

## **IMPORTANT NOTICE FOR THE SUBMISSION OF FEE-FOR-SERVICE CLAIMS TO NEW BRUNSWICK MEDICARE**

- Please complete a Teletransmission Application and **two** Medicare Teletransmission Agreements if you intend to submit fee-for-service claims to New Brunswick Medicare.
- Please ensure that all areas of the Teletransmission Application Form are completed.
- Please ensure that **two** original Medicare Teletransmission agreements are signed, witnessed and dated. Once an Authorized Medicare Representative has approved the agreements, one agreement will be maintained in your file at Medicare and the other will be mailed to you for your own files. These two agreements and the application form need to be completed and returned before claims can be transmitted to Medicare.
- No faxes or electronic transmission will be accepted.
- Completed application form and the two agreements may be mailed to the address below:

New Brunswick Medicare  
Practitioner Registrar  
PO Box 5100  
Fredericton, NB E3B 5G8

Or delivered in person to the Practitioner Registrar at:

New Brunswick Medicare  
520 King St.  
Carleton Place, 4<sup>th</sup> floor  
Fredericton, NB E3B 6G3

- More information on teletransmission can be found in the [Teletransmission Application Information manual](#).

## AVIS IMPORTANTE POUR LA TRANSMISSION DES RÉCLAMATIONS À L'ACTE À L'ASSURANCE-MALADIE DU NOUVEAU-BRUNSWICK

- Veuillez remplir la Formule d'inscription au service de télétransmission et **deux** Ententes de télétransmission si vous avez l'intention de soumettre des réclamations à l'acte à l'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick.
- Veuillez vous assurer de remplir toutes les cases de la Formule d'inscription du service de télétransmission.
- Veuillez vous assurer de signer et dater en présence d'un témoin **deux** ententes de télétransmission. Lorsque l'Assurance-maladie aura approuvé les ententes, elle conservera une entente dans votre dossier à l'Assurance-maladie et elle vous expédiera l'autre entente pour votre dossier. Vous devez préparer les deux ententes et remplir la formule d'inscription et les faire parvenir à l'Assurance-maladie avant de pouvoir transmettre des réclamations.
- Les télécopies et les messages électroniques ne sont pas acceptables.
- La formule d'inscription et les deux ententes doivent être postées à l'adresse suivante :

Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick  
Registraire de praticiens  
CP 5100  
Fredericton, NB E3B 5G8

ou livrées à l'adresse suivante au Registraire de praticiens,

Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick  
520 rue King  
Édifice Carleton, 4<sup>e</sup> étage  
Fredericton, NB E3B 6G3

- Pour obtenir plus de renseignements sur la télétransmission, veuillez consulter le [Manuel sur la demande d'inscription à la télétransmission](#).

**MEDICARE TELETRANSMISSION AGREEMENT  
ENTENTE DE TÉLÉTRANSMISSION**

This agreement dated \_\_\_\_\_

Entente signée le \_\_\_\_\_

**BETWEEN:** \_\_\_\_\_ of the first part,  
hereinafter referred to as the "PRACTITIONER".

**ENTRE :** \_\_\_\_\_ d'une part, désigné(e) ci-  
après sous le nom du "PRATICIEN".

**AND:** Medicare Branch of the Department of Health  
and Wellness, Province of New Brunswick, of  
the second part hereinafter referred to as  
"MEDICARE".

**ET :** D'autre part, la Section de l'Assurance-maladie du  
ministère de la Santé et du Mieux-être, province  
du Nouveau-Brunswick, désignée ci-après sous le  
nom de "ASSURANCE-MALADIE".

The PRACTITIONER and MEDICARE agree as follows:

Le PRATICIEN et l'ASSURANCE-MALADIE conviennent de  
ce qui suit :

1. This agreement shall be subject to the provisions of the Medical Services Payment Act and Regulations.
2. The practitioner shall be responsible for the validity and accuracy of any claims submitted to Medicare through Teletransmission containing the payment number assigned to the practitioner.
3. All claims submitted to Medicare shall be supported by original retention documentation. Any claim not supported by original retention documentation may be subject to recovery or adjustment by Medicare.
4. The practitioner shall retain at his normal business premises for a period of not less than seven years original retention documentation respecting each claim for insured service(s) submitted to Medicare.

1. Cette entente est assujettie aux dispositions de la Loi sur le paiement des services médicaux et des règlements y afférent.
2. Le praticien a la responsabilité de garantir la validité et l'exactitude de toutes les factures présentées à l'Assurance-maladie par télétransmission, qui contiennent le numéro de paiement attribué au praticien.
3. Toutes les factures présentées à l'Assurance-maladie doivent être justifiées par des documents de validité originaux. Le paiement de toute facture n'étant pas appuyé par un document de validité original peut être recouvré ou redressé par l'Assurance-maladie.
4. Le praticien doit conserver à son cabinet, pendant une période d'au moins sept ans, tous les documents de validité originaux relatifs à toutes les factures présentées à l'Assurance-maladie aux fins des services assurés.

- |     |   |     |  |
|-----|---|-----|--|
| 5.  | The practitioner shall maintain the original retention documentation in a form approved by Medicare and obtain approval before introducing any changes.   | 5.  | Le praticien doit conserver les documents de validité originaux selon une méthode approuvée par l'Assurance-maladie et doit obtenir l'autorisation avant d'introduire des changements.   |
| 6.  | The practitioner or his/her designate shall initial each page and sign the final page of the original retention document relating to a claim or claims submitted to Medicare.   | 6.  | Le praticien ou son/sa désigné(e) doit apposer ses initiales sur chaque page et signer la page finale des documents de validité originaux relatif à une facture ou à des factures présentée(s) à l'Assurance-maladie.  |
| 7.  | The practitioner shall permit Medicare, or its authorized representatives or agents, to: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) examine and audit any books, accounts, or records (other than patient records), maintained by the practitioner, wherever such records may be held, respecting the practitioner's claims for services made to, or payments received from, Medicare; and</li> <li>b) take extracts from or make copies of all or any part of those books, accounts, or records referred to in subparagraph (a).</li> </ul> | 7.  | Le praticien doit permettre à l'Assurance-maladie ou à ses représentants ou agents autorisés : <ul style="list-style-type: none"> <li>a) d'examiner et de vérifier tous livres, comptes ou dossiers (sauf les dossiers des patients) tenus par lui, relativement aux factures présentées par celui-ci à l'Assurance-maladie ou aux factures dont il a reçu paiement de l'Assurance-maladie, où que ces dossiers soient conservés; et</li> <li>b) de prélever des extraits ou de faire des copies des livres, comptes ou dossiers mentionnés au sous alinéa (a), en tout ou en partie;</li> </ul> |
| 8.  | The practitioner agrees to forward original signed retention documents to Medicare within ten days of a request for such documents.   | 8.  | Le praticien convient d'envoyer à l'Assurance-maladie les documents de validité originaux signés et ce, dans les 10 jours suivant la date à laquelle une demande à cette fin a été effectuée.  |
| 9.  | The practitioner shall be responsible for the costs of submitting claims to Medicare.   | 9.  | Le praticien doit assumer les frais encourus pour la présentation des factures à l'Assurance-maladie.  |
| 10. | The practitioner shall be responsible for all costs relating to leasing, renting, or purchasing any equipment, software, services or communications which enable the practitioner to meet the requirements of Medicare for the submission of claims through Teletransmission.   | 10. | Le praticien doit prendre à sa charge tous les frais associés à la location ou à l'achat de l'équipement, du logiciel, des services ou des communications lui permettant de satisfaire aux exigences de l'Assurance-maladie relatives à la présentation des factures par télétransmission.   |

- |     |   |     |  |
|-----|---|-----|--|
| 11. | The practitioner shall maintain conformity of any system hardware, software or procedures to Teletransmission specifications which may be amended from time to time.                            | 11. | Le praticien doit faire en sorte que l'équipement, les logiciels et ou les modalités ayant trait au système demeurent conformes aux spécifications contenues dans le manuel de télétransmission, spécifications qui peuvent être modifiées à l'occasion. |
| 12. | The practitioner shall be responsible for retaining as confidential any password and telephone number that provides access to Teletransmission.   | 12. | Le praticien a la responsabilité de garder confidentiel tout mot de passe et numéro de téléphone qui lui donne accès à la télétransmission.  |
| 13. | The practitioner shall advise Medicare of any changes to the hardware or software for claim submission through Teletransmission.  | 13. | Le praticien doit aussi aviser l'Assurance-maladie de toute autres changements à l'équipement ou au logiciel relatifs à la soumission des factures par télétransmission.   |
| 14. | Medicare shall not be responsible for any breach of security to the practitioner's computer system, or any loss which the practitioner may incur as a consequence of such a breach of security. | 14. | L'Assurance-maladie n'est pas responsable des effractions contre la sécurité du système informatique du praticien ou de toute perte encourue par le praticien à la suite d'une telle effraction contre la sécurité.                                      |
| 15. | Medicare shall not be responsible for the loss of any claims submitted by a practitioner through Teletransmission.  | 15. | L'Assurance-maladie n'est pas responsable de la perte de toutes factures présentées par un praticien par télétransmission.   |
| 16. | The practitioner shall not allow duplication of any software provided by the Department of Health and Wellness to a third party.  | 16. | Le praticien ne doit pas permettre la duplication de logiciel donnée par le Ministère de la Santé et du Mieux-être à un tiers.   |

This agreement shall come into effect as of \_\_\_\_\_. (To be completed by Medicare.)

Cette entente entre en vigueur le \_\_\_\_\_. (à remplir par l'Assurance-maladie.)

\_\_\_\_\_  
PRACTITIONER SIGNATURE  
SIGNATURE DU PRATICIEN

\_\_\_\_\_  
DATE

\_\_\_\_\_  
WITNESS  
TÉMOIN

\_\_\_\_\_  
DATE

\_\_\_\_\_  
AUTHORIZED MEDICARE REPRESENTATIVE  
REPRÉSENTANT AUTORISÉ DE L'ASSURANCE-MALADIE

\_\_\_\_\_  
WITNESS  
TÉMOIN

\_\_\_\_\_  
DATE