
Cédule de Paiement des Praticiens - 2025						
	MP#	Cut-Off Date 8:00AM Thursday for Claims Date d'arrêt 08:00AM	Run Date FRIDAY Date d'exécution	Process Pay Run MONDAY	Statement and Deposit Date FRIDAY Date du Relevé de compte et du dépôt	NOTES ON HOLIDAYS
1	2226	9/Jan/25	10/Jan/25	13/Jan/25	17/Jan/25	
2	2228	23/Jan/25	24/Jan/25	27/Jan/25	31/Jan/25	
3	2230	6/Feb/25	7/Feb/25	10/Feb/25	14/Feb/25	
4	2232	20/Feb/25	21/Feb/25	24/Feb/25	28/Feb/25	
5	2234	6/Mar/25	7/Mar/25	10/Mar/25	14/Mar/25	
6	2236	20/Mar/25	21/Mar/25	24/Mar/25	28/Mar/25	
7	2238	3/Apr/25	4/Apr/25	7/Apr/25	11/Apr/25	
8	2240	17/Apr/25	18/Apr/25	21/Apr/25	25/Apr/25	APRIL 18 - GOOD FRIDAY/APRIL 21 EASTER MONDAY

Accès aux états de rapprochement et Facturation à l'Assurance-maladie (FAM)

hps.gnb.ca



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

Si vous avez des difficultés techniques, y compris des difficultés avec votre nom d'utilisateur ou votre mot de passe :

Veuillez contacter le service d'assistance informatique de votre zone au 1-844-354-4357 ou service@snb.ca



Systeme de Communication des Medecins (SCM)

Le SCM contient les états de rapprochement, ainsi que des documents et des formulaires utiles (p. ex. Cédule de paiement des praticiens et formulaire de demande de renseignements pour les praticiens)



Pour nous rejoindre | English

Mes Applications

ECP/SCM - Système de Communication des Médecins

[Système de Communication des Médecins](#)

MCE/FAM - Facturation à l'Assurance-maladie

[Facturation à l'Assurance-maladie](#)

[Facturation à l'Assurance-maladie - Formation](#)

[FAM - ST](#)

[FAM - UAT](#)

[FAM - Demo](#)

Au sujet de nos initiatives

Nouvelles importantes

SCM

Veillez noter que le Manuel des médecins a été mis à jour et est maintenant disponible en ligne.

2022-10-20

Veillez noter que le Manuel des médecins a été mis à jour et est maintenant disponible en ligne. (+)

Les états de rapprochement sont disponibles toutes les deux semaines et doivent être examinés.

Health/Santé

SCM - Système de communication des médecinsAccueil | Profil | Contact d'aide | English | Quitter

Beth Moore - gnb\bm7765

Dépôt de documents -
Assurance-maladie
États de rapprochement
Alertes +
Ressources +
Rapports/formulaires +

Nouvelle alerte

Type d'alerte	Sujet	Créé	Action
Général	SCM - Un nouveau document général a été affiché.	01/27/2023	✓
Général	SCM - Un nouveau document général a été affiché	12/20/2022	✓

Correspondance

Des états de rapprochements sont disponibles pour chaque compte sur lequel vous facturez, et vous pouvez effectuer une recherche parmi les relevés antérieurs en choisissant une plage de dates.

Health/Santé

SCM - Système de communication des médecinsAccueil | Profil | Contact d'aide | English | Quitter

Beth Moore - gnb\bm7765

États de rapprochementRetour

Numéro de compte
De 12/01/2024
À 03/28/2025
Recherche

Date

Document

État de rapprochement

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

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.

Demandes de paiement

Assurance-maladie

État de rapprochement des paiements

New Brunswick

Nom: DOE JACQUES DR
Adresse: 57 RUE LEGRESLEY
DIEPPE NB E1A 8E1

Compte: 12345

Journal: 12121212

Date relevé paiem.: 30/06/2017

Date du dernier relevé: 16/06/2017

Pour: 77974 - DOE*JACQUES*DR

Saved to this PC

Réclamations

← Cette section énumère les réclamations payées/traitées.

Numéro de réclamation	N° d'ass-mal	N° UCRN	Patient	Date de service	-- Facturé -- Code Unité	--- Payé --- Code Unité	Paiement initial	- Ajusté - Code Unité	Ce paiement
XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX		PRÉNOM, NOM	25/05/2017	2174 232	2174 232			352.64
			NOTER LE NO D'ASSURANCE-MALADIE DU NOUVEAU-NÉ						
XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX		PRÉNOM, NOM	26/05/2017	17 70	17 0			60.80
			L'AGE DU PATIENT EST PLUS DE 3 JOURS						

- Indique les demandes ayant fait l'objet d'un paiement, et été traitées correctement.
- Les demandes de rajustements ou de corrections peuvent être soumises par l'entremise de l'Unité des demandes de renseignements des praticiens et des Services de liaison et être reçues dans les douze mois suivant la date de l'état de rapprochement.
- Les demandes présentées dans cette section ne doivent pas être soumises de nouveau par voie électronique en tant que nouvelles demandes.
- Les questions concernant le non-paiement des demandes doivent être reçues dans les 12 mois suivant la date du service.

Recouvrements et rajustements de demandes déjà payées

Recouvrements pr réclamations versées

Cette section énumère les demandes de paiement qui ont été retournées en raison d'un examen d'évaluation, d'une revue de l'unité de conformité et de surveillance ou d'une demande de renseignements du fournisseur de service. Toutes les demandes de paiement qui sont examinées et payables paraîtront dans « Ajustements aux réclamations versées ».

Numéro de réclamation	N° d'ass-mal	N° UCRN	Patient	Date de service	-- Facturé -- Code Unité	---	Payé --- Code Unité	Paie- ment initial	- Ajusté - Code Unité	Ce paiement
XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX		SMITH, ROB	10/04/2013	8115 23		8115 23	25.99	8115 23	-25.99
			ANNULATION, SELON L'UNITÉ DE CONFORMITÉ ET DE SURVEILLANCE ANNULATION, SOUMETTRE À LA TSNB							

Le Saviez-vous?

Partout dans l'état de rapprochement, les messages qui paraissent directement en dessous de la réclamation fournissent de l'information supplémentaire.

Ajustements aux réclamations versées

Cette section énumère les réclamations qui ont été réévaluées et versées au même taux ou à un taux différent.

Numéro de réclamation	N° d'ass-mal	N° UCRN	Patient	Date de service	-- Facturé -- Code U	---	Payé --- Code U	Paie- ment initial	- Ajusté - Code U	Ce paiement
XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX		PRÉNOM, NOM	07/04/2017	8901 15		8901 0	0	8901 15	16.95
XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX		SMITH, ROB	10/04/2013	8115 23		8115 0	0	8115 23	25.99

- Indique les demandes qui figuraient auparavant à la section Demandes de paiement, mais qui ont été récupérées ou inversées et rajustées.
- Ce pourrait être attribuable à différentes causes, comme un diagnostic invalide ou inacceptable ou des examens de surveillance et de conformité.
- Si une demande a été annulée, le praticien ou un membre du personnel de facturation pourrait avoir à prendre des mesures.

Demandes à corriger

Mont. tot. net pr rés. N.-B.: **369,59 \$**

M. tot. net non rés **60,80 \$**

Total partiel du paiement: **430,39 \$**

Réclamations à corriger



Cette section énumère les réclamations qui ont été annulées et qui nécessitent la prise de mesures du fournisseur de service. Le message en dessous de chaque demande de paiement décrit le problème et le message à la fin de la section décrit comment présenter une nouvelle réclamation, au besoin.

Numéro de réclamation	N° d'assurance-maladie	N° UCRN	Patient	Date de service	-- Facturé -- Code U	Date de naissance	Sexe	Emplacement	Code du site
XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX		CALL ON	25/05/2017	8999 126	01/04/2003	1	0	820
CODE DE ROTATION T INACTIF À LA DATE DU SERVICE SPÉCIALITÉ NON VALIDE POUR CE SERVICE									
XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX		CALL ON	26/05/2017	8999 126	01/04/2003	1	0	820
CODE DE ROTATION T INACTIF À LA DATE DU SERVICE SPÉCIALITÉ NON VALIDE POUR CE SERVICE									

Veillez noter : Les réclamations ci-dessus ont été annulées. **Des corrections sont exigées** - Une nouvelle réclamation doit être transmise électroniquement pour chaque réclamation annulée dans les 92 jours suivant la date de ce relevé. Veuillez consulter les messages reliés à la réclamation pour les informations corrigées requises. Nota : Prière de ne pas envoyer de formulaire de demande de renseignements auprès du praticien puisque les réclamations annulées ne peuvent pas être ajustées.

R-APPEL

↻

Le fournisseur de service doit envoyer une nouvelle réclamation pour s'assurer que le problème décrit dans le message est réglé. Lire le message à la fin de cette section pour obtenir plus d'information.

- Indique les demandes de paiement ayant été **annulées**.
- Un message apparaîtra sous la demande, expliquant la raison de l'annulation.
- Ces demandes ne seront pas prises en compte aux fins de paiement et n'apparaîtront pas dans les points de repère/statistiques du praticien, à moins qu'elles ne soient **soumises de nouveau** par voie électronique dans les 92 jours suivant la date de l'état de rapprochement.

Demandes en suspens

Réclamations en suspens

Cette section énumère les réclamations qui ont été reçues par l'Assurance-maladie et qui font l'objet d'un examen. Ces réclamations paraîtront sur un relevé futur.

Numéro de réclamation	N° d'assurance-maladie	N° UCRN	Patient	Date de service	-- Facturé -- Code	Unité	Msg #
XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX		PRÉNOM, NOM	07/04/2017	2174	87	
XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX		PRÉNOM, NOM	10/05/2017	8107	50	

Veillez noter : Les réclamations ci-dessus sont en cours d'examen et apparaîtront sur un état à venir.

- Indique les demandes de paiement qui ont été reçues, mais n'ont pas encore été traitées par le système de l'Assurance-maladie.
- Aucune mesure n'est requise pour les demandes figurant dans cette section.
- Les demandes demeureront dans cette section jusqu'à ce qu'elles soient payées/traitées, puis apparaîtront dans la section « Demande de paiement » sur un état de rapprochement futur.

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 (Fax)
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

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

Merci!

Sondage en ligne

<https://forms.office.com/r/S75hF4QhZw>

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



Des questions

