

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.

Les essentiels de la facturation en médecine familiale

Ministère de la Santé
25 septembre, 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.**

Manuel des Médecins du Nouveau-Brunswick

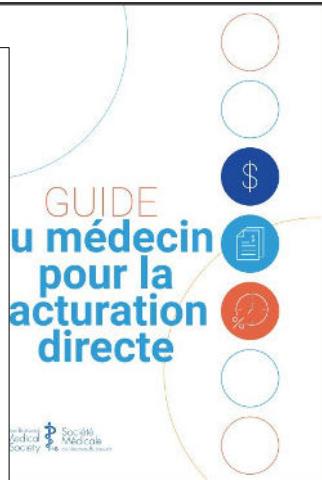
Services fournis par des infirmières en cabinet

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.

	Praticien On-site Role / Rôle du médecin sur place - 100%	Praticien Off-site Role / Rôle du médecin hors site - 100%
15	Prenatal complète examinatio / Examen prénatal complet	Rôle / Rôle 8
16	Pré ou post natal +/ ou / Visite pré ou post natale	Rôle / Rôle 8
19	Well baby care / Soins du bébé normal	Rôle / Rôle 8
1935	Consultation patient care visit - add on / Visite pour soins aux patients compliqués - en suppl.	Rôle / Rôle 8
1934	Hypoglycémie ou hypoglycémie / Hypoglycémie ou hypoglycémie	Rôle / Rôle 8
2038	Well newborn cystoscopy / Vérification urinaire par cystoscopie	Rôle / Rôle 8



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**.

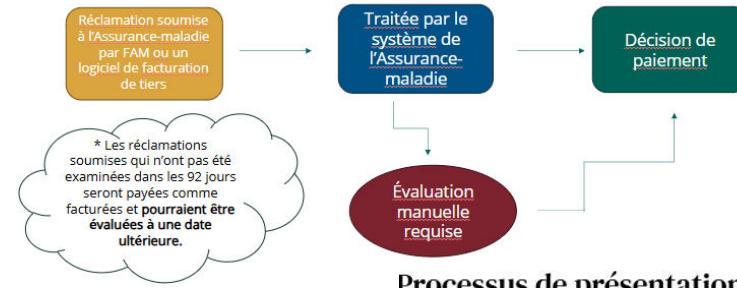


Les vérifications des demandes de paiement sont effectuées sur une base aléatoire et ne constituent en aucun cas une critique.



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

Processus de demande - de la soumission au paiement



Processus de présentation des demandes de paiement

New Brunswick
Canada

Bienvenue à la Ministère de la Santé
Portail Santé

Confidentialité | Décharge
Mot de passe oublié
Au sujet de nos initiatives
Conseilabilité du navigateur

Nom d'utilisateur
Mot de passe
Ouverture de session hps.gnb.ca

Etat de rapprochement des paiements

- 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 documents sur l'état de rapprochement ne sont pas représentatifs des codes ou des montants réels.

1 Date du rapport: 04/06/2017	2 PAYERPREP v6.0	3 Compte: 12345	4 Page: 1 de 8
Ce rapport indique l'état de rapprochement entre l'organisme et l'assurance-maladie pour les paiements prélevés au cours de la période indiquée. Il est destiné à l'information et à la vérification d'une personne ou d'un organisme, et pourraient être utilisés pour déterminer les paiements prélevés au cours de la période indiquée. Il est destiné à l'information et à la vérification d'une personne ou d'un organisme, et pourraient être utilisés pour déterminer les paiements prélevés au cours de la période indiquée. Il est destiné à l'information et à la vérification d'une personne ou d'un organisme, et pourraient être utilisés pour déterminer les paiements prélevés au cours de la période indiquée. Il est destiné à l'information et à la vérification d'une personne ou d'un organisme, et pourraient être utilisés pour déterminer les paiements prélevés au cours de la période indiquée.			

- Preparation de la demande : recueillir tous les renseignements requis
- Exigences en matière de codage : sélectionner un code de service et un diagnostic CIM-10 exacts
- Soumettre les demandes de paiement par voie électronique : le processus pourrait varier selon que vous utilisez une composante de facturation de votre système de DME ou la Facturation à l'Assurance-maladie (FAM)
- Dates limites de présentation des demandes de paiement : 92 jours à compter de la date de service

Codes CIM-10

Messages de règlement judiciaire sur l'état	Raisons possible des messages
Trop de visites le même jour	Plus d'une visite facturée pour le même patient le même jour
Facturation double apparente	Demande de remboursement présentée en double (même patient, mêmes codes, mêmes dates)
Résident non admissible, Patient doit communiquer avec l'Assurance-maladie	La couverture de l'assurance-maladie du patient est expirée et il doit contacter l'assurance-maladie ou SNB pour la faire renouveler.
Soins hospitaliers facturés par un autre médecin	Un autre médecin a facturé les soins quotidiens du patient, ce qui a entraîné un doublement de la facturation.
Visite supplémentaire, pas de réclamation associée	Code supplémentaire facturé sans code primaire (ex Code 8101 mais pas de Code 1)
SVP envoyer le protocole opératoire	Les rapports opératoires sont nécessaires pour évaluer la demande, ce sera pas pris en compte pour le paiement tant qu'ils n'auront pas été reçus
Payé sur réclamation #	Le service a été payé sur la réclamation indiquée

New Brunswick
Canada

Health/Santé

ECP - Electronic Communication for Physicians

Document Repository

- New Alerts
- Medicare
- Reconciliation Statements
- Alerts
- General
- General
- Resources
- General
- Reports/Forms
- Correspondence

Created

Action

1/27/2023 ✓

1/20/2022 ✓

11/09/2022 ✓

New Brunswick
Canada

Health/Santé

ECP - Electronic Communication for Physicians

Reconciliation Statements

Account Number

From: 12/01/2020 To: 03/28/2025

Document

Date

No documents were found matching the search criteria.

New
Nouveau
Brunswick

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/>

ÉVÉNEMENTS

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



Le Programme de soutien à la pratique de la SMNB collabore avec l'Assurance-maladie pour offrir une série de séances d'information sur la facturation en ligne.

Qui peut assister aux séances?

Les séances s'adressent aux médecins et aux membres de leur personnel qui sont nouveaux dans le domaine de la facturation, ou qui n'ont qu'une expérience limitée de la facturation au Nouveau-Brunswick. Elles conviendront également à ceux qui auraient besoin de se rafraîchir la mémoire.

Pourquoi y assister?

- Obtenir des renseignements à jour de la part d'agents de liaison des praticiens de l'Assurance-maladie.
- Découvrir les ressources essentielles pour rationaliser vos processus de facturation.
- Acquérir des stratégies et bénéficier de conseils pratiques pour soumettre vos demandes de règlement avec précision et confiance.
- Poser des questions générales sur la facturation et obtenir des réponses en temps réel (veuillez noter que les questions de facturation portant sur des cas précis doivent être adressées à l'Unité des demandes de renseignements des praticiens).

Inscrivez-vous à une ou plusieurs séances à partir de l'horaire ci-dessous.

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

Introduction à l'Assurance-maladie, aux principes de facturation, aux définitions clés et aux lignes directrices. Apprenez-en davantage sur les principes fondamentaux de la facturation et découvrez les ressources essentielles pour vous aider à facturer efficacement.

Le mardi 1er avril 2025, de midi à 12 h 55 | Anglais

[CLIQUEZ ICI POUR CONSULTER UNE COPIE DE LA PRÉSENTATION](#)

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

[CLIQUEZ ICI POUR CONSULTER UNE COPIE DE LA PRÉSENTATION](#)

SÉANCE 2 – Facturation en médecine familiale : un survol

Cette séance offre un aperçu des principes de facturation en médecine familiale, y compris un examen détaillé des codes courants, des services en cabinet, des procédures et de la facturation des soins hospitaliers. Obtenez de précieux renseignements pour optimiser vos processus de facturation.

Plan de la séance d'aujourd'hui

1. Retour sur les éléments fondamentaux de la facturation
 - mise en place, paiement des médecins, principes de facturation
2. Retour sur les codes couramment facturés en médecine familiale
3. Les éléments communs à tous les praticiens
4. 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 remuneration.

**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.*

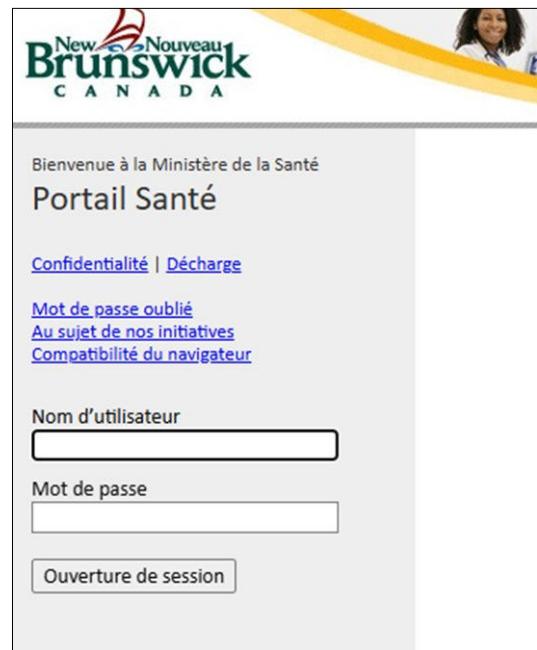
Informations de paiement et Cédule de paiement des praticiens

- 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					
MP#	Cut-Off Date 8:00AM Thursday for Claims	Run Date FRIDAY	Process Pay Run MONDAY	Statement and Deposit Date FRIDAY	NOTES ON HOLIDAYS
	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

Système de Communication des Médecins (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

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

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

2022-10-20

Veuillez 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

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.

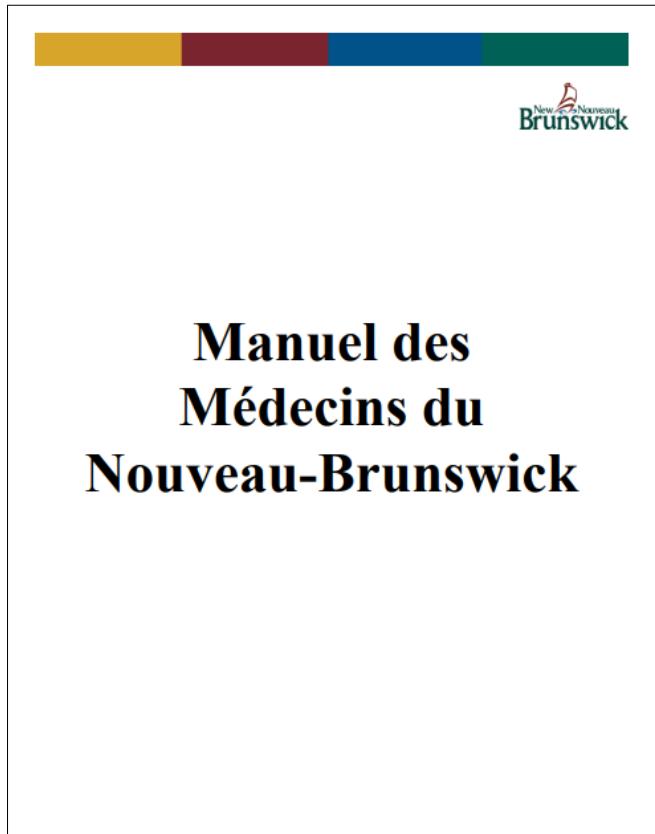


Les praticiens rémunérés à l'acte peuvent calculer le montant en dollars des codes en multipliant les unités (indiquées dans le manuel à côté du code de service) par le montant en dollars pour leur spécialité sur la base du tableau.

Lists	Code	Units Gen	Units An
..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 facture 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

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

Visites en cabinet (emplacement 1 et 19)

À partir du 1^{er} 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.

Code 1	Visite en cabinet
Code 8116	Dépendance aux opiacés – Visite en cabinet - Pour le diagnostic et le suivi d'une dépendance aux opiacés
Code 9143	Cannabis – visite en cabinet
Code 8101	Visite en cabinet pour les personnes âgées (65 ans ou plus présentant des pathologies multiples) – ceci est un ajout au code 1
Code 8985	Visite pour soins aux patients complexes – en supplément

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 palliatif*
- *Obésité (IMC > 40)*
- *Hypertension artérielle*
- *Syndrome de douleur chronique*

Code 8986	Soins médicaux complexes – visite de groupe, Par tranche de 15 minutes ou partie de celle-ci
Code 15	Examen prénatal complet (non payable dans les 42 jours suivant un code 7 ou un code 2173)
Code 16	Visites pré et/ou postnatales sans examen complet
Code 19	Soins du bébé normal (jusqu'à 365 jours de vie)
Code 3	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
Code 200	Tarifs de surveillance exclusive - (par 15 minutes) – heure du début et heure de fin doivent être indiqué sur la visite ainsi que la surveillance exclusive.

Counseling (par 15 minutes)

Code 20	Psychothérapie (par tranche de 15 minutes)
Code 193	Conseils auprès d'un patient (ré: unité familiale, contraception, STD- par 15 minutes)
Code 216	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)

Code 8109	Gestion de la diabète chronique
Code 8113	Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)

Retour sur les codes couramment facturés en médecine familiale

Codes de service pour la médecine familiale: 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, ANTICOQUELUCHE UX ACCELLULAIRE, VACCIN INACTIVÉ CONTRE LA POLIO	<ul style="list-style-type: none"> • QUADRACEL
8631	8661	DIPHTÉRIE, TÉTANOS, ANTICOQUELUCHE UX ACCELLULAIRE, 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 DIALYSE

Chapitre 4 : Éléments communs à tous les médecins

<u>Liste</u>	<u>Code</u>	<u>Unités</u>	<u>Unités</u>
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 PAPILLOME 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"> • IMOVAZ 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"> • IMOVAZ RAGES

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	Modificateur de service
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="JJ-MM-AAAA"/>	<input type="text"/>
Code de rotation	Numéro d'approbation préalable		
<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



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 vistes 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, résidence 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	
<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	Modificateur de service
<input type="text"/>	<input type="text"/> MF – SERVICES DE TRAITEMENT DES DÉPENDANCES	<input type="text"/> JJ-MM-AAAA	<input type="text"/>
Code de rotation	TA	TH	
<input type="text"/>			
Raisons de l'annulation de la chirurgie	MF – HOSPITALISTES	TJ	
<input type="text"/>	MF – PRISONS		
	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	

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/reféré aux services du PEM. Non applicable à l'emplacement 19 (virtuel).
- **Code 210** – Communication initié de la part d'un membre du personnel du PEM exigeant une réponse du médecin. Par faxe, courriel, téléphone, 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

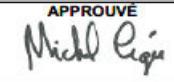
- **Code 204** – Visite à domicile avec admission au programme
- **Code 205** – Visite à domicile chez un patient déjà admis au programme
- **Code 206** – Visite d'urgence à domicile
- **Code 208** – Patient additionnel, admis ou non, examine lors d'une visite à domicile
- **Code 847** – Visite à domicile 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)

Manuel de politiques de l'Assurance-maladie
Section 06 : Factures - Paiements
Politique 18.1 : Tableau des codes de services supplémentaires pour la facturation pro forma de médecins rémunérés conformément au Régime de rémunération du personnel médical

Page 1 de 7
Original : 24/10/2011
Mise à jour : 21/09/2015

APPROUVÉ


- 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).
- 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^{er} 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
Codes des soins cliniques indirects			
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 n'est à fournir pour ce code. La facturation s'effectue par tranche de 15 minutes. ²	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 RÉVISÉ	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 ou avec des renseignements relatifs à un patient, y compris un numéro d'assurance-maladie valide, pour la facturation en tranches de 15 minutes ² , 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, rondes auprès de patients hospitalisés ou enseignement général après plusieurs patients en milieu clinique : <ul style="list-style-type: none">Facturer les services cliniques normaux fournis durant les rondes ou au chevet du patient en milieu clinique (p. ex. consultation, visite, etc.).Dans le cas de l'enseignement clinique, facturer SEULEMENT 8802 pour le temps supplémentaire consacré aux patients en plus du temps qu'il aurait normalement fallu pour assurer le service.<ul style="list-style-type: none">Le temps supplémentaires consacré doit être supérieur à 15 minutes et être facturé en tranches de 15 minutes.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

Facturation Pro forma dans FAM

Ajouter une demande de paiement i

Fournisseur / Demande de paiement

Fournisseur	Compte	Proforma <input checked="" type="checkbox"/>	Service de garde <input type="checkbox"/>	Chirurgie annulée <input type="checkbox"/>
-------------	--------	--	---	--

Assurance-maladie

Province t	Numéro d'assurance-maladie
NB	<input type="text"/> i
NOUVEAU-BRUNSWICK	

Patient

Prénom	Initiale	Nom de famille
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Identificateur du nouveau-né	DDN	Sexe
<input type="text"/>	<input type="text"/> JJ-MM-AAAA i	<input type="text"/>

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



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)

Questions de pratique

Réponse et explication



1. La réponse est D

Code 8 + code 200 (compte de 2)

- Code 8 - Visite d'urgence à domicile (pour les premières 30 minutes)
- Code 200 - Surveillance exclusive (compte de 2) pour les 21 minutes supplémentaires

2. La réponse est B

Code 848 + code 200 (compte de 2)

- Code 848 - PEM Soins Palliatifs Visite d'urgence à domicile (pour les premières 30 min)
- Code 200 - Surveillance exclusive (compte de 2) pour les 21 minutes supplémentaires

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



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

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

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.



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



Ce document est à des fins de formation seulement.

Les codes et les valeurs inclus sur l'état de rapprochement ne sont pas représentatifs des codes ou des montants réels.

2 Date d'exécution du rapport: 24/06/2017 3 Date du relevé: 30/06/2017 4 PYR025FRE.rdl v 1.0 Compte: 12345 Page: 1 de 6

Le présent rapport s'adresse uniquement à son destinataire, qu'il soit une personne ou un organisme, et pourrait comporter des renseignements privilégiés ou confidentiels. Si vous n'êtes pas le destinataire du rapport, il est interdit d'utiliser, de revoir, de distribuer, de disséminer, de copier, d'agir en vous y fiant ou de vous en servir de toute autre façon. Si vous avez reçu le présent rapport par erreur, prière de communiquer avec l'expéditeur immédiatement. Nous sommes reconnaissants de votre collaboration.

Processus de rapprochement : veiller à l'exactitude des paiements

- Examiner régulièrement les états de rapprochement.
- Assurer un suivi des demandes soumises et les comparer aux demandes payées.
- Déceler les divergences - rechercher les demandes impayées, annulées ou réduites.
- Déterminer ce qui s'est passé et prendre des mesures pour régler les problèmes - corriger et soumettre à nouveau si nécessaire, et (ou) contacter les Demandes de renseignements des praticiens pour demander des ajustements.
- Examiner les relevés ultérieurs pour vérifier que le problème a été réglé et tous les services, payés.

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

Des questions?



Nous voulons connaître votre opinion.

Sondage en ligne:

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

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

