

# 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](mailto:soutienpratique@smnb.ca).

# Les essentiels de la facturation en médecine familiale

Ministère de la Santé  
September 23, 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 approfondie.**

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

# New Brunswick Physicians' Manual

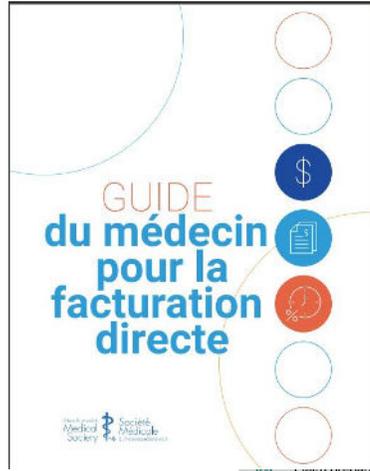
December 2024

## Nursing codes effective September 16, 2024

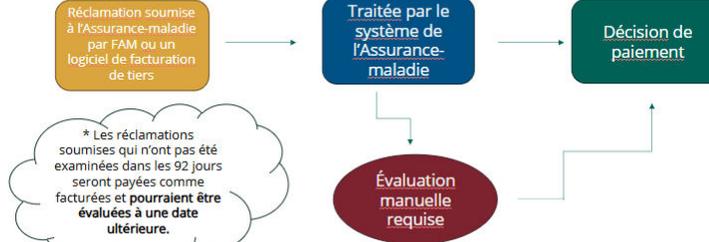
### Table 3 – Additional Codes

- Codes that can be billed by primary care physicians for nurses' services, whether the primary care physician is **on-site** or **off-site**.
- These codes will be billed at **100%** of the listed unit value in the Physicians' Manual effective September 16, 2024, using **Role 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
8385 Complex patient care visit - add on / Visite pour soins aux patients complexes - en supp.	Role / Rôle 8	Role / Rôle 8
1594 Hypersensitization Subsequent / Hypersensitisation - injections	Role / Rôle 8	Role / Rôle 8
2089 Wart removal cryotherapy / Verrues éradiées par cryothérapie	Role / Rôle 8	Role / Rôle 8



## Processus de demande - de la soumission au paiement



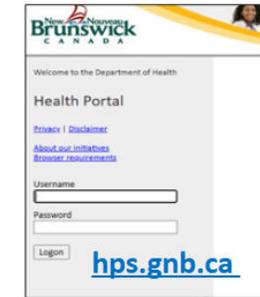
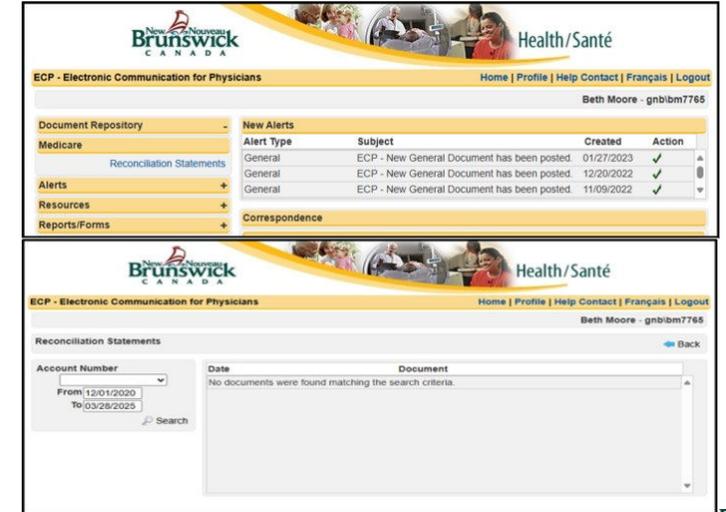
### Submission process

- Claim preparation: gather all required information
- ✓ Coding requirements: Select accurate service code and ICD10 diagnosis
- Submit claims electronically: May vary depending on whether you use a billing component of your EMR or Medicare Claims Entry (MCE)
- 📅 **Deadline for claims submission: 92-days from date of service**

### Monitoring and Compliance Guidelines

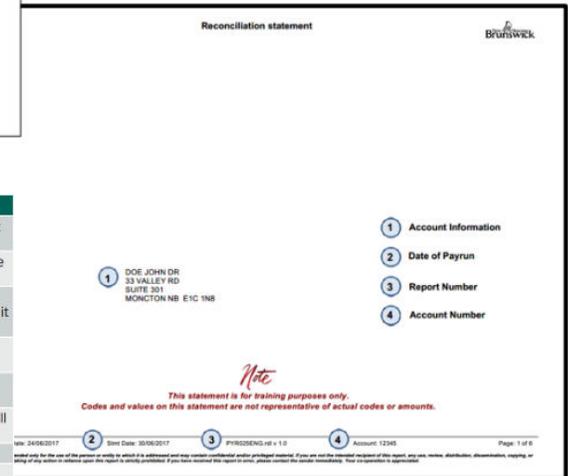
- Any practitioner may be chosen for an audit of Medicare billing within a **7-year period**.
  - Audits are conducted randomly and not intended as criticism.
  - Must maintain records to support billings for a period of 7 years.
- To support your billing. Medical notes/charts should include:**
- Diagnosis/Presenting complaint of the patient
  - Evidence of Assessment
  - Treatment or treatment plan

## What's new?



## ICD10 codes

Payment Messages on Statement	Possible reason(s) for message
Too Many Visits same day	More than one visit billed for the same patient on the same day
Apparent Duplicate billing	Duplicate claim submitted (same patient, same codes, same dates)
Resident not eligible, Patient to contact Medicare	Patient's Medicare coverage is expired, and they need to contact Medicare or SNB to have it renewed
Hospital care billed by different physician	Another physician has billed for daily care of patient causing overlap in billing
Add on visit, no related claim	Add on code billed without primary code (ex Code 8101 but no Code 1)
Please send Operative Reports	Operative Reports required to assess claim, will not be considered for payment until received
Paid on claim #	Service was paid on claim # listed
Circumstances of emergency visit not identified	Diagnosis given does not indicate an emergency visit was required
Included in post operative period	Service billed in post-op period (14 days after surgery), Assessment Rule 27



# Récapitulatif des séances précédentes

Les diapositives des séances précédentes sont accessibles en ligne à l'adresse suivante :

<https://www.smnb.ca/soutien-a-la-pratique-de-la-smnb/>

## Who can join?

Physicians and their staff who are new to billing or have limited billing experience in New Brunswick. Also suitable for those who would like a refresher.

## Why attend?

- Learn up-to-date information from the Medicare Practice Liaison.
- Discover essential billing resources to streamline your billing processes.
- Learn strategies and practical tips to submit your claims accurately and confidently.
- Ask general billing questions and get answers in real time (please note that case specific billing questions should be directed to Practitioner Enquiries).

Register for one or more sessions from the schedule below.

## SESSION 1 – Medicare Basics & Billing Fundamentals

An introduction to Medicare, billing principles, key definitions, and guidelines. Learn about the billing fundamentals and discover essential resources to help you bill efficiently.

Tuesday April 1, 2025, 12pm to 12:55pm | English

[CLICK HERE TO VIEW THE PRESENTATION SLIDES](#)

Thursday, April 3, 2025, 12pm to 12:55pm | French

[CLICK HERE TO VIEW THE PRESENTATION SLIDES](#)

## SESSION 2 – Family Practice Billing: Review

This session provides an overview of Family Practice billing principles, including a detailed review of common codes, office-based services, procedures and hospital care billing. Gain valuable insights to optimize your billing processes.

Tuesday, May 20, 2025, 12 pm to 12:45 pm | English

[CLICK HERE TO VIEW THE PRESENTATION SLIDES](#)

Thursday, May 22, 2025, 12 pm to 12:45 pm | French

[CLICK HERE TO VIEW THE PRESENTATION SLIDES](#)

## SESSION 3 – Reconciling: Navigating Your Claims Statement

# Plan de la séance d'aujourd'hui

- Retour sur les éléments fondamentaux de la facturation
  - mise en place, paiement des médecins, principes de facturation
- Retour sur les codes couramment facturés en médecine familiale
- Les éléments communs à tous les praticiens
- Exemples et questions de pratique

# 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 peut que vous soyez payé selon plusieurs modèles de paiement.



---

**Rémunération à l'acte** : Principale source de revenu est une rémunération à l'acte. Le fournisseur de services soumet des factures par voie électronique pour chaque service dispensé conformément au cahier des tarifs.

---

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

---

**Vacation** - Le fournisseur de services dispense des services horaires selon un tarif horaire dans le cadre d'une rémunération par vacations ou par sites, comme les salles d'urgence, qui a été approuvé. La facturation Pro-Forma est nécessaire, sauf avis contraire.

---

**Médecine familial Nouveau-Brunswick (MFNB)** - Principale source de revenu est le modèle de rémunération mixte de MFNB. Applicable seulement au médecin de famille qui veut participer 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 doit bénéficier du mode de rémunération applicable au poste qu'il remplace selon les descriptions ci-dessus.



# Comptes

**Compte personnel** – Ce compte obligatoire est établi automatiquement par l'Assurance-maladie pour tous les fournisseurs de services quand le fournisseur est inscrit. Les services sont rémunérés à l'acte et le numéro de compte correspond au numéro d'identification du fournisseur de services.

**Compte de corporation professionnelle** – Un compte à l'acte qui peut 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, pour lequel les demandes de paiement sont payées au tarif de 0. Obligatoire pour les médecins rémunérés au salaire, à vacation ou autre mode de paiement avec autre type de rémunération.

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

# Informations de paiement et Cédule de paiement des praticiens

- L'Assurance-maladie fonctionne selon un cycle de facturation bimensuel.
- Les médecins sont payés toutes les deux semaines.
- La Cédule de paiement des praticiens peut être trouvée sur SCM – Système de Communications des médecins.
- L'échéance est fixée à 8 h, tous les deux jeudis.
- L'état de rapprochement des praticiens est disponible toutes les deux semaines dans le SCM.

Practitioner Run Schedule - 2025						
Cédule de Paiement des Praticiens - 2025						
	Cut-Off Date 8:00AM Thursday for Claims	Run Date FRIDAY	Process Pay Run MONDAY	Statement and Deposit Date FRIDAY	NOTES ON HOLIDAYS	
MP#	Date d'arrêt 08:00AM	Date d'exécution		Date du Relevé de compte et du dépôt		
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

# Systeme de Communication des Medecins (SCM)

Le SCM contient des états de rapprochement ainsi que des documents et des formulaires utiles. (ex. Cédule de Paiements des Praticiens et Demande de renseignements du praticien)



Pour nous rejoindre | English

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

## 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. (+)

## Documents



# 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

# 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](http://www.smnb.nb.ca)

# Sommaire de la couverture de l'Assurance-maladie

Ce qui est couvert	Ce qui n'est pas couvert
Services professionnels	L'ablation de petites lésions de la peau, sauf si elles risquent de se Cancériser
Rencontres en personne entre le médecin et le patient, sauf indication contraire dans le Manuel	Les remèdes, les médicaments, le matériel, les fournitures de chirurgie ou les dispositifs prothétiques
Services infirmiers admissibles	Les témoignages en cour ou devant tout autre tribunal
Résidents du Nouveau-Brunswick avec une carte d'Assurance-maladie valide	Les immunisations, les examens ou les certificats délivrés aux fins de voyage, d'emploi ou d'émigration
Résidents d'autres provinces avec une carte d'assurance-maladie valide, à l'exception du Québec	Un examen médical complet effectué dans le cadre d'un examen périodique, et non pour des raisons de nécessité médicale
	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

# Cahier des tarifs



Dans le Manuel des Médecins du N-B, vous trouverez un code correspondant à chaque service que vous fournissez, chacun ayant sa propre valeur unitaire.



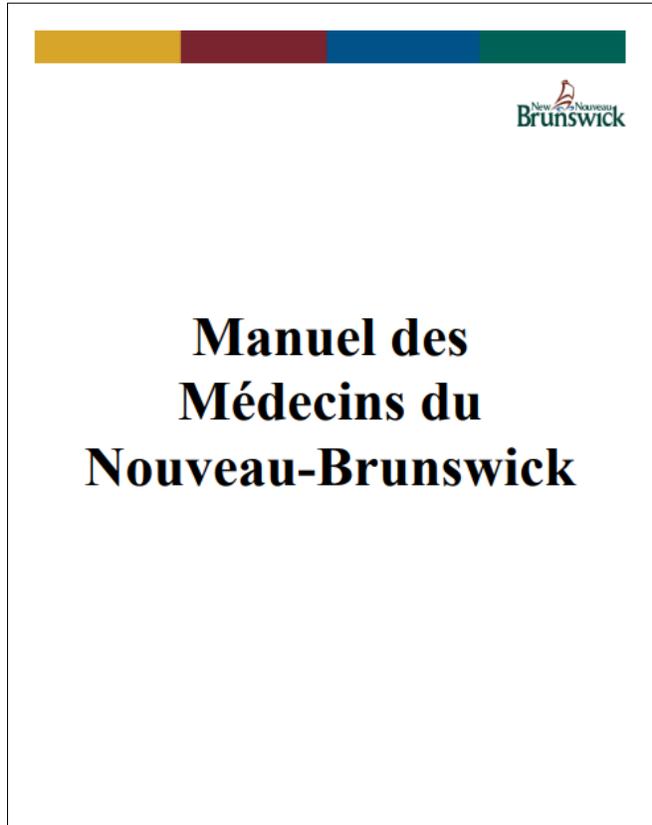
Les frais pour les codes de services sont basés sur l'unité au lieu du dollar. Voir Chapitre 3, section 1.5 dans le manuel des médecins pour les valeurs unitaires par spécialité.



Les praticiens rémunérés à l'acte peuvent calculer le montant en dollars des codes en multipliant les unités (indiquées dans le manuel à côté du code de service) par le montant en dollars pour leur spécialité sur la base du tableau.

<b>Lists</b>	<b>Code</b>	<b>Units Gen</b>	<b>Units An</b>
..B	368	46	7

# Chapitre 5: Section 1 Médecine familiale



Manuel des Médecins

## CHAPITRE 5 : SPÉCIALITÉS

### Section 1 : Médecine familiale

Voir la légende au [chapitre 3, section 1.7](#), pour la description des listes A, B, C et D.

L'interprétation exacte des tarifs et honoraires est impossible sans une lecture du préambule général.

#### 1.1 Consultations

(Voir les définitions au [chapitre 3, section 1.2.4](#))

Consultation majeure ou spécifique.....	10	57
Consultation subséquente dans les 30 jours.....	12	42

#### 1.2 Visites en cabinet

Doit inclure, s'il y a lieu : teneur en hémoglobine, analyse d'urine, injections, examen pelvien et autres services auxquels ils s'appliquent, tel qu'il est indiqué au [chapitre 3, section 1.2.2](#).

Visite en cabinet, devant être facturée par le médecin familiale lorsqu'un service est offert dans le contexte d'une pratique familiale communautaire, laquelle est définie comme une pratique où le médecin conserve le dossier complet du patient dans lequel le code de service 1 est inscrit ainsi que les autres rencontres; offre tous les soins de contrôle nécessaires pour la rencontre; et prend la responsabilité de l'engagement de toutes les demandes de consultation connexes et de leur suivi.....	1	32
--	---	----

Le code de service 1 s'applique également aux visites en cabinet et aux examens complets qui ne peuvent être facturés à un tarif plus élevé sous un autre code, en raison, par exemple, de limites dans la fréquence ou les intervalles de service.

**Visite en cabinet pour les personnes âgées, en supplément**

Pour l'évaluation de cas complexes chez les personnes âgées de **65** ans ou plus présentant des pathologies multiples, y compris la révision du régime médicamenteux, au besoin. ....

8101 9

*Note de l'Assurance-maladie : Une fois que des pathologies multiples ont été diagnostiquées, le code de visite en cabinet pour les personnes âgées peut être facturé pour des visites ultérieures peu importe la raison de la visite.*

Voir la légende au [chapitre 3, section 1.7](#), pour la description des listes A, B, C et D.

**Injections**

Voir [chapitre 4, sections 2.15.10](#)

# Fiche de référence rapide / aide-mémoire

Exemple d'aide-mémoire fourni  
lors d'une séance de formation  
sur la facturation à  
l'Assurance-maladie.

Les aide-mémoires permettent  
de gagner beaucoup de temps  
avec les codes de service  
couramment utilisés!



## MÉDECINE GÉNÉRALE

### Consultations

<b>Code 10</b>	Consultation majeure ou spécifique (demande écrite)
<b>Code 12</b>	Consultation subséquente dans les 30 jours (nouvelle demande dans les 30 jours)

### Visites en cabinet (emplacement 1 et 19)

*À partir du 1<sup>er</sup> avril 2022, toutes les consultations et/ou visites en cabinet doivent inclure l'heure de début de la rencontre entre le patient et le médecin.*

<b>Code 1</b>	Visite en cabinet
<b>Code 8116</b>	Dépendance aux opiacés – Visite en cabinet - Pour le diagnostic et le suivi d'une dépendance aux opiacés
<b>Code 9143</b>	Cannabis – visite en cabinet
<b>Code 8101</b>	Visite en cabinet pour les personnes âgées (65 ans ou plus présentant des pathologies multiples) – ceci est un ajout au code 1
<b>Code 8985</b>	Visite pour soins aux patients complexes – en supplément <i>Le code de service 8985 est facturable en supplément avec le code de service 1 seulement. Afin de facturer le code de service 8985, chaque patient doit avoir des diagnostics confirmés de deux des maladies complexes suivantes. Le code de service 8985 n'est pas payable en plus du code de service 8101.</i> <ul style="list-style-type: none"><li>• Diabète</li><li>• Insuffisance cardiaque congestive</li><li>• Asthme</li><li>• Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)</li><li>• Démence</li><li>• Soins palliatifs</li><li>• Obésité (IMC &gt; 40)</li><li>• Hypertension artérielle</li><li>• Syndrome de douleur chronique</li></ul>
<b>Code 8986</b>	Soins médicaux complexes – visite de groupe, Par tranche de 15 minutes ou partie de celle-ci
<b>Code 15</b>	Examen prénatal complet (non payable dans les 42 jours suivant un code 7 ou un code 2173)
<b>Code 16</b>	Visites pré et/ou postnatales sans examen complet
<b>Code 19</b>	Soins du bébé normal (jusqu'à 365 jours de vie)
<b>Code 3</b>	Clinique sans rendez-vous – visite (effectuée dans un endroit désigné comme une clinique sans rendez-vous, il n'y a pas de registre normalisé des patients; la liste des patients change constamment
<b>Code 200</b>	Tarifs de surveillance exclusive - (par 15 minutes) – heure du début et heure de fin doivent être indiqués sur la visite ainsi que la surveillance exclusive.

### Counseling (par 15 minutes)

<b>Code 20</b>	Psychothérapie (par tranche de 15 minutes)
<b>Code 193</b>	Conseils auprès d'un patient (ré: unité familiale, contraception, STD- par 15 minutes)
<b>Code 216</b>	Conseils familial (ré: décisions de placement, ressuscitation ou traitement – par 15 minutes)

### Programme de gestion des maladies chroniques (facturable une fois par période de 365 jours)

<b>Code 8109</b>	Gestion de la diabète chronique
<b>Code 8113</b>	Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)

# Retour sur les codes couramment facturés en médecine familiale

# Codes de service pour la médecine familiale:

## Les visites

- 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

**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.

# 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.*

- 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)

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

*Veillez à soumettre le code principal; les codes en supplément ne seront payés qu'à condition qu'un code de visite ou de procédure principal correspondant ait été facturé.*



- 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

# 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*

*Chaque tranche de 15 minutes = compte de 1*

## **Code 200 – Surveillance exclusive**

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

- Code 10 (pour les 60 premières minutes)
- Code 200 (pour les 45 minutes supplémentaires)
- **L'heure de début et de fin, 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
- L'heure de début et de fin, compte de 2 (30 min)
- Il faut indiquer sur la demande de paiement la personne qui obtient l'entrevue ainsi que la décision de traitement, le placement ou de ne pas réanimer.

# 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*

*Chaque tranche de 15 minutes = compte de 1*

## **Code 20 – Psychothérapie**

Ex. Psychothérapie avec un patient de 10h45 à 11h45 (1 hr)

- Code 20
- (compte de 4)
- L'heure de début et de fin

**\* Le code 20 ne peut pas être facturé le même jour que des honoraires de visite.**

# 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"> <li>• QUADRACEL</li> </ul>
8631	8661	DIPHTÉRIE, TÉTANOS, ANTICOQUELUCHEUX ACELLULAIRE, VACCIN INACTIVÉ CONTRE LA POLIO, <i>HAEMOPHILUS INFLUENZAE</i> DE TYPE B	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PEDIACEL</li> </ul>
8632	8662	HÉPATITE A	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HAVRIX 720 JUNIOR</li> <li>• HAVRIX 1440</li> <li>• VAQTA PÉDIATRIQUE/ADOLESCENT</li> <li>• VAQTA ADULT</li> </ul>
8633	8663	HÉPATITE A & B	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TWINRIX JUNIOR</li> <li>• TWINRIX</li> </ul>
8634	8664	HÉPATITE B	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RECOMBIVAX HB PEDIATRIC</li> <li>• PÉDIATRIQUE</li> <li>• RECOMBIVAX HB ADULTE</li> <li>• RECOMBIVAX HB DIALYE</li> </ul>

Chapitre 4 : Éléments communs à tous les médecins

Liste Code Unités Unités  
Gen An

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

# Modèle FAM pour les immunizations

## Service

Code	Diagnostic	Diagnostic CIM-10	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nombre	Rôle du fournisseur	Emplacement	Code d'emplacement
<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/> GÉNÉRALISTE	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Numéro du praticien orienteur	Type d'orientation	Date d'orientation	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="JJ-MM-AAAA"/>	
Code de rotation	Numéro d'approbation préalable	Modificateur de service	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Raisons de l'annulation de la chirurgie			
<input type="text"/>			

## Immunisation

Nom du produit immunisant	Numéro de lot du vaccin
<input type="text"/>	<input type="text"/>

# Influenza et COVID

## Influenza

8637: avec visite

8667: sans visite

## COVID-19

8653: avec visite

8683: sans visite

# Mises à jour et changements

- Depuis le 4 avril 2025, les codes de service suivants, auparavant énumérés 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

## Ainsi :

Les procédures (actes) de la **liste B** sont **payables en plus des honoraires de visite** ou de consultation effectuées **le même jour**.

*(Référence : « Légende », chapitre 3, section 1.7 – Manuel des médecins du N.-B.)*

# Code 9348 – Examen complet et Frais d'ouverture de dossier pour les nouveaux patients

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.

# Chapitre 4 : Éléments communs à tous les médecins

# Codes de services – Visites d'urgence

- Les visites d'urgence peuvent comprendre tout code de visite pour des services dispensés en situation d'urgence en cabinet, à domicile, en foyer de soins, en extramural ou en hospitalisation
- Les véritables visites d'urgence (La nécessité d'une intervention immédiate)
- Les demandes de paiement pour visite d'urgence doivent indiquer à quelle heure les services ont été rendus.
- Ces honoraires ne s'appliquent pas, par exemple, aux soins préalablement prévus après les heures normales, ni lorsque des patients doivent être vus de façon urgente en cabinet pendant les heures de bureau ou à l'hôpital pendant la tournée des patients.

# Codes pour visites d'urgence cont.

*« De jour » s'applique aux soins dispensés les jours ouvrables entre 7 h et 17 h59.*

*« De nuit » s'applique aux soins dispensés sur semaine entre 18 h et 6 h59.*

*« En fin de semaine » s'applique aux soins dispensés les samedis, dimanches et jours fériés.*

## À l'hôpital (patient hospitalisés, PAS SALLE D'URGENCE)

**Code 2855** – Visite d'urgence de jour

**Code 2856** – De nuit et en fin de semaine

## Foyer de soins, residence du patient et Programme Extramural

**Code 1752** – Foyer de soins Visite d'urgence la nuit ou la fin de semaine

**Code 206** – PEM Visite d'urgence à domicile

**Code 848** – PEM Soins Palliatifs Visite d'urgence à domicile

**Code 8** – Visite d'urgence à domicile

# Programme de service de garde autorisé

- « Garde » s'entend de toute période, hors des heures normales de travail (du lundi au vendredi, les fins de semaine et les jours fériés), pendant laquelle un médecin est disponible pour donner suite aux demandes urgentes ou imminentes à partir d'un établissement (hôpital, foyer de soins ou prison provinciale du Nouveau-Brunswick) afin d'examiner, de soigner un patient et de lui offrir des services de diagnostic ou des conseils.
- Dans le cas d'un établissement de santé, les services sur demande comprennent les services offerts aux patients qui quittent l'hôpital ou aux patients indépendants qui proviennent de la collectivité par l'intermédiaire de la salle d'urgence, sont aiguillés par des médecins d'autres établissements ou sont des patients hospitalisés dont des médecins d'une autre spécialité prennent en charge les soins.
- Dans le cas des foyers de soins, ces services sont offerts à tous les pensionnaires actuels ou à ceux qui viennent d'être admis.

# Programme de service de garde autorisé

## Codes de service, Service de garde

Code 8989 - Rotations en médecine générale (RAA et salariés)

Code 8991 - Rotations dans les foyers de soins

Code 8992 - Rotations dans les prisons provinciales

Code 8987 – Allocation pour service hospitalier de nuit

# Où inscrire le code de rotation dans FAM

## Service

Code

Diagnostic

Diagnostic CIM-10

Nombre ↕

Rôle du fournisseur ↕

GÉNÉRALISTE

Emplacement

Code d'emplacement

Numéro du praticien orienteur

Type d'orientation

Date d'orientation

Code de rotation

MF – SERVICES DE TRAITEMENT  
DES DÉPENDANCES

TA

MF – HOSPITALISTES

TH

MF – PRISONS

TJ

MF – MÉTHADONE

TM

MF – NOUVEAU-NÉS

TN

MF – ASSISTANTS DE SALLE  
D'OPÉRATION

TO

MF – OBSTÉTRIQUE

TC

MF – SOINS PALLIATIFS

TP

MF – AGRESSION SEXUELLE

TS

Modificateur de service

# Codes de service pour le Programme extra-mural

*Les codes de services suivants s'appliquent uniquement aux services qui sont dispensés à des patients admis au Programme extra-mural (PEM).*

*\*(Voir Chapitre 4, Section 2.15.1 du Manuel des Médecins pour les codes et descriptions)*

## Codes PEM fréquemment utilisé

- **Code 209** – Une visite, autre que visite à domicile, avec un patient qui doit être admis/référé aux services du PEM. Non applicable à l'emplacement 19 (virtuel).
- **Code 210** – Communication initié de la part d'un member du personnel du PEM exigeant une réponse du médecin. Par faxe, courriel, telephone, copie papier, videoconference.

# Codes de service pour le Programme extra-mural

*Les codes de services suivants s'appliquent uniquement aux services qui sont dispensés à des patients admis au Programme extra-mural (PEM).*

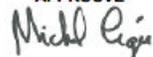
*\*(Voir Chapitre 4, Section 2.15.1 du Manuel des Médecins pour les codes et descriptions)*

## Visite à domicile et Soins palliatifs visite à domicile

- **Code 204** – Visite à domicile avec admission au programme
- **Code 205** – Visite à domicile chez un patient déjà admis au programme
- **Code 206** – Visite d'urgence à domicile
- **Code 208** – Patient additionnel, admis ou non, examine lors d'une visite à domicile
- **Code 847** – Visite à domicile pour prodiguer des soins palliatifs extra-muraux, chez un patient déjà admis au programme
- **Code 848** – Visite à domicile pour prodiguer des soins palliatifs extra-muraux, Visite d'urgence

# Codes de services supplémentaires pour la facturation pro forma

- Les codes supplémentaires, aussi appelé les codes de service administratifs, sont **seulement pour les médecins salariés**.
- Ces codes de service sont obligatoires de facturer, et These codes are mandatory to bill, et de nombreux points de reference incluent les codes dans leur calcul.
- Les codes sont pour les soins cliniques indirects et soins non cliniques. (ex. Réunions d'équipes interdisciplinaires, Enseignement clinique, examiner les dossiers médicaux, les résultats de laboratoire ou les antécédents du patient, remplir des formulaires)
- La plupart des codes ne nécessitent pas de numéro de l'Assurance-maladie valide et peut être facturé sous le numéro fictif 111 111 126.
- Les codes sont facturés par tranches de 15 minutes et nécessitent le nombre de services (ex. 1 heure = un nombres de 4 services)

APPROUVE  


**1. Objectif :** Fournir une liste des codes de facturation pro forma pour les médecins payés conformément au plan de Rémunération du personnel médical (les médecins salariés).

**2. Description :** Les codes de service indiqués ci-dessous ainsi que les codes des services figurant au [Manuel des Médecins](#) doivent être facturés pro forma. Les séries de codes de service indiqués ci-dessous sont devenues **obligatoires à partir du 1<sup>er</sup> avril 2015**. De nombreux points de référence comportent les codes de soins cliniques indirects et les codes de soins non cliniques dans leur calcul. Pour les groupes qui n'ont pas de points de référence, ces codes sont toujours obligatoires pour assurer l'équité et la comparabilité.

Code de service	Description du service	Objectif	Exemples
<b>Codes des soins cliniques indirects</b>			
8801	Conférence aux soins du patient  (réunions en équipe interdisciplinaire)	Ce code est utilisé lorsque des professionnels interdisciplinaires de n'importe quel domaine se rencontrent pour discuter d'un ou de plusieurs patients.  Aucun numéro d'assurance-maladie valide n'est à fournir pour ce code. <sup>1</sup> La facturation s'effectue par tranche de 15 minutes. <sup>2</sup>	Réunions d'équipes interdisciplinaires, tournées des pharmacies, réunions sur les utilisations et conférences multidisciplinaires sur le cancer sont des exemples. Les membres habituels d'une équipe interdisciplinaire peuvent inclure des physiothérapeutes, ergothérapeutes, autres médecins, infirmières, infirmières praticiennes, travailleurs sociaux ou pharmaciens. Cette liste de membres interdisciplinaires n'est pas complète.
8802 <b>RÉVISÉ</b>	Enseignement clinique	Ce code a trait au temps passé à l'enseignement d'une discipline médicale aux étudiants auprès d'un patient en particulier, en cabinet, à l'hôpital ou en clinique. Les patients peuvent être présents (« enseignement au chevet du patient ») ou l'enseignement peut suivre le service de soins cliniques. Le code vise à signaler le temps SUPPLÉMENTAIRE qu'il faut pour assurer l'enseignement en question en plus des soins cliniques normaux.  Ce code peut être utilisé avec un numéro d'assurance-maladie fictif <sup>1</sup> ou avec des renseignements relatifs à un patient, y compris un numéro d'assurance-maladie valide, pour la facturation en tranches de 15 minutes <sup>2</sup> , et un diagnostic.	Mentorat d'étudiants ou de résidents en médecine en milieu clinique (cabinet médical ou clinique, au cours d'une visite quotidienne régulière à l'hôpital). Un tel mentorat peut être offert pendant les heures normales de travail ou en service de garde. À titre d'exemple, <b>rondes auprès de patients hospitalisés ou enseignement général après plusieurs patients en milieu clinique :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Facturer les services cliniques normaux fournis durant les rondes ou au chevet du patient en milieu clinique (p. ex. consultation, visite, etc.).</li> <li>• Dans le cas de l'enseignement clinique, facturer SEULEMENT 8802 pour le temps supplémentaire consacré aux patients <u>en plus du temps</u> qu'il aurait normalement fallu pour assurer le service. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le temps supplémentaire consacré doit être supérieur à 15 minutes et être facturé en tranches de 15 minutes.</li> <li>• S'il faut normalement deux heures pour effectuer les rondes sans étudiants/résidents, mais qu'il a fallu trois heures en compagnie d'étudiants ou de résidents, facturer seulement une heure supplémentaire</li> </ul> </li> </ul>

# Facturation Pro forma dans FAM

## Ajouter une demande de paiement

### Fournisseur / Demande de paiement

Fournisseur

Compte

Proforma

Service de garde

Chirurgie annulée

### Assurance-maladie

Province ↕

NOUVEAU-BRUNSWICK

Numéro d'assurance-maladie

### Patient

Prénom

Initiale

Nom de famille

Identificateur du nouveau-né

DDN

Sexe

## Exemple 1 Visite avec surveillance exclusive

Patient reçu au cabinet pour une visite de suivi. Le médecin est demeuré avec lui de 13 h à 14 h 30.

### **Demande de paiement # 1**

Visite (code 1)

Heure début = 13 h

### **Demande de paiement # 2**

Surveillance exclusive (code 200)

Heure de début = 13 h 30

Heure de fin = 14 h 30

Nombre de services = 4

# Exemple #1

## Visite avec la surveillance exclusive

Les heures de début et de fin de la surveillance exclusive sont obligatoires.

### Date et heure

Date de service	18-09-2025	Heure de début	1300	Date de fin	18-09-2025	Heure de fin	1430	Durée du Service	0130
Âge en jours: 5									
Date d'admission	JJ-MM-AAAA	Date de congé	JJ-MM-AAAA	Date de la dernière facture	JJ-MM-AAAA	Date de prise	JJ-MM-AAAA		

### Service

Code	200	Diagnostic	Mal de dos	Diagnostic CIM-10	M545		
<small>SURVEILLANCE EXCLUSIVE, PAR 15 MINUTES</small>							
Nombre	4	Rôle du fournisseur	0	Emplacement	1	Code d'emplacement	
		<small>GÉNÉRALISTE</small>		<small>BUREAU</small>			
				Type d'orientation		Date d'orientation	JJ-MM-AAAA
				Numéro d'approbation préalable		Modificateur de service	

Ce nombre devrait refléter la durée totale de la surveillance exclusive (ex. 1 heure = 15 min. x 4)

# Questions de pratique

*Visite d'urgence à la résidence du patient.*

Vous laissez tout en plan pour effectuer une visite d'urgence au domicile d'un patient âgé. Vous êtes retenu au chevet du patient tandis que vous administrez des soins. La durée totale de la visite est de 51 minutes.

1. Quels codes de service +/- supplément peuvent être facturés?

- a) Code 4
- b) Code 8
- c) Code 8 plus code 200 (1)
- d) Code 8 plus code 200 (2)

2. Le scénario est le même que ci-dessus, mais le patient a été admis dans le Programme extra-mural pour recevoir des soins palliatifs.

- a) Code 206 plus code 200 (2)
- b) Code 847 plus code 200 (2)

## Exemple 2

### Visite avec supplément

Un patient de 50 ans souffrant d'arthrite est vu en cabinet pour une injection de cortisone aux deux genoux. Le patient avait déjà reçu, précédemment, des diagnostics d'hypertension et d'asthme.

1. Quels codes de service +/- supplément peuvent être facturés?
  - a. Code 1
  - b. Code 1 + code 1948 (2, tous deux à 100 %)
  - c. Code 1 + code 8985 + code 1948 (2, le premier à 100 % et le deuxième à 75 %)
  - d. Code 1 + code 8101 + code 1948 x 2 (deux demandes de paiement distinctes)

# Exemple 2 – Visite avec supplément

## *Réponse et explication*

**La réponse est C.**

**Code 1 + code 8985 + code 1948 (2, le premier à 100 % et le deuxième à 75 %)**

- \*Le code 1 peut être facturé pour la visite en cabinet.
- \*Le code 8985, car le patient s'est vu diagnostiquer deux des maladies complexes énumérées dans la description de ce code.
- \*Le code 1948, deux fois, pour les deux genoux, le premier à 100 % et le deuxième à 75 %, car il s'agit d'un code de la liste B. Pourrait aussi être facturé en deux demandes de paiement distinctes.

*Conseil : Veillez à indiquer « bilatéral » si vous ne présentez qu'une seule demande ou « droit » et « gauche » si vous en présentez deux.*

# Code 8985 – cont.

***Note de l'Assurance-maladie : Le code de service 8985 est facturable en supplément avec le code de service 1 seulement. Afin de facturer le code de service 8985, chaque patient doit avoir des diagnostics confirmés de deux des maladies complexes suivantes. Le code de service 8985 n'est pas payable en plus du code de service 8101.***

- Diabète
- Insuffisance cardiaque congestive
- Asthme
- Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)
- Démence
- Soins palliatifs
- Obésité (IMC > 40)
- Hypertension artérielle
- Syndrome de douleur chronique

# Services additionnels

- Rôle 3 – Honoraires d'assistance chirurgicale
- Code 1898 Warfarin - surveillance du traitement à long terme, par mois (service par téléphone)
- Code 8 – Visite à domicile
- Code 8715 - Présence médicale durant le travail jusqu'à l'accouchement
- Procédures en cabinet
  - Code 2089 - Cryothérapie des verrues (tarif total) **List C**
  - Code 837 - Biopsie diagnostique à l'emporte-pièce **List A**

# 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**

# Relevé de paiement

L'état de rapprochement des praticiens disponible toutes les deux semaines dans le SCM devrait être examiné de façon régulière, car il est le plus précis pour ce qui a été traité par l'Assurance-maladie et indique les demandes de paiement pouvant nécessiter des mesures.

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.***

# Conseils pour prévenir les rejets de demandes et les retards

- ✓ Vérifier les renseignements sur le patient : confirmer la couverture par l'Assurance-maladie à chaque visite
- ✓ Soumettre les demandes de paiement par voie électronique : utiliser le Système de facturation à l'Assurance-maladie (FAM) ou un logiciel de facturation tiers (composant du système de DME)
- ✓ Veiller à la présentation en temps opportun des demandes - 92 jours à compter de la date de service
- ✓ Choisir des codes de facturation et codes de diagnostic CIM-10 exacts
- ✓ Examiner régulièrement votre état de rapprochement
- ✓ Déceler les écarts, assurer le suivi des demandes impayées et résoudre rapidement tout problème
- ✓ Gérer les demandes annulées – apporter les corrections nécessaires et soumettre à nouveau sans tarder
- ✓ Organiser une formation pour le personnel de facturation :
  - l'agente de liaison avec les praticiens de l'Assurance-maladie offre une formation sur la facturation et révision des codes, une formation de FAM
  - communiquer avec le fournisseur du système de DME ou un tiers pour demander une formation

# 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	<a href="mailto:pels.drpl@gnb.ca">pels.drpl@gnb.ca</a> (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	<a href="mailto:DHMedPay@gnb.ca">DHMedPay@gnb.ca</a>
Soutien aux utilisateurs de FAM	Problèmes de compte ou réinitialisations de mot de passe	<a href="mailto:MCEAdmin@gnb.ca">MCEAdmin@gnb.ca</a>
Agente de liaison pour les praticiens	Formation de facturation/FAM ou mise à jour	<a href="mailto:Medicare.Training.Formation@gnb.ca">Medicare.Training.Formation@gnb.ca</a>

**Des questions?**



# Merci!

Sondage en ligne:

<https://forms.office.com/r/CMwRCN6FyT>

Nous voulons connaître votre opinion.

Sondage sur la séance  
d'information sur la facturation à  
l'Assurance-maladie SÉANCE 4

