



**NEW BRUNSWICK
REGULATION 84-20**

under the

**MEDICAL SERVICES PAYMENT ACT
(O.C. 84-64)**

Filed February 13, 1984

Under section 12 of the *Medical Services Payment Act*, the Lieutenant-Governor in Council makes the following Regulation:

1 This Regulation may be cited as the *General Regulation - Medical Services Payment Act*.

2 In this Regulation

“Act” means the *Medical Services Payment Act*;

“agreement” means an agreement entered into by the provincial authority with the New Brunswick Medical Society under section 4.1 of the Act;

“beneficiary” means

(a) a resident who has resided in the Province for not less than the period of time prescribed in subsection 3(1) other than

(i) a dependent of a beneficiary, or

(ii) a person mentioned in paragraphs 4(1)(a), (b), (c) and (d), and

(b) a visitor, other than a dependent, who has obtained authorization to enter Canada for the purposes of engaging in employment and includes a clergyman, priest or member of a religious order who has obtained au-

**RÈGLEMENT DU
NOUVEAU-BRUNSWICK 84-20**

pris en vertu de la

**LOI SUR LE PAIEMENT DES
SERVICES MÉDICAUX
(D.C. 84-64)**

Déposé le 13 février 1984

En vertu de l'article 12 de la *Loi sur le paiement des services médicaux*, le lieutenant-gouverneur en conseil établit le règlement suivant :

1 Le présent règlement peut être cité sous le titre : *Règlement général - Loi sur le paiement des services médicaux*.

2 Dans le présent règlement

« Assurance-maladie » désigne le régime de services médicaux établi en vertu du présent règlement;

« bénéficiaire » désigne

a) tout résident qui a résidé dans la province pendant au moins la durée prescrite au paragraphe 3(1), sauf

(i) une personne à charge d'un bénéficiaire, ou

(ii) une personne mentionnée aux alinéas 4(1)a), b), c) et d), et

b) un visiteur, autre qu'une personne à charge, qui a reçu l'autorisation de séjourner au Canada dans le but d'occuper un emploi et s'entend également d'un ministre du culte, d'un prêtre ou d'un membre d'un ordre religieux qui a reçu une autorisation de séjour pour exercer les fonctions liées à leur culte;

« Cahier des tarifs » Abrogé : 96-111

thorization to enter in connection with the carrying out of religious duties;

“dental practitioner” means a person lawfully entitled to practise dentistry in the place in which such practice is carried on by that person;

“dependent” means a resident who has been residing in the Province for not less than the period of time prescribed in section 2.1 and who is

(a) the spouse of a beneficiary if not maintaining a separate household, or

(b) a beneficiary’s child who is under the age of nineteen, unmarried and dependent for support upon the beneficiary, including

(i) an adopted child,

(ii) a child to whom a person stands *in loco parentis* if that person’s spouse is a parent of the child, and

(iii) a child whose parents are not married to one another;

“Director” means the person designated by the Minister to perform the duties, functions, tasks and to assume the responsibilities allocated to the Director by this Regulation;

“entitled person” means a beneficiary or dependent who is eligible under this Regulation to receive entitled services;

“general practitioner” means a medical practitioner who is not a specialist;

“hospital corporation” Repealed: 2002-33

“Medical Director” Repealed: 97-23

“Medicare Branch” means the Medicare and Prescription Drug Payment Branch of the Public Health and Medical Services Division of the Department of Health;

“Medicare” means the medical services plan established under this Regulation;

“members of the Royal Canadian Mounted Police force” means the members of that force and includes persons appointed as special constables by the Commissioner

« chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial non participant » désigne un chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial qui exerce sa profession hors du cadre des dispositions de la Loi et des règlements;

« chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial participant » désigne un chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial qui exerce sa profession dans le cadre des dispositions de la Loi et des règlements;

« chirurgien dentiste » désigne un dentiste dont les qualifications spéciales sont reconnues par l’autorité compétente du territoire où il exerce sa profession;

« convention » désigne une convention conclue par l’autorité provinciale avec la Société médicale du Nouveau-Brunswick en vertu de l’article 4.1 de la Loi;

« corporation hospitalière » Abrogé : 2002-33

« dentiste » désigne une personne ayant légalement le droit d’exercer la médecine dentaire à l’endroit où elle l’exerce;

« Directeur » désigne la personne nommée par le Ministre pour assumer les tâches, fonctions et responsabilités qui incombent au Directeur en vertu du présent règlement;

« directeur médical » Abrogé : 97-23

« Direction de l’assurance-maladie » désigne la Direction de l’assurance-maladie et de la gratuité des médicaments sur ordonnance de la Division de la santé publique et des services médicaux du ministère de la Santé;

« généraliste » désigne un médecin qui n’est pas un spécialiste;

« Loi » désigne la *Loi sur le paiement des services médicaux*;

« médecin non participant » désigne un médecin qui exerce sa profession hors du cadre des dispositions de la Loi et des règlements;

« médecin participant » désigne un médecin qui exerce sa profession dans le cadre des dispositions de la Loi et des règlements;

« membres de la Gendarmerie royale du Canada » désigne les membres de la Gendarmerie, y compris les gendarmes spéciaux nommés par le Commissaire de la Gendarmerie royale du Canada, qui sont admissibles aux

of the Royal Canadian Mounted Police and designated as being eligible to receive medical services from the force;

“non-participating medical practitioner” means a medical practitioner who is practising outside the provisions of the Act and the regulations;

“non-participating oral and maxillofacial surgeon” means an oral and maxillofacial surgeon who is practising outside the provisions of the Act and the regulations;

“optometrist” Repealed: 93-103

“oral surgeon” means a dental practitioner who is recognized as having special qualifications by the licensing body of the jurisdiction in which that person practises;

“participating medical practitioner” means a medical practitioner who is practising within the provisions of the Act and the regulations;

“participating oral and maxillofacial surgeon” means an oral and maxillofacial surgeon who is practising within the provisions of the Act and the regulations;

“practitioner number” means an identification number issued by the Director that permits a medical practitioner or an oral and maxillofacial surgeon to receive payments, directly or indirectly, from Medicare in respect of entitled services rendered by the medical practitioner or the oral and maxillofacial surgeon;

“regional health authority” means a regional health authority established under the *Regional Health Authorities Act*;

“Schedule of Fees” Repealed: 96-111

“specialist” means a medical practitioner whose name is on the Medical Specialists Register of the College of Physicians and Surgeons of New Brunswick or a medical practitioner practising outside New Brunswick who is recognized as a specialist by the licensing body of the jurisdiction in which that person practises.

86-150; 87-20; 93-103; 93-142; 94-13; 96-47; 96-111; 97-23; 2000, c.26, s.187; 2002-33; 2002-90; 2003-51; 2006, c.16, s.108

services médicaux offerts aux membres de la Gendarmerie;

« numéro de médecin » ou « numéro du chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial » désigne un numéro d'identification émis par le Directeur qui permet à un médecin ou à un chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial de recevoir, directement ou indirectement, de l'assurance-maladie le paiement des services assurés qu'il a rendus;

« optométriste » Abrogé : 93-103

« personne à charge » désigne un résident de la province pendant au moins la durée prescrite à l'article 2.1 et qui est

a) le conjoint du bénéficiaire, à condition de vivre sous le même toit, ou

b) l'enfant du bénéficiaire qui est âgé de moins de dix-neuf ans, célibataire et dépendant du bénéficiaire pour sa subsistance, y compris

(i) un enfant adoptif,

(ii) un enfant pour lequel une personne tient lieu de parent, si le conjoint de cette dernière est un parent de l'enfant, et

(iii) un enfant dont les parents ne sont pas mariés l'un à l'autre;

« personne admissible » désigne un bénéficiaire ou une personne à charge qui est admissible aux services assurés au titre du présent règlement;

« régie régionale de la santé » désigne une régie régionale de la santé établie en vertu de la *Loi sur les régies régionales de la santé*;

« régime d'assurance-maladie » Abrogé : 94-13

« spécialiste » désigne un médecin dont le nom figure dans le registre des médecins spécialistes du Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick ou un médecin exerçant sa profession en dehors du Nouveau-Brunswick et qui est reconnu en tant que spécialiste par l'autorité compétente du territoire où il exerce sa profession.

86-150; 87-20; 93-103; 93-142; 94-13; 96-47; 96-111; 97-23; 2000, c.26, art.187; 2002-33; 2002-90; 2003-51; 2006, c.16, art.108

2.1 A person shall be eligible to become a dependent on the first day of the third month following the month of arrival in the Province.

2002-90

3(1) Subject to section 4, a person shall be eligible to become a beneficiary on the first day of the third month following the month of arrival in the Province.

3(2) Except as otherwise provided in the Act and this Regulation, a beneficiary is eligible to have payment made on his or her behalf or to receive an amount computed in accordance with this Regulation for entitled services received

- (a) within the Province,
- (b) outside the Province, or
- (c) while temporarily absent from the Province

by that person or any dependents.

3(3) Notwithstanding subsection (2), no beneficiary is eligible to receive reimbursement or have payment made on his or her behalf for the cost of any entitled service where that person has had payment made on his or her behalf for such entitled service under any contract of insurance.

3(4) For the purposes of this section, a person is “temporarily absent from the Province” where that person is absent from New Brunswick

- (a) for the purpose of a vacation, visit or business engagement but not where the period of absence exceeds 182 days in a twelve month period, or
- (b) for the express purpose of furthering an education in a province or country where that person is not eligible to receive reimbursement or have payment made on his or her behalf for or with respect to entitled services under the medical services plan, if any, of that province or country and who is not gainfully employed outside the Province except during vacation periods but not where the period of absence exceeds twelve consecutive months.

2.1 Une personne devient admissible à la qualité de personne à charge le premier jour du troisième mois suivant celui de son arrivée dans la province.

2002-90

3(1) Sous réserve de l’article 4, une personne devient admissible à la qualité de bénéficiaire le premier jour du troisième mois suivant celui de son arrivée dans la province.

3(2) Sauf dispositions contraires de la Loi et du présent règlement, un bénéficiaire a droit au paiement, effectué en son nom, du coût des services assurés ou à un remboursement calculé conformément au présent règlement, pour les services assurés reçus par lui-même ou toute personne à sa charge

- a) à l’intérieur de la province;
- b) à l’extérieur de la province; ou
- c) au cours d’une absence temporaire de la province.

3(3) Nonobstant le paragraphe (2), nul bénéficiaire n’a droit au remboursement ou au paiement, effectué en son nom, du coût de tout service assuré lorsqu’un paiement a déjà été versé à cet égard en son nom sous le couvert d’un contrat d’assurance.

3(4) Pour l’application du présent article, « absence temporaire de la province » signifie une absence

- a) pour fins de vacances, de visites ou d’affaires, sauf si la période d’absence dure plus de 182 jours au cours d’une période de douze mois, ou
- b) dans le but exprès de poursuivre des études dans une province ou un pays où la personne n’a pas droit au remboursement ou au paiement, en son nom, du coût des services assurés au titre du régime de services médicaux de cette province ou de ce pays, le cas échéant, et qu’elle n’a pas un emploi rémunéré à l’extérieur de la province, sauf durant les périodes de congé, pourvu que la période d’absence ne dépasse pas douze mois consécutifs.

3(5) The Director may, with respect to a person meeting the requirements of paragraph (4)(a) or (b) and any dependents, upon such terms, as it is considered to be in accordance with the intention of the Medicare Branch and this section, enlarge the time during which that person shall be deemed to be temporarily absent from the Province.

3(6) Notwithstanding the definition of “dependent” a newborn child is deemed, during the first three months following its birth, to have the status of its mother or, if the mother has no status, the status of its father under Medicare.

3(7) A beneficiary who leaves the Province ceases to be a beneficiary for purposes of coverage by the Medicare Branch,

(a) in the case of an individual who in the opinion of the Director has ceased to be a resident of the Province and has established a residence elsewhere in Canada upon the first day of the third month following the month of arrival at the new residence,

(b) in the case of any other beneficiary who in the opinion of the Director leaves the Province to establish residence elsewhere in Canada, subject to section 3, twelve months after the date of departure, and

(c) in the case of an individual who in the opinion of the Director has ceased to be a resident of the Province and has established residence elsewhere than in Canada upon the date that person left Canada.

3(8) For the purposes of this Regulation, the spouse of a beneficiary who ceases to be a resident and moves outside the Province is deemed to be a beneficiary during such time, if any, the spouse remains in the Province after the beneficiary ceases to be a resident and during this time the dependents of the beneficiary are deemed to be dependents of that person’s spouse.

86-150; 90-83; 92-160; 94-13; 97-23; 2002-90

3.1 Despite sections 2.1 and 3, the spouse or dependent of a regular member of the Canadian Armed Forces who has entered the Province from another province or territory of Canada is exempt from any waiting period with regards to eligibility to receive entitled services if, in the opinion

3(5) Le Directeur peut, selon les conditions qu’il juge conformes aux intentions de la Direction de l’assurance-maladie et à l’esprit du présent article, prolonger la période pendant laquelle les personnes qui satisfont aux prescriptions de l’alinéa (4)a ou b) et leurs personnes à charge sont réputées être temporairement absentes de la province.

3(6) Nonobstant la définition « personne à charge », un enfant nouveau-né est réputé avoir, pendant les trois premiers mois suivant sa naissance, le statut de sa mère ou celui de son père, si sa mère n’a pas de statut, aux fins de l’Assurance-maladie.

3(7) Tout bénéficiaire qui quitte la province perd sa qualité de bénéficiaire aux fins de la protection offerte par la Direction de l’assurance-maladie

a) le premier jour du troisième mois suivant celui de son arrivée à sa nouvelle résidence, dans le cas d’un particulier qui, selon le Directeur, a cessé d’être résident de la province et a établi sa résidence ailleurs au Canada;

b) douze mois après la date de son départ, dans le cas de tout autre bénéficiaire qui, selon le Directeur, quitte la province pour établir sa résidence ailleurs au Canada, sous réserve des dispositions particulières de l’article 3; et

c) à la date à laquelle il quitte le Canada, dans le cas d’un particulier qui, selon le Directeur, a cessé d’être résident de la province et a établi sa résidence ailleurs qu’au Canada.

3(8) Pour l’application du règlement, lorsqu’un bénéficiaire cesse d’être résident et déménage à l’extérieur de la province, son conjoint est réputé avoir qualité de bénéficiaire pendant la période au cours de laquelle il demeure dans la province, le cas échéant, à partir de la date à laquelle le premier bénéficiaire cesse d’être résident et, pendant cette période, les personnes à la charge du bénéficiaire sont réputées être à la charge dudit conjoint.

86-150; 90-83; 92-160; 94-13; 97-23; 2002-90

3.1 Malgré les articles 2.1 et 3, le conjoint ou la personne à charge d’un membre de la force régulière des Forces armées canadiennes qui est arrivé dans la province en provenance d’une autre province ou territoire du Canada est exempté de la période de carence visant son admissibilité

of the Director, he or she establishes residence in the Province.

2010-101

4(1) The following persons, whether residents or not, are not beneficiaries:

(a) the regular members of the Canadian Armed Forces;

(b) members of the Royal Canadian Mounted Police force;

(c) persons serving a term of imprisonment in a penitentiary maintained by the Government of Canada; or

(d) persons who have entered the Province from another province for the purpose of furthering their education and who are eligible to apply for and to receive reimbursement or have payment made on his or her behalf for or with respect to entitled services under the medical services plan, if any, of that province.

4(2) Where a person described in paragraph 4(1) (a), (b) or (c) has dependents residing in the Province, the spouse of that person or other person standing *in loco parentis* to the dependents, is deemed to be the beneficiary and is eligible to receive reimbursement or have payment made on his or her behalf for or with respect to entitled services received by the beneficiary or the dependents.

4(3) Where a person described in paragraph 4(1) (a), (b) or (c) has no spouse, the Director may designate that person a beneficiary for purposes of receiving reimbursement or have payment made on his or her behalf for or with respect to entitled services received by any dependents.

4(4) A person mentioned in paragraph 4(1)(a), (b) or (c) shall, upon ceasing to be a person as therein mentioned and upon discharge within the province, become a beneficiary.

4(5) Immigrants who, in the opinion of the Director, are or will become permanent residents under the *Immigration Act* (Canada) and Canadian citizens as defined in the *Citizenship Act* (Canada) who have entered the Province from another country shall be entitled to become beneficiaries on the first day of arrival in the Province if they will, in the opinion of the Director, establish residence in the Province.

à recevoir des services assurés s'il a établi, selon le Directeur, sa résidence dans la province.

2010-101

4(1) N'ont pas qualité de bénéficiaire, qu'ils soient résidents ou non,

a) les membres de la force régulière des Forces armées canadiennes;

b) les membres de la Gendarmerie royale du Canada;

c) les personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans un pénitencier dirigé par le gouvernement du Canada; ou

d) les personnes d'une autre province qui séjournent au Nouveau-Brunswick pour poursuivre leurs études et qui peuvent demander et obtenir le remboursement ou le paiement, en leur nom, du coût des services assurés au titre du régime de services médicaux de leur province, le cas échéant.

4(2) Lorsqu'une personne visée aux alinéas 4(1)a, b) ou c) a des personnes à charge résidant dans la province, son conjoint ou toute autre personne tenant lieu de parent aux dites personnes à charge est réputé être le bénéficiaire et a droit au remboursement ou au paiement, en son nom, du coût des services assurés reçus par lui ou les personnes à sa charge.

4(3) Lorsqu'une personne visée aux alinéas 4(1)a, b) ou c) n'a pas de conjoint, le Directeur peut lui accorder la qualité de bénéficiaire aux fins du remboursement ou du paiement, en son nom, du coût des services assurés reçus par les personnes à sa charge.

4(4) Toute personne visée aux alinéas 4(1)a, b) ou c) devient bénéficiaire dès qu'elle cesse d'avoir le statut qui y est mentionné et moyennant la reprise de la vie civile ou sa libération dans la province.

4(5) Les immigrants qui, de l'avis du Directeur, sont ou deviendront des résidents permanents en vertu de la *Loi sur l'immigration* (Canada), et, les citoyens canadiens selon la définition de la *Loi sur la citoyenneté* (Canada) qui sont arrivés dans la province d'un autre pays ont droit au statut de bénéficiaire au premier jour de leur arrivée dans la province si, selon le Directeur, ils établiront leur résidence dans la province.

4(6) Notwithstanding the definition of “dependent”, the dependents of persons mentioned in subsection (5) shall be entitled to become beneficiaries in accordance with the provisions of subsection (5).

92-57; 2002-90; 2010-101

5(1) A beneficiary who wishes to become eligible to receive entitled services shall register, together with any dependents, with the Medicare Branch on a registration form provided by the Medicare Branch for the purpose, or be registered by a person acting on his behalf.

5(2.01) The Director may at any time re-issue a New Brunswick Medicare Card to a beneficiary and the New Brunswick Medicare Card held by the beneficiary immediately before receiving the re-issued card ceases to be a valid card upon receipt of the re-issued card.

5(2) After a beneficiary registers himself and his dependents in accordance with this section, the Director shall issue a New Brunswick Medicare Card for the beneficiary and for each dependent, which card shall bear the person’s name, birth date and Medicare number.

5(2.1) A New Brunswick Medicare Card issued under subsection (2) or re-issued under subsection (2.01) shall bear an expiry date, such expiry date to be determined by the Director.

5(2.2) A New Brunswick Medicare Card that was issued before September 1, 1992 and that does not bear an expiry date ceases to be a valid card as of September 1, 1992.

5(2.21) Every New Brunswick Medicare Card that is not made of plastic and that does not possess an electromagnetic strip on the back of the card ceases to be a valid card as of February 28, 1995.

5(2.3) A beneficiary who wishes to remain eligible to receive entitled services shall, before the expiry date on a card issued under subsection (2) or re-issued under subsection (2.01), as the case may be, re-register, together with any dependents, with the Medicare Branch on a form provided by the Medicare Branch, or be re-registered by a person acting on the beneficiary’s behalf.

4(6) Nonobstant la définition « personne à charge », les personnes à charge des personnes visées au paragraphe (5) ont le droit au statut de bénéficiaire conformément aux dispositions du paragraphe (5).

92-57; 2002-90; 2010-101

5(1) Tout bénéficiaire qui souhaite avoir droit aux services assurés doit s’inscrire ou se faire inscrire par une personne agissant en son nom, ainsi que toutes les personnes à sa charge auprès de la Direction de l’assurance-maladie au moyen de la formule d’inscription qu’elle fournit.

5(2.01) Le Directeur peut à tout moment émettre de nouveau une carte d’assurance-maladie du Nouveau-Brunswick à un bénéficiaire et la carte d’assurance-maladie du Nouveau-Brunswick détenue par le bénéficiaire immédiatement avant la réception de la carte émise de nouveau cesse d’être valide dès la réception de la carte émise de nouveau.

5(2) Après l’inscription du bénéficiaire et de ses personnes à charge conformément au présent article, le Directeur doit délivrer une carte d’assurance-maladie du Nouveau-Brunswick au bénéficiaire et à chacune de ses personnes à charge portant le nom de la personne, sa date de naissance et son numéro d’assurance-maladie.

5(2.1) Une date d’expiration à déterminer par le Directeur, doit figurer sur toute carte d’assurance-maladie du Nouveau-Brunswick émise en application du paragraphe (2) ou émise à nouveau en application du paragraphe (2.01).

5(2.2) Une carte d’assurance-maladie du Nouveau-Brunswick émise avant le 1^{er} septembre 1992 et dépourvue de date d’expiration cesse d’être une carte valide à partir du 1^{er} septembre 1992.

5(2.21) Toutes les cartes d’assurance-maladie du Nouveau-Brunswick qui ne sont pas en plastique et qui ne sont pas munies d’une bande électromagnétique à leur verso cessent d’être des cartes valides à compter du 28 février 1995.

5(2.3) Avant la date d’expiration figurant sur une carte émise en application du paragraphe (2) ou émise à nouveau en application du paragraphe (2.01), selon le cas, un bénéficiaire qui souhaite conserver son droit aux services assurés doit se réinscrire ou se faire réinscrire par une personne agissant en son nom, ainsi que toute personne à sa

5(3) A beneficiary or a dependent requesting entitled services shall produce and show to the medical practitioner or oral and maxillofacial surgeon to whom the request is made, a valid unexpired card issued under this section identifying the beneficiary or dependent to whom it was issued and signed by the person or, if the person is unable to sign, by the person's legal representative.

5(4) The Director may, in cases where the beneficiary and spouse do maintain the same household, deem both parties to be beneficiaries for purposes of the Act and this Regulation.

5(5) Notwithstanding subsection (1), where the Director is satisfied that a person would have been eligible to receive entitled services as a beneficiary or dependent if that person had been registered with the Medicare Branch, he may deem the person to have been registered as a beneficiary or dependent for the purposes of the Act and this Regulation as of the date the person was eligible to be registered or re-registered as a beneficiary.

5(6) Where the Director is not satisfied that a person is eligible to become or continue as a beneficiary, he may require the person to complete and file with him a Declaration of Residency Form as set out in Schedule 0.1.

86-150; 92-116; 95-7; 97-23; 2003-51

5.1(1) The fee to be paid by a beneficiary to replace a New Brunswick Medicare Card as a result of loss, damage, destruction or theft of the card is ten dollars.

5.1(2) The Minister may waive a fee to be paid by a beneficiary under subsection (1) where, in the Minister's opinion, the payment of the fee would constitute a hardship.

96-30

6 A beneficiary who acquires a dependent after registration shall, as soon as possible, register the dependent with the Medicare Branch.

7 A beneficiary shall notify the Medicare Branch

charge, auprès de la Direction de l'assurance-maladie au moyen d'une formule qu'elle fournit.

5(3) Le bénéficiaire ou toute personne à charge qui sollicite des services assurés doit présenter au médecin ou au chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial auquel il s'adresse une carte valide non expirée émise en application du présent article identifiant le bénéficiaire ou la personne à charge à qui elle a été délivrée et portant sa signature ou, si elle ne peut pas signer, celle de son représentant légal.

5(4) Le Directeur peut, dans les cas où le bénéficiaire et son conjoint vivent sous le même toit, considérer les deux parties comme bénéficiaires aux fins de la loi et du présent règlement.

5(5) Nonobstant le paragraphe (1), lorsque le Directeur est convaincu qu'une personne aurait eu droit aux services assurés en tant que bénéficiaire ou personne à charge si cette personne avait été inscrite auprès de la Direction de l'assurance-maladie, il peut considérer cette personne comme inscrite en tant que bénéficiaire ou personne à charge aux fins de la Loi et du présent règlement dès le jour où cette personne a eu droit à l'inscription ou à la réinscription à titre de bénéficiaire.

5(6) Lorsque le Directeur n'est pas convaincu qu'une personne a droit ou continue d'avoir droit à être un bénéficiaire, il peut exiger de cette personne, qu'elle remplisse et dépose auprès de lui une formule de déclaration de résidence prescrite à l'annexe 0.1.

86-150; 92-116; 95-7; 97-23; 2003-51

5.1(1) Le droit à payer par un bénéficiaire pour remplacer sa carte d'assurance-maladie du Nouveau-Brunswick qui a été perdue, endommagée, détruite ou volée est de dix dollars;

5.1(2) Lorsqu'il estime que le paiement du droit prévu au paragraphe (1) constituerait un préjudice, le Ministre peut en dispenser le bénéficiaire.

96-30

6 Tout bénéficiaire qui, après son inscription, compte une nouvelle personne à sa charge doit l'inscrire le plus tôt possible auprès de la Direction de l'assurance-maladie.

7 Tout bénéficiaire doit notifier à la Direction de l'assurance-maladie

- (a) when any dependents cease to be dependents, or
- (b) where there is a change of address.

8(1) There is established in the Province a plan to be known as Medicare which shall provide, in accordance with the Act and this Regulation, payment to or on behalf of any beneficiary for or with respect to all entitled services received by that person or any dependents.

8(2) Medicare shall be administered and operated by the Medicare Branch composed of the Director and such other persons as are, in the opinion of the Minister, required.

94-13

9 Entitled services under Medicare shall not include services that a person is eligible for and entitled to under the terms of any of the statutes listed in Schedule 1 to this Regulation or which are provided in non-compliance with any Act or regulation of the Province.

94-13; 2003-51

10 The services listed in Schedule 2 are deemed not to be entitled services under Medicare.

94-13

11(1) A medical practitioner or an oral and maxillofacial surgeon who wishes to practise within the provisions of the Act and the regulations shall apply to the Director for a practitioner number and, subject to this section, the Director shall issue a practitioner number to the medical practitioner or oral and maxillofacial surgeon.

11(1.1) The Director shall not issue a practitioner number to a medical practitioner or an oral and maxillofacial surgeon unless the medical practitioner or oral and maxillofacial surgeon holds privileges granted by a regional health authority and signs an agreement with the Minister on the form prescribed in Schedule 3.

11(1.2) Notwithstanding subsection (1.1), the Director shall issue a practitioner number to a medical practitioner described in subsection 5.2(2) or (3) of the Act whether or not the medical practitioner holds privileges granted by a regional health authority.

11(1.3) A practitioner number issued by the Director before the commencement of this subsection to a medical practitioner described in subsection 5.2(2) or (3) of the Act

a) le fait qu'une personne à sa charge cesse de l'être; ou

b) tout changement d'adresse.

8(1) Il est établi dans la province un régime appelé Assurance-maladie au titre duquel, conformément à la loi et au présent règlement, il est versé à tout bénéficiaire ou en son nom le remboursement ou le paiement du coût des services assurés reçus par lui ou toute personne à sa charge.

8(2) L'Assurance-maladie est administrée et dirigée par la Direction de l'assurance-maladie composée du directeur et des autres personnes que le Ministre juge nécessaires.

94-13

9 Les services assurés au titre de l'Assurance-maladie n'incluent pas les services auxquels une personne est admissible et auxquels elle a droit en vertu des dispositions de l'une quelconque des lois figurant à l'annexe 1 du présent règlement ou qui sont fournis en contravention de toute loi ou tout règlement du Nouveau-Brunswick.

94-13; 2003-51

10 Sont réputés ne pas être des services assurés au titre de l'Assurance-maladie, les services énumérés à l'annexe 2 du présent règlement.

94-13

11(1) Tout médecin ou chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial qui souhaite exercer sa profession dans le cadre des dispositions de la Loi et des règlements doit demander au Directeur un numéro de médecin et, sous réserve du présent article, le Directeur doit lui émettre un numéro de médecin.

11(1.1) Le Directeur ne peut émettre un numéro de médecin qu'à un médecin ou à un chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial qui bénéficie de privilèges accordés par une régie régionale de la santé et signe une entente avec le Ministre sur la formule prescrite à l'annexe 3.

11(1.2) Nonobstant le paragraphe (1.1), le Directeur doit émettre un numéro de médecin à un médecin décrit au paragraphe 5.2(2) ou (3) de la Loi qui bénéficie ou non de privilèges accordés par une régie régionale de la santé.

11(1.3) Un numéro de médecin émis par le Directeur avant l'entrée en vigueur du présent paragraphe à un médecin décrit au paragraphe 5.2(2) ou (3) de la Loi est réputé

shall be deemed to be a practitioner number issued under subsection (1.2).

11(1.4) A medical practitioner or an oral and maxillofacial surgeon may use a practitioner number only for so long as the medical practitioner or the oral and maxillofacial surgeon holds privileges granted by a regional health authority, unless the practitioner number is sooner revoked, suspended or cancelled by the Director.

11(1.5) Subject to subsection (1.6), a medical practitioner who is issued a practitioner number under this section and who does not hold privileges granted by a regional health authority may use the practitioner number until it is revoked, suspended or cancelled by the Director.

11(1.6) A medical practitioner referred to in subsection (1.5) who subsequently obtains privileges granted by a regional health authority is subject to the requirements of subsection (1.4).

11(1.7) Notwithstanding subsection (1.4), a practitioner number may be used where the privileges granted by a regional health authority to the medical practitioner or the oral and maxillofacial surgeon are temporarily suspended, unless the practitioner number is revoked, suspended or cancelled by the Director.

11(1.8) The Director

(a) may revoke, suspend or cancel a practitioner number issued to a medical practitioner or an oral and maxillofacial surgeon for cause, and

(b) shall revoke or cancel a practitioner number issued to a medical practitioner or an oral and maxillofacial surgeon where the medical practitioner's or the oral and maxillofacial surgeon's privileges are revoked by a regional health authority, unless the medical practitioner or the oral and maxillofacial surgeon has been granted privileges by another regional health authority.

11(1.9) Where a medical practitioner or an oral and maxillofacial surgeon is being replaced on a *locum tenens* basis, the Director shall suspend the practitioner number issued to the medical practitioner or the oral and maxillofacial surgeon being replaced for the duration of the replacement.

11(2) Subject to section 13, where a participating medical practitioner or a participating oral and maxillofacial surgeon provides an entitled service to a beneficiary or

être un numéro de médecin émis en vertu du paragraphe (1.2).

11(1.4) Un médecin ou un chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial peut utiliser un numéro de médecin aussi longtemps qu'il bénéficie de privilèges accordés par une régie régionale de la santé, à moins que le numéro de médecin ne soit révoqué, suspendu ou annulé plus tôt par le Directeur.

11(1.5) Sous réserve du paragraphe (1.6), un médecin à qui est émis un numéro de médecin en vertu du présent article et qui ne bénéficie pas de privilèges accordés par une régie régionale de la santé peut utiliser le numéro de médecin jusqu'à sa révocation, suspension ou annulation par le Directeur.

11(1.6) Un médecin visé au paragraphe (1.5) qui obtient ultérieurement des privilèges accordés par une régie régionale de la santé est soumis aux conditions requises du paragraphe (1.4).

11(1.7) Nonobstant le paragraphe (1.4), un numéro de médecin peut être utilisé lorsque les privilèges accordés par une régie régionale de la santé à un médecin ou un chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial sont temporairement suspendus, à moins que le numéro de médecin ne soit révoqué, suspendu ou annulé par le Directeur.

11(1.8) Le Directeur

a) peut révoquer, suspendre ou annuler un numéro de médecin émis à un médecin ou un chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial pour un motif valable, et

b) doit révoquer ou annuler un numéro de médecin émis à un médecin ou à un chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial dont les privilèges sont révoqués par une régie régionale de la santé, à moins que des privilèges lui aient été accordés par une autre régie régionale de la santé.

11(1.9) Lorsqu'un médecin ou un chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial se fait remplacer sur une base *locum tenens*, le Directeur doit suspendre le numéro de médecin émis au médecin ou au chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial qui se fait remplacer pour la durée du remplacement.

11(2) Sous réserve de l'article 13, lorsqu'un médecin participant ou un chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial participant fournit un service assuré à un bénéfici-

dependent, he shall within three months after rendering that service submit an account for service to the Medicare Branch

- (a) on a form provided by the Medicare Branch, or
- (b) in an electronic format approved by the Medicare Branch.

11(2.1) Where a participating medical practitioner or a participating oral and maxillofacial surgeon submits an account for service under paragraph (2)(a), he shall provide the following information:

- (a) whether the participating medical practitioner, the participating oral and maxillofacial surgeon or the beneficiary is to be paid;
- (b) the patient's name;
- (c) the patient's Medicare number;
- (d) the patient's day, month and year of birth;
- (e) the patient's sex;
- (f) the beneficiary's address where the address is different than that on the New Brunswick Medicare Card;
- (g) the name and practitioner number of the participating medical practitioner or the participating oral maxillofacial surgeon;
- (h) the role the participating medical practitioner or the participating oral and maxillofacial surgeon played in providing the entitled service;
- (i) the time spent by the participating medical practitioner or the participating oral and maxillofacial surgeon on the service if that is required to determine the amount of payment;
- (j) the name of the transferring or referring medical practitioner, oral or maxillofacial surgeon, nurse practitioner, optometrist or registered nurse who works in a pre-operative clinic;
- (k) the diagnosis;
- (l) the dates of hospital days charged;

ciaire ou à une personne à charge, il doit, dans les trois mois suivant la prestation de ce service, soumettre une facture à la Direction de l'assurance-maladie

- a) au moyen d'une formule qu'elle fournit, ou
- b) sous un format électronique approuvé par la Direction de l'assurance-maladie.

11(2.1) Lorsqu'un médecin ou un chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial participant soumet une facture pour services rendus en vertu de l'alinéa (2)a, il doit fournir les renseignements suivants :

- a) désignation de la personne à qui doit être effectué le paiement, c'est-à-dire le médecin participant, le chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial participant ou le bénéficiaire;
- b) le nom du malade;
- c) le numéro d'assurance-maladie du malade;
- d) la date de naissance du malade;
- e) le sexe du malade;
- f) l'adresse du bénéficiaire si elle diffère de celle figurant sur la carte d'assurance-maladie du Nouveau-Brunswick;
- g) le nom et le numéro du médecin participant ou du chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial participant;
- h) le rôle du médecin participant ou du chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial participant dans la fourniture du service assuré;
- i) le temps consacré par le médecin participant ou le chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial participant au service, si le montant du paiement est déterminé en fonction du temps;
- j) le nom du médecin, du chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial, de l'infirmière praticienne, de l'optométriste ou de l'infirmière immatriculée qui travaille en clinique préopératoire, qui a transféré ou lui a adressé le malade;
- k) le diagnostic;
- l) les dates des jours d'hospitalisation facturés;

- | | |
|---|---|
| <p>(m) the number of hospital days charged;</p> <p>(n) the date or dates of the entitled service;</p> <p>(o) whether the entitled service was provided at the participating medical practitioner's office, patient's home, in-patient or out-patient department of a hospital facility, nursing home or elsewhere;</p> <p>(p) the description of the entitled service, the service code for the entitled service and fee charges;</p> <p>(q) the name of the hospital facility, nursing home or other place where the entitled service was provided;</p> <p>(r) whether, to the knowledge of the participating medical practitioner or participating oral and maxillo-facial surgeon, the entitled service was one for which a claim could be made</p> <p style="padding-left: 20px;">(i) under any statute listed in Schedule 1 of this Regulation, or</p> <p style="padding-left: 20px;">(ii) against a third party or an insurer by reason of a motor vehicle accident, occupational injury, industrial disease or otherwise;</p> <p>(s) the treatment information or remarks;</p> <p>(t) the signature of the participating medical practitioner, the participating oral and maxillofacial surgeon or designate and the date of the account;</p> <p>(u) the specific anesthesia modifier to describe the service type;</p> <p>(v) the service modifier to further define the service rendered;</p> <p>(w) the vaccine lot number of the immunization being administered;</p> <p>(x) the on-call code when a participating medical practitioner or participating oral and maxillofacial surgeon submits a fee for service claim provided under the mandated on-call program;</p> <p>(y) the referral date being the date on which the patient was referred;</p> <p>(z) the referral type where the participating medical practitioner or participating oral and maxillofacial sur-</p> | <p>m) le nombre de jours d'hospitalisation facturés;</p> <p>n) la ou les dates du service assuré;</p> <p>o) le lieu où les services assurés ont été fournis, cabinet du médecin participant, domicile du malade, établissement hospitalier, service externe d'un hôpital, foyer de soins ou autre;</p> <p>p) la description du service assuré, le code du service assuré et les tarifs pratiqués;</p> <p>q) le nom de l'établissement hospitalier, du foyer de soins ou autre endroit où le service assuré a été fourni;</p> <p>r) l'opinion du médecin participant ou du chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial participant, à savoir si le service fourni peut faire l'objet d'une réclamation</p> <p style="padding-left: 20px;">(i) au titre de l'une des lois figurant à l'annexe 1 du présent règlement, ou</p> <p style="padding-left: 20px;">(ii) à l'encontre d'un tiers ou d'un assureur du fait d'un accident automobile, d'une blessure ou maladie de nature professionnelle ou pour toute autre raison;</p> <p>s) les renseignements ou remarques relatifs au traitement;</p> <p>t) la signature du médecin participant ou du chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial participant ou de son représentant et la date de la facture;</p> <p>u) le modificateur de l'anesthésie précis pour définir le type de service;</p> <p>v) le modificateur de service pour préciser le service fourni;</p> <p>w) le numéro de lot du vaccin de l'immunisation administrée;</p> <p>x) le code de garde, lorsqu'un médecin participant ou un chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial participant demande des honoraires pour un service prévu par le programme de service de garde autorisé;</p> <p>y) la date d'aiguillage, soit la date à laquelle le malade a été adressé;</p> <p>z) le type d'aiguillage, lorsque le médecin participant ou le chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial parti-</p> |
|---|---|

geon indicates whether he or she was referred a patient or whether he or she referred a patient to another practitioner;

(aa) the rotation code where the participating medical practitioner or participating oral and maxillofacial surgeon indicates the on-call rotation code for the specific on-call rotation he or she is covering; and

(bb) the assigned number from the prior consultation process that determines coverage of a service where reasonable doubt exists as to its eligibility as an entitled service.

11(2.2) Where a participating medical practitioner or participating oral and maxillofacial surgeon submits an account for service under paragraph (2)(b), he shall provide the following information:

- (a) the patient's name;
- (b) the patient's Medicare number;
- (c) the patient's day, month and year of birth;
- (d) the patient's sex;
- (e) the practitioner number of the participating medical practitioner or the participating oral and maxillofacial surgeon;
- (f) the role the participating medical practitioner or participating oral and maxillofacial surgeon played in providing the service;
- (g) the time spent by the participating medical practitioner or participating oral and maxillofacial surgeon on the entitled service if that is required to determine the amount of payment;
- (h) the number of the transferring or referring medical practitioner, oral or maxillofacial surgeon, nurse practitioner, optometrist or registered nurse who works in a pre-operative clinic;
- (i) the diagnosis;
- (j) the dates of hospital days charged;
- (k) the number of hospital days charged;
- (l) the date or dates of the entitled service;

cipant indique si le malade lui a été adressé ou s'il a adressé le malade à quelqu'un;

aa) le code de rotation, lorsque le médecin participant ou le chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial participant indique le code de rotation de garde pour la rotation de garde particulière qu'il a assurée;

bb) le numéro assigné lors du processus de consultation qui détermine l'admissibilité d'un service lorsqu'un doute raisonnable existe quant à son admissibilité à titre de service assuré.

11(2.2) Lorsque le médecin participant ou le chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial participant soumet une facture pour services rendus en vertu de l'alinéa (2)b), il doit fournir les renseignements suivants :

- a) le nom du malade;
- b) le numéro d'assurance-maladie du malade;
- c) la date de naissance du malade;
- d) le sexe du malade;
- e) le numéro du médecin participant ou du chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial participant;
- f) le rôle du médecin participant ou du chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial participant dans la fourniture du service;
- g) le temps consacré par le médecin participant ou le chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial participant au service assuré, si le montant du paiement est déterminé en fonction du temps;
- h) le numéro du médecin, du chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial, de l'infirmière praticienne, de l'optométriste ou de l'infirmière immatriculée qui travaille en clinique préopératoire, qui a transféré ou lui a adressé le malade;
- i) le diagnostic;
- j) les dates des jours d'hospitalisation facturés;
- k) le nombre de jours d'hospitalisation facturés;
- l) la ou les dates du service assuré;

(m) whether the entitled service was provided at the participating medical practitioner's office, patient's home, in-patient or out-patient department of a hospital facility, nursing home or elsewhere;

(n) the description of the entitled service, the service code for the entitled service and fee charges;

(o) the site code of the hospital facility, nursing home or other place where the service was provided;

(p) whether, to the knowledge of the participating medical practitioner or participating oral and maxillo-facial surgeon, the entitled services was one with respect to which a claim could be made;

(q) the date of the account;

(r) the specific anesthesia modifier to describe the service type;

(s) the service modifier to further define the service rendered;

(t) the vaccine lot number of the immunization being administered;

(u) the on-call code when a participating medical practitioner or participating oral and maxillofacial surgeon submits a fee for service claim provided under the mandated on-call program;

(v) the referral date being the date on which the patient was referred;

(w) the referral type where the participating medical practitioner or participating oral and maxillofacial surgeon indicates whether he or she was referred a patient or whether he or she referred a patient to another practitioner;

(x) the rotation code where the participating medical practitioner or participating oral and maxillofacial surgeon indicates the on-call rotation code for the specific on-call rotation he or she is covering; and

(y) the assigned number from the prior consultation process that determines coverage of a service where reasonable doubt exists as to its eligibility as an entitled service.

m) le lieu où les services assurés ont été fournis, cabinet du médecin participant, domicile du malade, établissement hospitalier, service externe d'un hôpital, foyer de soins ou autre;

n) la description du service assuré, le code du service assuré et les tarifs pratiqués;

o) le code de l'établissement hospitalier, du foyer de soins ou autre endroit où le service a été fourni;

p) l'opinion du médecin participant ou du chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial participant à savoir si le service fourni peut faire l'objet d'une réclamation;

q) la date de la facture;

r) le modificateur de l'anesthésie précis pour définir le type de service;

s) le modificateur de service pour préciser le service fourni;

t) le numéro de lot du vaccin de l'immunisation administrée;

u) le code de garde, lorsqu'un médecin participant ou un chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial participant demande des honoraires pour un service prévu par le programme de service de garde autorisé;

v) la date d'aiguillage, soit la date à laquelle le malade a été adressé;

w) le type d'aiguillage, lorsque le médecin participant ou le chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial participant indique si le malade lui a été adressé ou s'il a adressé le malade à quelqu'un;

x) le code de rotation, lorsque le médecin participant ou le chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial participant indique le code de rotation de garde pour la rotation de garde particulière qu'il a assurée;

y) le numéro assigné lors du processus de consultation qui détermine l'admissibilité d'un service lorsqu'un doute raisonnable existe quant à son admissibilité à titre de service assuré.

11(2.3) A participating medical practitioner or a participating oral and maxillofacial surgeon who submits an account for service under paragraph (2)(b) shall

- (a) as a condition of submitting his account in that manner, agree to permit an audit of his books and records by the Medicare Branch,
- (b) retain the documentation relating to the account for a period of seven years in a format and manner approved by the Medicare Branch, and
- (c) when requested, submit to the Medicare Branch the documentation retained under paragraph (b).

11(3) Notwithstanding subsection (2), the Director may require the medical practitioner or oral and maxillofacial surgeon to supply such additional information concerning the services rendered and within such time as in the opinion of the Director is necessary to enable the Director to make an assessment.

11(4) If an account is not submitted for payment within the time limit prescribed under subsection (2), an account shall not be accepted for payment unless the time limit is waived by the Director in respect of that account.

11(5) The requirement to submit accounts within three months after the services are rendered does not apply in respect of entitled services rendered before April 1, 1997.
86-150; 93-25; 94-13; 97-23; 2002-33; 2003-51; 2009-134; 2010-10

12 A participating medical practitioner or participating oral and maxillofacial surgeon may, at any time, elect to practise outside the provisions of the Act and the regulations by surrendering the practitioner number issued to the medical practitioner or oral and maxillofacial surgeon and by notifying the Director of the medical practitioner's or oral and maxillofacial surgeon's intention to practise outside the provisions of the Act and the regulations.

94-13; 2003-51

12.1 No medical practitioner or oral and maxillofacial surgeon shall use the practitioner number of any other medical practitioner or oral and maxillofacial surgeon.

94-13; 2003-51

11(2.3) Un médecin participant ou un chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial participant qui soumet une facture pour services rendus en vertu de l'alinéa (2)b doit

- a) lorsqu'il soumet une facture de cette manière, consentir à une vérification comptable de ses livres et registres par la Direction de l'assurance-maladie,
- b) conserver les renseignements qu'il soumet pour une durée de sept ans d'une manière et sous une forme approuvées par la Direction de l'assurance-maladie, et
- c) lorsque la Direction de l'assurance-maladie en fait la demande, lui soumettre les renseignements conservés en vertu de l'alinéa b).

11(3) Nonobstant le paragraphe (2), le Directeur peut demander au médecin ou au chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial de fournir tout renseignement supplémentaire relativement aux services fournis, et ce, dans le délai jugé nécessaire par le Directeur pour lui permettre de procéder à l'évaluation.

11(4) Si une facture n'est pas soumise pour fins de paiement dans le délai prescrit au paragraphe (2), elle ne sera acceptée que si le Directeur accorde une dispense relativement au délai.

11(5) L'obligation de soumettre les factures dans le délai de trois mois qui suit la prestation des services ne s'applique pas aux services assurés fournis avant le 1^{er} avril 1997.

86-150; 93-25; 94-13; 97-23; 2002-33; 2003-51; 2009-134; 2010-10

12 Tout médecin participant ou chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial participant peut, en tout temps, choisir d'exercer sa profession hors du cadre des dispositions de la Loi et des règlements en rendant le numéro de médecin qui lui a été émis et en avisant le Directeur de son intention d'exercer sa profession hors du cadre des dispositions de la Loi et des règlements.

94-13; 2003-51

12.1 Il est interdit à tout médecin ou chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial d'utiliser le numéro de médecin d'un autre médecin ou d'un chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial.

94-13; 2003-51

13(1) Where a participating medical practitioner or participating oral and maxillofacial surgeon provides an entitled service to a person who is a beneficiary or dependent and wishes to charge the person for the service and not submit an account for service to Medicare, the medical practitioner or oral and maxillofacial surgeon shall inform the person that he or she may charge the person for the service directly and shall provide the person with such information as is prescribed in subsections 11(2.1) and (3) on a form provided by the Medicare Branch so as to enable the person to make a claim for reimbursement.

13(1.1) Before providing a service under paragraph (n.1) of Schedule 2 to a person who is a beneficiary or a dependent, a participating medical practitioner or a participating oral and maxillofacial surgeon shall

(a) inform or cause to be informed the person in such manner as is required by the Director that he or she will be charging the person directly for the service and that the person is not entitled to be reimbursed by the Medicare Branch for the service, and

(b) complete a waiver on a form provided by the Medicare Branch and send it to the Medicare Branch before charging the person for the service.

13(2) Where an entitled service is provided in accordance with subsection (1), the amount that is payable for the service by the Medicare Branch shall be paid

(a) directly to the person where that person is a beneficiary,

(b) to the beneficiary where the person receiving the service was a dependent, or

(c) to the dependent when, in the opinion of the Director, special circumstances warrant payment in this manner.

13(3) Notwithstanding any other section of this Regulation, the Director may, make payments directly to persons acting on behalf of patients, and such payments to be made in accordance with this Regulation and are not to exceed the amounts provided hereunder.

13(4) Where a non-participating medical practitioner or non-participating oral and maxillofacial surgeon resident and practising outside the Province provides an entitled service to a beneficiary or dependent, the Director may, in his discretion, accept from the beneficiary a claim for re-

13(1) Le médecin participant ou le chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial participant qui désire faire payer directement un service assuré en avise le bénéficiaire ou la personne à charge et lui fournit les renseignements prescrits aux paragraphes 11(2.1) et (3) sur une formule fournie par la Direction de l'assurance-maladie afin de lui permettre de faire une demande de remboursement.

13(1.1) Avant de fournir des services prévus à l'alinéa n.1) de l'annexe 2 à un bénéficiaire ou à une personne à charge, un médecin participant ou un chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial participant doit

a) l'informer ou le faire informer, de la façon prescrite par le Directeur, qu'il lui fera payer directement le service fourni et que le bénéficiaire ou la personne à charge ne pourra pas être remboursé par la Direction de l'assurance-maladie, et

b) remplir une renonciation sur la formule prescrite par la Direction de l'assurance-maladie et l'envoyer à cette Direction avant d'exiger le paiement du service fourni.

13(2) Lorsqu'un service assuré est fourni conformément au paragraphe (1), le montant que la Direction de l'assurance-maladie doit payer à cet égard est versé

a) directement à la personne s'il s'agit d'un bénéficiaire;

b) au bénéficiaire si la personne qui reçoit le service est une personne à charge; ou

c) à la personne à charge lorsque, de l'avis du Directeur, des circonstances particulières le justifient.

13(3) Nonobstant tout autre article du présent règlement, le Directeur peut effectuer les paiements directement aux personnes agissant au nom des malades, ces paiements devant être effectués conformément au présent règlement et ne pas excéder les montants y prévus.

13(4) Lorsqu'un médecin non participant ou un chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial non participant, résidant et exerçant sa profession à l'extérieur de la province, fournit un service assuré à un bénéficiaire ou à une personne à charge, le Directeur peut, à son entière discrétion,

imbursement notwithstanding that all the information set out in subsection 11(2.1) has not been provided.

13(5) Notwithstanding the provisions of this section, where a non-participating medical practitioner or non-participating oral and maxillofacial surgeon resident and practising outside the Province provides an entitled service to a beneficiary or dependent, the Director may, in his discretion, accept from that medical practitioner or oral and maxillofacial surgeon an account for service rendered to the beneficiary or dependent and make payment in the amounts permitted by this Regulation directly to the medical practitioner or oral and maxillofacial surgeon notwithstanding that all the information set out in subsection 11(2.1) has not been provided.

13(6) Any payment made pursuant to subsection (5) shall be in lieu of making payment to the beneficiary.

86-150; 87-22; 90-83; 94-13; 94-118; 97-23; 2003-51

13.01 Campobello Island is prescribed for the purpose of subsection 2(4) of the Act.

97-22; 97-106

13.1 For entitled services rendered on a fee for service basis, payments made for or on behalf of a beneficiary or an amount to be received by a beneficiary shall be as follows:

(a) for entitled services rendered by a medical practitioner or an oral and maxillofacial surgeon in the Province, the amount payable under the agreement, subject to any modifications to the amount as provided for in this Regulation;

(b) for entitled services rendered by a medical practitioner or an oral and maxillofacial surgeon outside the Province, the amount provided for in section 14; and

(c) for entitled services rendered by a dental practitioner, the amount provided for under section 22 for services in the Province and under section 14 for services rendered outside the Province.

96-111; 2003-51

14(1) Repealed: 96-111

14(2) Repealed: 96-111

14(3) Repealed: 96-111

accepter que le bénéficiaire lui soumette une demande de remboursement, même si tous les renseignements prescrits au paragraphe 11(2.1) n'ont pas été fournis.

13(5) Nonobstant les dispositions particulières du présent article, lorsqu'un médecin non participant ou un chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial non participant, résidant et exerçant sa profession à l'extérieur de la province, fournit un service assuré à un bénéficiaire ou à une personne à charge, le Directeur peut, à son entière discrétion, accepter que ce médecin ou ce chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial lui soumette une facture relativement au service en question et lui payer directement les montants autorisés en vertu du présent règlement, même si tous les renseignements prescrits au paragraphe 11(2.1) n'ont pas été fournis.

13(6) Tout paiement effectué en vertu du paragraphe (5) remplace tout paiement au bénéficiaire.

86-150; 87-22; 90-83; 94-13; 94-118; 97-23; 2003-51

13.01 L'île de Campobello est prescrite aux fins du paragraphe 2(4) de la Loi.

97-22; 97-106

13.1 Pour des services assurés fournis sur la base d'honoraires à l'acte, les paiements effectués pour un bénéficiaire ou à son profit ou un montant à recevoir par un bénéficiaire doivent être comme suit :

a) pour des services assurés fournis par un médecin ou un chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial dans la province, le montant payable en vertu de la convention, sous réserve de toutes modifications du montant prévues au présent règlement;

b) pour des services assurés fournis par un médecin ou un chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial à l'extérieur de la province, le montant prévu à l'article 14; et

c) pour des services assurés fournis par un dentiste, le montant prévu à l'article 22 pour des services fournis dans la province et le montant prévu à l'article 14 pour des services fournis à l'extérieur de la province.

96-111; 2003-51

14(1) Abrogé : 96-111

14(2) Abrogé : 96-111

14(3) Abrogé : 96-111

14(4) The amounts payable by the Medicare Branch shall be

- (a) for entitled services rendered in Canada outside the Province, the amounts payable under the medical services plan in the province in which the services are obtained, and
- (b) for entitled services rendered outside Canada
 - (i) if the services are available in New Brunswick, the amount payable under the medical services plan,
 - (ii) if the services are not available in New Brunswick but are available in Canada, the amount payable under the medical services plan of Ontario or Quebec, at the discretion of the Director, and
 - (iii) if the services are not available in Canada, at the negotiated rate.

14(5) Where a participating medical practitioner or a participating oral and maxillofacial surgeon

- (a) submits an account for entitled services in accordance with section 11, and
- (b) is paid an amount by the Medicare Branch,

such payment is payment in full of the account and no other claim shall be made by the participating medical practitioner or the participating oral and maxillofacial surgeon against any person with respect to such account or any part thereof.

14(6) Travelling expenses incurred by a medical practitioner are deemed to be entitled services where the medical practitioner is providing entitled services pursuant to an extra-mural program delivered by a regional health authority.

14(7) Repealed: 96-111

14(8) Notwithstanding any other provision of this Regulation, the Minister, on the advice of the Insured Services Appeal Committee established under section 33.01, may authorize payments in excess of the prescribed rates for entitled services if such payments do not exceed the

14(4) Les montants payables par la Direction de l'assurance-maladie sont les suivants :

- a) pour les services assurés fournis au Canada à l'extérieur de la province, les montants payables en vertu du régime de services médicaux de la province où les services sont obtenus, et
- b) pour les services assurés fournis à l'extérieur du Canada,
 - (i) si les services sont disponibles au Nouveau-Brunswick, le montant payable en vertu du régime de services médicaux,
 - (ii) si les services ne sont pas disponibles au Nouveau-Brunswick mais le sont au Canada, le montant payable en vertu du régime de services médicaux de l'Ontario ou de Québec, à la discrétion du Directeur;
 - (iii) si les services ne sont pas disponibles au Canada, au taux négocié.

14(5) Lorsqu'un médecin participant ou un chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial participant

- a) soumet une facture relativement à des services assurés, conformément à l'article 11; et
- b) reçoit un paiement de la Direction de l'assurance-maladie,

ce paiement vaut paiement intégral de la facture et il ne peut opposer à qui que ce soit aucune autre réclamation relativement à toute partie de ladite facture.

14(6) Les frais de déplacement engagés par un médecin sont réputés être des services assurés lorsqu'il fournit des services assurés conformément à un programme extra-mural fourni par une régie régionale de la santé.

14(7) Abrogé : 96-111

14(8) Nonobstant toute autre disposition du présent règlement, le Ministre peut, suivant l'avis du Comité d'appel des services assurés établi en vertu de l'article 33.01, autoriser des paiements au delà du tarif fixé pour des services assurés si ces paiements n'excèdent pas les montants ef-

amounts actually incurred or paid by or on behalf of an entitled person.

14(9) Repealed: 88-102

14(10) Repealed: 91-172

85-65; 86-94; 86-150; 88-96; 88-102; 90-41; 91-172; 96-48; 96-111; 97-23; 2002-33; 2003-51

14.01(1) Notwithstanding sections 13, 13.1 and 14, no payment shall be made for entitled services unless the account or claim for reimbursement is received by the Medicare Branch

(a) in the case of a claim for reimbursement by a beneficiary for services rendered to a beneficiary or dependent inside the Province, within six months after the date upon which the entitled services were rendered, and

(b) in the case of entitled services rendered to a beneficiary or dependent outside the Province, within twelve months after the date upon which the entitled services were rendered.

14.01(2) Notwithstanding subsection (1), an account or claim for reimbursement that is received after the applicable period may be paid if the Director so directs.

91-172; 96-111; 97-23

14.1 In section 14.4

“ordinary entitled services” means entitled services rendered in the Province on a fee for service basis, but does not include travelling expenses.

90-83; 2003-51; 2009-135

14.2 Repealed: 2009-135

90-83; 93-25; 93-142; 2003-51; 2009-135

14.21 Repealed: 2009-135

93-142; 2009-135

14.3 Repealed: 91-13

90-83; 91-13

14.4(1) For the twelve month period beginning on April 1 of any year, the Lieutenant-Governor in Council may determine the sum that is available to the Medicare Branch for payments for ordinary entitled services ren-

fectivement engagés ou versés par une personne admissible ou en son nom.

14(9) Abrogé : 88-102

14(10) Abrogé : 91-172

85-65; 86-94; 86-150; 88-96; 88-102; 90-41; 91-172; 96-48; 96-111; 97-23; 2002-33; 2003-51

14.01(1) Nonobstant les articles 13, 13.1 et 14, nul paiement ne peut être effectué pour des services assurés à moins que la facture ou la demande de remboursement n'ait été reçue par la Direction de l'assurance-maladie

a) dans le cas d'une demande de remboursement faite par un bénéficiaire pour des services rendus à un bénéficiaire ou à une personne à charge dans la province, dans les six mois qui suivent la date de prestation des services, et

b) dans le cas de services assurés rendus à un bénéficiaire ou à une personne à charge à l'extérieur de la province, dans les douze mois qui suivent la date de prestation des services.

14.01(2) Par dérogation au paragraphe (1), une facture ou une demande de remboursement reçue après la période applicable peut être payée si le Directeur l'ordonne.

91-172; 96-111; 97-23

14.1 À l'article 14.4

« services assurés ordinaires » désigne les services assurés fournis dans la province sur la base d'honoraires à l'acte, sans toutefois comprendre les frais de déplacement.

90-83; 2003-51; 2009-135

14.2 Abrogé : 2009-135

90-83; 93-25; 93-142; 2003-51; 2009-135

14.21 Abrogé : 2009-135

93-142; 2009-135

14.3 Abrogé : 91-13

90-83; 91-13

14.4(1) Le lieutenant-gouverneur en conseil peut, pour la période de douze mois commençant le 1^{er} avril d'une année quelconque, déterminer la somme dont la Direction de l'assurance-maladie dispose pour les paiements au titre

dered by medical practitioners or oral and maxillofacial surgeons.

14.4(2) A determination under subsection (1) may be made at any time before or during the twelve month period to which it relates.

14.4(3) Notwithstanding any other provision of this Regulation, where a determination has been made under subsection (1) and the total of all amounts paid by the Medicare Branch for ordinary entitled services rendered by medical practitioners or oral and maxillofacial surgeons exceeds

(a) by June 30 of the period to which the determination relates, twenty-seven per cent of the sum determined,

(b) by September 30 of the period to which the determination relates, forty-eight per cent of the sum determined,

(c) by December 31 of the period to which the determination relates, seventy-four per cent of the sum determined, or

(d) by March 31 of the period to which the determination relates, one hundred per cent of the sum determined,

the amount payable for ordinary entitled services rendered by every medical practitioner or oral and maxillofacial surgeon shall be, if the Director so directs, for the three months immediately following a period in which an excess occurred, a percentage below the amount that would be payable apart from this section.

14.4(4) Where during part or all of any period referred to in subsection (2) the amounts payable for ordinary entitled services have been set under that subsection, and at the end of that period the total of all amounts paid by the Medicare Branch for ordinary entitled services rendered by medical practitioners and oral and maxillofacial surgeons has not reached the level set by subsection (2) for the end of that period, the amount payable during the three months that immediately follow for ordinary entitled services rendered by any medical practitioner or oral and maxillofacial surgeon shall be, if the Director so directs, a percentage above the amount that would be payable apart from this section.

des services assurés ordinaires fournis par des médecins et des chirurgiens bucco-dentaires et maxillo-faciaux.

14.4(2) La détermination prévue au paragraphe (1) peut être effectuée à tout moment avant ou pendant la période de douze mois sur laquelle elle porte.

14.4(3) Nonobstant toute autre disposition du présent règlement, lorsque la détermination prévue au paragraphe (1) a été effectuée et que la totalité de tous les montants payés par la Direction de l'assurance-maladie au titre des services assurés ordinaires fournis par des médecins et des chirurgiens bucco-dentaires et maxillo-faciaux dépasse

a) au plus tard le 30 juin de la période sur laquelle porte la détermination, vingt-sept pour cent de la somme déterminée,

b) au plus tard le 30 septembre de la période sur laquelle porte la détermination, quarante huit pour cent de la somme déterminée,

c) au plus tard le 31 décembre de la période sur laquelle porte la détermination, soixante-quatorze pour cent de la somme déterminée, ou

d) au plus tard le 31 mars de la période sur laquelle porte la détermination, cent pour cent de la somme déterminée,

le montant payable au titre des services assurés ordinaires fournis par chaque médecin ou chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial est égal, si le Directeur l'ordonne, pour les trois mois qui suivent immédiatement la période au cours de laquelle l'excès s'est produit, à un pourcentage inférieur au montant qui aurait été payable indépendamment du présent article.

14.4(4) Lorsque, pendant la totalité ou une partie de toute période visée au paragraphe (2), les montants payables au titre des services assurés ordinaires ont été fixés en vertu de ce paragraphe, et qu'à la fin de cette période la totalité de tous les montants payés par la Direction de l'assurance-maladie au titre des services assurés ordinaires fournis par des médecins et des chirurgiens bucco-dentaires et maxillo-faciaux n'a pas atteint le niveau fixé au paragraphe (2) pour la fin de cette période, le montant payable au cours des trois mois qui suivent immédiatement au titre des services assurés ordinaires fournis par un médecin ou un chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial est égal, si le Directeur l'ordonne, à un pourcentage supérieur au montant qui serait payable indépendamment du présent article.

14.4(5) In acting under subsections (2) and (3) and in determining percentages for the purpose of those subsections the Director shall have regard to the following principles:

- (a) that the levels stated in subsection (2) should not be exceeded, and
- (b) that subject to paragraph (a), the total of all amounts actually paid by the Medicare Branch for ordinary entitled services rendered by medical practitioners or oral and maxillofacial surgeons should be, at the end of each period referred to in subsection (2), as close as possible to the total of the amounts that would have been paid for those entitled services if the amounts payable had not been affected by subsection (2).

14.4(6) In acting under subsections (2) and (3) and in determining percentages for the purpose of those subsections in relation to payments to be made in the three months immediately following the end of the twelve month period to which a determination under subsection (1) relates, the Director may assume, unless a further determination has already been made under subsection (1), that for the twelve month period that is about to begin a determination will be made under subsection (1) in the same terms as the determination that was made for the twelve month period that is ending.

90-83; 2003-51

14.5 Repealed: 2003-48

96-47; 97-106; 99-29; 2001-101; 2003-48

15(1) In this section and section 5.4 of the Act, “assess”, with respect to accounts submitted for payment under the medical services plan means

- (a) to evaluate the accounts,
- (b) to investigate the accounts to determine their correctness or validity, and
- (c) to apply and interpret the agreement and the rules applicable to the assessment of accounts made under paragraph (3)(a) to the accounts submitted for payment,

and “assessment” has a corresponding meaning.

14.4(5) Lorsqu’il agit en vertu des paragraphes (2) et (3) et détermine les pourcentages aux fins de ces paragraphes, le Directeur doit prendre en considération les principes suivants :

- a) les niveaux indiqués au paragraphe (2) ne devraient pas être dépassés; et
- b) sous réserve de l’alinéa a), le total de tous les montants réellement payés par la Direction de l’assurance-maladie au titre des services assurés ordinaires fournis par des médecins ou des chirurgiens bucco-dentaires et maxillo-faciaux devrait être, à la fin de chaque période visée au paragraphe (2), aussi près que possible du total des montants qui auraient été payés au titre de ces services assurés si les montants payables n’avaient pas été affectés par le paragraphe (2).

14.4(6) Lorsqu’il agit en vertu des paragraphes (2) et (3) et qu’il détermine les pourcentages aux fins de ces paragraphes relativement aux paiements à effectuer dans les trois mois qui suivent immédiatement la fin de la période de douze mois sur laquelle porte une détermination prévue au paragraphe (1), le Directeur peut estimer, à moins qu’une autre détermination n’ait été faite en vertu du paragraphe (1), que pour la période de douze mois qui va commencer une détermination sera faite en vertu du paragraphe (1) dans les mêmes conditions que la détermination qui a été faite pour la période de douze mois qui s’achève.

90-83; 2003-51

14.5 Abrogé : 2003-48

96-47; 97-106; 99-29; 2001-101; 2003-48

15(1) Dans le présent article et l’article 5.4 de la Loi, « évaluer » des factures faisant l’objet d’une demande de paiement en vertu du régime de services médicaux, signifie

- a) évaluer les factures,
- b) examiner les factures en vue d’établir leur exactitude ou leur validité, et
- c) appliquer et interpréter la convention et les règles établies à l’alinéa (3)a) régissant l’évaluation des factures soumises pour fins de paiement,

et « évaluation » a un sens analogue.

15(2) The provincial authority may, in the provincial authority's sole discretion, require any person who has submitted an account for payment by the Medicare Branch to supply such additional information within such time as in the opinion of the provincial authority is necessary to enable an assessment to be made.

15(3) The provincial authority may

(a) develop, in consultation with the Professional Review Committee, rules applicable to the assessment of accounts, and

(b) in addition to those actions referred to in the Act, take such action with respect to the payment of accounts so assessed which, in the opinion of the provincial authority, will give effect to assessments made under the Act such as

(i) denying payment of an account,

(ii) providing that payment with respect to any entitled service for which payment is claimed in an account be made at a rate less than that provided in the agreement for the entitled service, or

(iii) any other action that the provincial authority considers necessary.

96-48; 96-111; 99-29; 2010-106

16 Repealed: 96-111

96-111

17(1) Repealed: 2010-106

17(2) Repealed: 2010-106

17(3) A person, being a beneficiary who has submitted an account for payment by the Medicare Branch and who has any complaint concerning eligibility to receive payment for entitled services or the assessment of accounts with respect to entitled services rendered or received, may make a request to the provincial authority that the matter complained of be reviewed by the Insured Services Appeal Committee as established under section 33.01.

96-48; 97-23; 2003-51; 2010-106

18 Repealed: 2010-106

96-48; 2003-51; 2010-106

15(2) L'autorité provinciale peut, à son entière discrétion, enjoindre à quiconque lui soumet une facture pour fins de paiement par la Direction de l'assurance-maladie de fournir les renseignements supplémentaires dans le délai que l'autorité provinciale juge nécessaire pour permettre l'évaluation de la facture.

15(3) L'autorité provinciale peut

a) établir, en consultation avec le Comité de revue professionnelle, les règles régissant l'évaluation des factures, et

b) en plus des mesures visées par la Loi, prendre des mesures concernant le paiement des factures ainsi évaluées qui, de l'avis de l'autorité provinciale, donneront effet aux évaluations effectuées en vertu de la Loi

(i) portant refus du paiement d'une facture,

(ii) portant paiement des services assurés faisant l'objet d'une demande de paiement, à un tarif inférieur à celui fixé pour les services assurés dans la convention, ou

(iii) toute autre mesure que l'autorité provinciale considère nécessaire.

96-48; 96-111; 99-29; 2010-106

16 Abrogé : 96-111

96-111

17(1) Abrogé : 2010-106

17(2) Abrogé : 2010-106

17(3) Tout bénéficiaire qui soumet une facture pour fins de paiement par la Direction de l'assurance-maladie et qui se plaint concernant l'admissibilité au paiement des services assurés ou n'est pas satisfait de l'évaluation des factures à l'égard des services assurés fournis ou reçus, peut demander à l'autorité provinciale que le motif de sa plainte soit porté devant le Comité d'appel des services assurés établi en vertu de l'article 33.01.

96-48; 97-23; 2003-51; 2010-106

18 Abrogé : 2010-106

96-48; 2003-51; 2010-106

19 Repealed: 86-150
86-150

20 Repealed: 86-150
86-150

21 Repealed: 86-150
86-150

22(1) Subject to section 10, entitled services shall be deemed to include the health services listed in Schedule 4 when rendered by a qualified dental practitioner in a hospital facility if the condition of the patient is such that the services are medically required to be rendered in a hospital facility.

22(2) The dental practitioner rendering the entitled services mentioned in subsection (1) may make application for payment in the same manner as a medical practitioner and the provisions in this Regulation respecting payment for entitled services shall apply *mutatis mutandis* to a dental practitioner.

22(2.1) Except where otherwise provided in this Regulation, payment for entitled services rendered by a dental practitioner on or after April 1, 1998, shall be at the rate of ninety-eight cents per unit for the unit values listed for such services in Schedule 4 or the amount billed, whichever is the lesser.

22(3) Subsection 13(1) applies with the necessary modifications to a dental practitioner rendering an entitled service.

22(4) Subsection 13(1.1) applies with the necessary modifications to a dental practitioner rendering a service under paragraph (n.1) of Schedule 2.

86-150; 87-22; 93-25; 94-118; 96-111; 98-52; 2003-51

23 Repealed: 93-103
86-150; 87-22; 93-103

24(1) The members appointed to the Professional Review Committee shall be appointed from persons nominated by the New Brunswick Medical Society and shall be medical practitioners duly registered and licensed in accordance with the terms of the *Medical Act*.

19 Abrogé : 86-150
86-150

20 Abrogé : 86-150
86-150

21 Abrogé : 86-150
86-150

22(1) Sous réserve de l'article 10, les services assurés sont réputés inclure les services médicaux figurant à l'annexe 4 lorsqu'ils sont fournis par un dentiste qualifié dans un établissement hospitalier, si l'état du malade exige que ces services soient fournis dans un établissement hospitalier.

22(2) Le dentiste qui fournit les services assurés visés au paragraphe (1) peut présenter une demande de paiement de la même façon qu'un médecin et les dispositions du présent règlement relativement au paiement des services assurés s'appliquent *mutatis mutandis*.

22(2.1) Sauf disposition contraire du présent règlement, le paiement des services assurés fournis par un dentiste à partir du 1er avril 1998 est effectué sur la base de quatre-vingt-dix-huit cents par unité selon les valeurs unitaires attribuées pour ces services à l'annexe 4 ou selon le montant facturé, en prenant le moindre des deux montants.

22(3) Le paragraphe 13(1) s'applique, avec les modifications nécessaires, à un dentiste qui fournit des services assurés.

22(4) Le paragraphe 13(1.1) s'applique, avec les modifications nécessaires, à un dentiste qui fournit des services prévus à l'alinéa n.1) de l'annexe 2.

86-150; 87-22; 93-25; 94-118; 96-111; 98-52; 2003-51

23 Abrogé : 93-103
86-150; 87-22; 93-103

24(1) Les membres du Comité de revue professionnelle sont nommés parmi les personnes désignées par la Société médicale du Nouveau-Brunswick et qui sont des médecins dûment inscrits et titulaires d'un permis conformément aux dispositions de la *Loi médicale*.

24(2) The members appointed under subsection (1) shall appoint one of their number as chairman at the first meeting of the committee.

96-48

25(1) Any member appointed to the Professional Review Committee shall be appointed for an initial term of one to three years at the discretion of the Minister.

25(2) A member may be reappointed any number of times for a term of three years.

25(3) If a member is unable or unwilling to perform the duties properly due to incapacity, incompetence, absence or for any other reason whatsoever, that person shall be removed as a member and another shall be appointed.

25(4) Notwithstanding the expiration of the term, a member shall continue to be a member until replaced.

25(5) The provisions of this Regulation shall apply to the appointment of any person who is appointed to replace another member, provided however, that where a new member is appointed to replace another member whose term has not expired the new member shall be appointed initially for the remainder of the unexpired term only.

96-48

26 The objects of the Professional Review Committee shall be to attempt to enhance the standards of medical service, to protect the interests of the public, government, the medical profession and the oral and maxillofacial surgery profession in the operation of the medical services plan and to provide experienced professional counsel to any medical practitioner or oral and maxillofacial surgeon whose pattern of practice under the medical services plan appears not to be in the best interest of the public, the medical profession or the oral and maxillofacial surgery profession.

2003-51; 2010-106

27 Repealed: 96-48

86-30; 96-48

27.1 Repealed: 96-48

86-30; 96-48

28 The powers of the Professional Review Committee shall be

24(2) Les membres nommés en application du paragraphe (1) désignent parmi eux un président lors de la première réunion dudit Comité.

96-48

25(1) Le mandat de tout membre nommé au Comité de revue professionnelle est d'une durée initiale de un à trois ans, à la discrétion du Ministre.

25(2) Le mandat de tout membre peut être renouvelé un nombre indéfini de fois pour une durée de trois ans.

25(3) Tout membre qui est dans l'impossibilité ou qui refuse d'assumer ses fonctions correctement en raison d'incapacité, d'incompétence, d'absence ou pour toute autre raison, est relevé de ses fonctions et une autre personne est désignée à sa place.

25(4) Nonobstant l'expiration de son mandat, un membre continue d'assumer ses fonctions jusqu'à ce qu'il soit remplacé.

25(5) Les dispositions du présent règlement s'appliquent à la nomination de tout remplaçant, sous réserve que ce dernier doit d'abord achever le mandat de celui qu'il remplace.

96-48

26 Le Comité de revue professionnelle a pour objet de rehausser les normes des services médicaux, de protéger les intérêts du public, du gouvernement, de la profession médicale et de la profession de chirurgie bucco-dentaire et maxillo-faciale dans l'exploitation du régime de services médicaux et de fournir les services de conseils professionnels expérimentés à tout médecin ou chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial qui, dans l'exercice de sa profession au titre du régime de services médicaux, ne semble pas servir au mieux les intérêts du public ou de la profession.

2003-51; 2010-106

27 Abrogé : 96-48

86-30; 96-48

27.1 Abrogé : 96-48

86-30; 96-48

28 Le Comité de revue professionnelle est investi du pouvoir

(a) to engage special consultants or otherwise knowledgeable people as required to aid in the review of a particular situation,

(b) to add to the committee, when appropriate, with the approval of the provincial authority, one or more representatives of the particular branch of medical practice under review in a particular situation, as co-opted members for a particular purpose,

(c) to invite members of the medical profession or others to attend before the committee to give information and explanations relevant to any matter under review,

(d) to appoint such sub-committees as it considers necessary for the attainment of its objects, with the approval of the provincial authority, to appoint to such sub-committees persons who are not members of the committee,

(e) to agree to pay to sub-committee members and other special consultants engaged by the committee who are not members of the committee such remuneration and allowances as shall be determined from time to time by the provincial authority,

(f) review and make recommendations to the provincial authority on the method of assessing accounts for payment for entitled services provided to beneficiaries by medical practitioners or oral and maxillofacial surgeons,

(g) review the assessment of accounts for payment for entitled services to beneficiaries by medical practitioners or oral and maxillofacial surgeons that are referred to it by the provincial authority and make recommendations concerning the assessment of such accounts to the provincial authority, and

(h) to make recommendations to the provincial authority on any matter referred to it concerning the planning of structured audits, the findings of audits in process and the conclusions of audit processes.

96-48; 2010-106

29 The members and co-opted members shall receive such remuneration and allowances as shall be determined from time to time by the provincial authority.

96-48

a) d'engager des experts-conseils spéciaux ou autres personnes compétentes nécessaires pour contribuer à l'examen d'une situation particulière;

b) de s'adjoindre, au besoin, avec l'approbation de l'autorité provinciale, un ou plusieurs représentants de la branche particulière de médecine faisant l'objet d'un examen particulier, à titre de membres admis par cooptation dans un cas particulier;

c) d'inviter les membres de la profession médicale ou autres personnes à comparaître devant lui pour fournir des renseignements et des explications relativement à toute question faisant l'objet d'un examen;

d) de nommer les sous-comités jugés nécessaires à la réalisation de son objet et, avec l'approbation de l'autorité provinciale, y désigner des personnes qui ne sont pas membres du Comité de revue professionnelle;

e) de convenir de verser aux membres des sous-comités et aux autres conseillers spéciaux engagés par le Comité, et qui ne sont pas membres du Comité de revue professionnelle, la rémunération et les indemnités que l'autorité provinciale fixe de temps à autre;

f) de réviser le mode d'évaluation des factures pour le paiement des services assurés fournis aux bénéficiaires par des médecins ou des chirurgiens bucco-dentaires et maxillo-faciaux et présenter à ce sujet des recommandations à l'autorité provinciale;

g) de réviser l'évaluation des factures qui lui sont renvoyées par l'autorité provinciale et qui ont été présentées pour paiement des services assurés fournis aux bénéficiaires par des médecins ou des chirurgiens bucco-dentaires et maxillo-faciaux et présenter à ce sujet des recommandations à l'autorité provinciale;

h) de présenter des recommandations à l'autorité provinciale sur toute question qu'elle lui renvoie concernant la planification des vérifications, les constatations des vérifications en cours et les conclusions en découlant.

96-48; 2010-106

29 Les membres réguliers ainsi que les membres admis par cooptation ont droit à la rémunération et aux indemnités que l'autorité provinciale fixe de temps à autre.

96-48

30 The Professional Review Committee may adopt such rules and procedures for the conducting of its business as it sees fit.

2010-106

31 The provincial authority shall provide and pay for secretarial and other assistance as may reasonably be required for the conduct of the Professional Review Committee's work.

96-48; 2010-106

32 The provincial authority may

(a) make available to the Professional Review Committee all information possessed by the provincial authority which is relevant and necessary for the attainment of the Committee's objectives, and

(b) designate individuals within the department to provide and maintain continuing liaison between the Professional Review Committee and the provincial authority.

96-48; 2010-106

33 The Professional Review Committee shall

(a) upon the review of any matter forwarded to it by the provincial authority or designate make written recommendations concerning the matter, and

(b) maintain on a confidential basis adequate records of all recommendations and the reasons therefor.

96-48; 2010-106

33.001 Where a medical practitioner or an oral and maxillofacial surgeon and the provincial authority disagree on the assessment of accounts with respect to entitled services rendered or with respect to audit findings, the parties shall engage in discussions in order to resolve the dispute.

2010-106

33.002 Where a medical practitioner or an oral and maxillofacial surgeon is not satisfied with the assessment of accounts with respect to entitled services rendered or with respect to audit findings, the medical practitioner or the oral and maxillofacial surgeon may make a request to the provincial authority to refer the matter to the Professional

30 Le Comité de revue professionnelle peut adopter les règles et les procédures qui lui semblent appropriées pour l'expédition de ses affaires.

2010-106

31 L'autorité provinciale doit fournir et prendre en charge les services de secrétariat et autres jugés raisonnablement nécessaires à l'exercice de l'activité du Comité de revue professionnelle.

96-48; 2010-106

32 L'autorité provinciale peut

a) mettre à la disposition du Comité de revue professionnelle tous les renseignements qu'elle a en main et qui sont à la fois pertinents et nécessaires à la réalisation de son objet;

b) désigner des personnes au sein du ministère pour établir et maintenir une relation continue entre le Comité de revue professionnelle et l'autorité provinciale.

96-48; 2010-106

33 Le Comité de revue professionnelle doit

a) faire des recommandations écrites relativement aux questions soumises à son examen par l'autorité provinciale ou son représentant; et

b) maintenir de façon confidentielle, des dossiers appropriés sur toutes les recommandations ainsi que leur fondement.

96-48; 2010-106

33.001 Lorsqu'un médecin ou un chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial et l'autorité provinciale ne s'entendent pas sur l'évaluation de factures concernant des services assurés fournis ou les conclusions d'une vérification, les parties en discutent afin de régler leur différend.

2010-106

33.002 Le médecin ou le chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial qui est insatisfait de l'évaluation de factures concernant des services assurés fournis ou les conclusions d'une vérification peut demander à l'autorité provinciale de renvoyer la question au Comité de revue professionnelle pour que celui-ci présente une recommandation à ce sujet.

2010-106

Review Committee for a recommendation concerning the assessment of such accounts.

2010-106

33.003(1) Where a medical practitioner or an oral and maxillofacial surgeon is not satisfied with the assessment of accounts with respect to entitled services rendered or with respect to audit findings, the medical practitioner or oral and maxillofacial surgeon may appeal the assessment or the audit findings to an adjudicator.

33.003(2) An adjudicator shall be appointed by mutual agreement between the Department of Health and the New Brunswick Medical Society.

33.003(3) An adjudicator shall be appointed for a term of one year which may be renewed and his or her name shall be placed on a list maintained by the provincial authority.

2010-106

33.004(1) A medical practitioner or an oral and maxillofacial surgeon who wishes to make an appeal under subsection 33.003(1) shall file with the provincial authority a notice of appeal within 60 days after receipt of the final notice of assessment issued by the provincial authority.

33.004(2) The notice of appeal shall include the reasons for the appeal and the official language chosen by the appellant.

33.004(3) If a medical practitioner or an oral and maxillofacial surgeon has made full payment of the amount specified in the final notice of assessment or has agreed to a repayment schedule, the provincial authority shall refer the notice of appeal to an adjudicator within 30 days after receipt of the notice of appeal.

33.004(4) Within 30 days after receiving the notice of appeal, the adjudicator shall set out the time and place for the hearing of the appeal, and shall advise the appellant and the provincial authority in writing of the time and place of the hearing.

33.004(5) With the consent of both parties, the adjudicator may determine the appeal based on the written representations of the parties without a hearing.

33.004(6) Only non-identifying medical information shall be contained in written or oral representations.

33.003(1) Le médecin ou le chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial qui est insatisfait de l'évaluation de factures concernant des services assurés fournis ou des conclusions d'une vérification peut appeler à un arbitre de l'évaluation ou des conclusions.

33.003(2) L'arbitre est désigné à ce titre d'un commun accord par le ministère de la Santé et la Société médicale du Nouveau-Brunswick.

33.003(3) Un arbitre est inscrit sur une liste tenue à jour par l'autorité provinciale pour un mandat renouvelable d'un an.

2010-106

33.004(1) Le médecin ou le chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial qui souhaite interjeter appel en vertu du paragraphe 33.003(1) dépose auprès de l'autorité provinciale un avis d'appel dans les soixante jours de la réception de l'avis d'évaluation final qu'elle lui envoie.

33.004(2) L'avis d'appel comprend les moyens de l'appelant et la langue officielle qu'il choisit.

33.004(3) Si le médecin ou le chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial s'est acquitté du montant indiqué dans l'avis d'évaluation final ou a convenu d'un calendrier de remboursement, l'autorité provinciale renvoie l'avis de l'appel à un arbitre dans les trente jours de sa réception.

33.004(4) Dans les trente jours de la réception de l'avis de l'appel, l'arbitre fixe les date, heure et lieu de l'audition de l'appel et en avise par écrit l'appelant et l'autorité provinciale.

33.004(5) Avec le consentement des deux parties, l'arbitre peut trancher l'appel en se fondant sur leurs observations écrites sans tenir d'audience.

33.004(6) Les renseignements contenus dans les observations écrites ou orales sont des renseignements médicaux non identificateurs.

33.004(7) For the purposes of a hearing, an adjudicator has all the powers, privileges and immunities of a commissioner under the *Inquiries Act*.

33.004(8) Within 30 days after the hearing or the receipt of written representations, the adjudicator shall render a written decision in which he or she may affirm, vary or reverse the amount specified in the final notice of assessment.

33.004(9) The decision of the adjudicator is final and binding on both parties.

33.004(10) The decision of the adjudicator must be implemented within 30 days after the decision is rendered.

33.004(11) If the decision of the adjudicator affirms the amount specified in the final notice of assessment and the medical practitioner or the oral and maxillofacial surgeon has agreed to a repayment schedule with the provincial authority, the decision shall be deemed to have been implemented.

2010-106

33.005 The expenses related to the appeal shall be equally shared between the Department of Health and the New Brunswick Medical Society.

2010-106

33.01(1) There shall be established a committee which shall be known as the Insured Services Appeal Committee and which shall consist of the following:

(a) three voting members who shall be appointed by the Minister; and

(b) the Director or his or her designate who shall act as secretary.

33.01(1.1) The members appointed to the Insured Services Appeal Committee by the Minister shall include

(a) at least one medical practitioner duly registered and licensed under the *Medical Act*, and

(b) at least one person with knowledge of the health care system.

33.01(2) The function of the Insured Services Appeal Committee is to advise the Minister on appeals by persons on matters in dispute or disagreement with respect to

33.004(7) Aux fins de la tenue d'une audience, l'arbitre est investi des pouvoirs, des privilèges et des immunités que la *Loi sur les enquêtes* confère à un commissaire.

33.004(8) Dans les trente jours de l'audience ou de la réception des observations écrites, l'arbitre rend une décision écrite dans laquelle il confirme, infirme ou modifie le montant indiqué dans l'avis d'évaluation final.

33.004(9) La décision de l'arbitre est définitive et obligatoire.

33.004(10) La décision de l'arbitre doit recevoir son application dans les trente jours.

33.004(11) Si la décision de l'arbitre confirme le montant indiqué dans l'avis d'évaluation final et que le médecin ou le chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial a convenu d'un calendrier de remboursement avec l'autorité provinciale, la décision est réputée avoir reçu son application.

2010-106

33.005 Les dépenses afférentes à l'appel sont acquittées à parts égales par le ministère de la Santé et la Société médicale du Nouveau-Brunswick.

2010-106

33.01(1) Est établi un comité appelé Comité d'appel des services assurés formé des personnes suivantes :

a) trois membres ayant droit de vote nommés par le Ministre; et

b) le Directeur, ou la personne qu'il désigne, qui a la qualité de secrétaire.

33.01(1.1) Les membres que le Ministre nomme au Comité d'appel des services assurés comptent :

a) au moins un médecin qui est dûment inscrit et titulaire d'un permis en vertu de la *Loi médicale*;

b) au moins une personne qui connaît bien le système de soins de santé.

33.01(2) Le Comité d'appel des services assurés a pour objet de conseiller le Ministre dans les cas d'appels interjetés par des personnes sur les points en litige ou désaccords concernant

(a) an application to become or continue to be a beneficiary,

(b) refusal of a claim for payment for entitled services or reduction of the amount so claimed, or

(c) any other matter that may be requested by the Minister in the application or interpretation of the Act and the regulations made thereunder.

33.01(3) The term of appointment of members of the Insured Services Appeal Committee appointed under paragraph (1)(a) shall be for a term of three years and all members shall be eligible for reappointment for two additional terms.

33.01(4) The Minister may appoint in accordance with subsection (1) a person to fill a vacancy that occurs in the membership of the Insured Services Appeal Committee and such person so appointed shall hold office for the remainder of the term of office of the person in whose place that person is appointed.

33.01(5) The Minister shall appoint a chairperson from the members appointed in paragraph (1)(a).

33.01(6) A majority of voting members constitutes a quorum and is sufficient for the exercise of all functions of the Insured Services Appeal Committee.

33.01(7) The Minister shall supply secretarial and other assistance, as may be reasonably required by the Insured Services Appeal Committee.

33.01(8) The Insured Services Appeal Committee shall meet at the call of the chairperson as required.

33.01(9) Members of the Insured Services Appeal Committee shall serve without salary but may be reimbursed

(a) actual travelling and other necessary out-of-pocket expenses, and

(b) for attendance at meetings,

at such rate as may be approved by the Minister.

33.01(10) The Insured Services Appeal Committee may adopt such procedures for conducting its business as it sees fit.

97-23; 2011-15

a) une demande visant l'obtention ou le maintien de la qualité de bénéficiaire,

b) le refus d'une demande de paiement pour des services assurés ou la réduction du montant réclamé, ou

c) toute autre question soulevée par le Ministre dans l'application ou l'interprétation de la Loi et des règlements pris sous son régime.

33.01(3) Le mandat des membres du Comité d'appel des services assurés nommés en vertu de l'alinéa (1)a) est de trois ans et est renouvelable deux fois.

33.01(4) Le Ministre peut, conformément au paragraphe (1), nommer une personne pour combler une vacance au sein des membres du Comité d'appel des services assurés, la personne ainsi nommée devant remplir le reste du mandat de celle qu'elle remplace.

33.01(5) Le Ministre nomme un président parmi les membres nommés à l'alinéa (1)a).

33.01(6) La majorité des membres ayant droit de vote constitue le quorum et permet l'expédition des affaires du Comité d'appel des services assurés.

33.01(7) Le Ministre doit fournir les services de secrétariat et autres services dont peut raisonnablement avoir besoin le Comité d'appel des services assurés.

33.01(8) Le Comité d'appel des services assurés se réunit à la demande du président, au besoin.

33.01(9) Les membres du Comité d'appel des services assurés ne reçoivent aucune rémunération, mais ont droit au remboursement, au taux approuvé par le Ministre

a) des frais effectifs de déplacement et autres débours nécessaires, et

b) des frais de participation aux réunions.

33.01(10) Le Comité d'appel des services assurés peut adopter la procédure qui lui semble appropriée pour l'expédition de ses affaires.

97-23; 2011-15

33.02 Repealed: 2011-15
97-23; 2011-15

33.03 Repealed: 2011-15
97-23; 2011-15

33.04 Those persons who are members of the Insured Services Appeal Committee immediately before the commencement of this section constitute the members of the Insured Services Appeal Committee until the expiry of their term.

2011-15

33.05 Despite subsection 33.01(3) and section 33.04, of the persons who are members of the Insured Services Appeal Committee on the commencement of section 33.04, only the chairperson is eligible for reappointment for an additional term of one year.

2011-15

33.1(1) The following terms and conditions apply to the sharing of proceeds of any recovery under subsection 10(7) of the Act:

(a) the barrister and solicitor acting on behalf of the injured person shall pay the share of Her Majesty the Queen in right of the Province by a cheque made payable to the Minister of Finance within thirty days after the receipt of the proceeds; and

(b) the barrister and solicitor acting on behalf of the injured person shall provide, with the cheque required under paragraph (a), an affidavit of the barrister and solicitor acting on behalf of the injured person and an affidavit of the barrister and solicitor acting on behalf of the person who is paying the proceeds to the injured person and the affidavits shall include the following:

- (i) the names of the persons involved;
- (ii) the name of the barrister and solicitor acting for the other person;
- (iii) whether the claim was settled or a judgment was obtained and when;
- (iv) in the case of a settlement, the amount of general damages and the amount of special damages that the barrister and solicitor making the affidavit rea-

33.02 Abrogé : 2011-15
97-23; 2011-15

33.03 Abrogé : 2011-15
97-23; 2011-15

33.04 Les personnes qui sont membres du Comité d'appel des services assurés immédiatement avant l'entrée en vigueur du présent article le demeurent jusqu'à la fin de leur mandat.

2011-15

33.05 Malgré le paragraphe 33.01(3) et l'article 33.04, des personnes qui sont membres du Comité d'appel des services assurés au moment de l'entrée en vigueur de l'article 33.04, seul le mandat du président peut être reconduit pour un mandat supplémentaire d'un an.

2011-15

33.1(1) Les modalités et conditions suivantes s'appliquent au partage du produit d'un recouvrement en vertu du paragraphe 10(7) de la Loi :

a) l'avocat agissant au nom de la personne ayant subi des dommages doit payer la part de Sa Majesté la Reine du chef de la province par chèque établi à l'ordre du ministre des Finances dans les trente jours qui suivent la réception du produit; et

b) l'avocat agissant au nom de la personne ayant subi des dommages doit fournir avec le chèque requis en vertu de l'alinéa a), un affidavit émanant de l'avocat agissant au nom de la personne ayant subi des dommages et un affidavit émanant de l'avocat agissant au nom de la personne qui verse le produit à la personne ayant subi des dommages, lesquels affidavits doivent inclure

- (i) les noms des personnes en cause;
- (ii) le nom de l'avocat agissant pour l'autre personne;
- (iii) si la réclamation a fait l'objet d'un règlement amiable ou si un jugement a été obtenu, à quelle date;
- (iv) au cas d'un règlement amiable, le montant des dommages-intérêts généraux et celui des dommages-intérêts spéciaux auxquels l'avocat auteur de l'affi-

sonably believes the injured person was entitled to recover;

(v) in the case of a judgment, the amount of general damages and the amount of special damages awarded to the injured person;

(vi) the amount recovered by the injured person for general damages and the amount recovered for special damages;

(vii) a statement affirming that the amount recovered by the injured person for special damages bears the same proportion to the special damages referred to in subparagraph (iv) or (v), as the case may be, as the amount recovered by the injured person for general damages bears to the general damages referred to in subparagraph (iv) or (v), as the case may be;

(viii) the cost of entitled services claimed by the injured person; and

(ix) the amount that is being paid to Her Majesty the Queen in right of the Province under subsection 10(7) of the Act.

33.1(2) Where an injured person or a person paying the proceeds to the injured person is not represented by a barrister and solicitor, the payment of the proceeds under paragraph (1)(a) and an affidavit required under paragraph (1)(b) shall be made by the person making the claim, whether acting on his own behalf or on behalf of another person.

87-20; 89-78

33.2 Where a barrister and solicitor recovers a sum in respect of the cost of entitled services in accordance with section 10 of the Act, a fee shall be paid as follows:

(a) fifteen per cent on the first five thousand dollars recovered;

(b) ten per cent on the next ten thousand dollars recovered; and

(c) five per cent on that amount recovered in excess of fifteen thousand dollars.

89-78

davit croit raisonnablement que la personne ayant subi des dommages avait droit en l'espèce;

(v) au cas d'un jugement, le montant des dommages-intérêts généraux et le montant des dommages-intérêts spéciaux accordés en l'espèce à la personne ayant subi des dommages;

(vi) le montant des dommages-intérêts généraux et le montant des dommages-intérêts spéciaux recouvrés par la personne ayant subi des dommages;

(vii) une déclaration affirmant qu'il existe le même rapport entre le montant recouvré par la personne ayant subi des dommages au titre des dommages-intérêts spéciaux et les dommages-intérêts spéciaux mentionnés au sous-alinéa (iv) ou (v), suivant le cas, qu'entre le montant recouvré par la personne ayant subi des dommages au titre des dommages-intérêts généraux et les dommages-intérêts généraux mentionnés au sous-alinéa (iv) ou (v), suivant le cas;

(viii) le coût des services assurés réclamés par la personne ayant subi des dommages; et

(ix) le montant à verser à Sa Majesté la Reine du chef de la province en vertu du paragraphe 10(7) de la Loi.

33.1(2) Lorsqu'une personne ayant subi des dommages ou une personne qui lui paye le produit ne sont pas représentées par un avocat, le paiement du produit en application de l'alinéa (1)a) et d'un affidavit requis en application de l'alinéa (1)b) doit être fait par la personne qui fait la réclamation, que cette personne agisse en son nom ou au nom d'une autre personne.

87-20; 89-78

33.2 Le recouvrement par un avocat du montant du coût des services assurés conformément à l'article 10 de la Loi, est assorti d'un droit qui doit être payé comme suit :

a) quinze pour cent sur la première tranche de cinq mille dollars recouvrés;

b) dix pour cent sur la tranche suivante de dix mille dollars recouvrés; et

c) cinq pour cent sur tout montant recouvré au delà de quinze mille dollars.

89-78

REQUEST FOR REVIEW

94-13

33.3(1) A medical practitioner who has been refused privileges by a regional health authority on any of the bases set out in subsection 4.01(2) of the *Hospital Services Act* may request the provincial authority to re-calculate the actual number of full time equivalents for the type of practice in which the medical practitioner proposes to become engaged in the area in which the medical practitioner proposes to practise, to ensure that the actual number of full time equivalents has been properly calculated and adjusted.

33.3(2) Subject to subsection (3), a request shall be made in writing within thirty days after privileges have been refused by a regional health authority.

33.3(3) A request under subsection (1) that relates to the period between July 1, 1993 and the commencement of this section shall be made within thirty days after the commencement of this section.

33.3(4) The provincial authority shall provide the medical practitioner making the request with relevant non-identifying information respecting the calculation and adjustment of the actual number of full time equivalents as it pertains to the medical practitioner making the request.

33.3(5) The provincial authority may, as a result of any representation made by the medical practitioner, adjust the actual number of full time equivalents previously calculated and adjusted if the calculation is shown to be erroneous.

33.3(6) The provincial authority shall inform the medical practitioner referred to in subsection (1) of any decision to adjust or not adjust the actual number of full time equivalents within ten days after the decision is made.

94-13; 2002-33

34 *Regulation 70-124 under the Medical Services Payment Act is repealed.*

DEMANDE DE RÉVISION

94-13

33.3(1) Un médecin qui s'est vu refusé des privilèges par une régie régionale de la santé pour l'un quelconque des motifs indiqués au paragraphe 4.01(2) de la *Loi sur les services hospitaliers* peut demander que l'autorité provinciale calcule de nouveau le nombre réel d'équivalents à plein temps pour le type de pratique à laquelle le médecin propose de se livrer dans le secteur où il propose d'exercer sa profession, pour s'assurer que le nombre réel d'équivalents à plein temps a été correctement calculé et rajusté.

33.3(2) Sous réserve du paragraphe (3), une demande doit être faite par écrit dans un délai de trente jours du refus des privilèges par une régie régionale de la santé.

33.3(3) Une demande prévue au paragraphe (1) qui porte sur la période allant du 1^{er} juillet 1993 jusqu'à l'entrée en vigueur du présent article doit être faite dans les trente jours qui suivent l'entrée en vigueur du présent article.

33.3(4) L'autorité provinciale doit fournir au médecin qui fait la demande les renseignements non identificateurs pertinents concernant le calcul et le rajustement du nombre réel d'équivalents à plein temps affectant le médecin qui fait la demande.

33.3(5) L'autorité provinciale peut, à la suite de toute représentation faite par un médecin, rajuster le nombre réel d'équivalents à plein temps antérieurement calculé et rajusté si le calcul s'avère faux.

33.3(6) L'autorité provinciale doit informer le médecin visé au paragraphe (1) de toute décision de rajuster ou de ne pas rajuster le nombre réel d'équivalents à plein temps dans les dix jours qui suivent la décision.

94-13; 2002-33

34 *Est abrogé le règlement 70-124 établi en vertu de la Loi sur le paiement des services médicaux.*

SCHEDULE 0.1

DECLARATION OF RESIDENCY FORM

The *Medical Services Payment Act* defines a resident as “a person lawfully entitled to be or to remain in Canada, who makes his home and is ordinarily present in New Brunswick, but does not include a tourist, transient or visitor to the Province”.

As well, it is an offence to obtain or receive entitled services where a person is not entitled to obtain or receive them under the Act or regulations and a person who does so commits an offence punishable under Part II of the *Provincial Offences Procedure Act* as a category F offence.

In keeping with the above, I, _____, do solemnly declare that

- 1. I and my dependents are residents of New Brunswick.
- 2. We reside at the following address:

(Street or Parish) (City or Community) (Postal Code)

- 3. We established our residency in New Brunswick on or about

(date)

- 4. Our mailing address is _____

and I make this solemn declaration conscientiously believing it to be true, and knowing that it is of the same force and effect as if made under oath, and by virtue of the *Evidence Act*.

ANNEXE 0.1

FORMULE DE DÉCLARATION DE RÉSIDENCE

La *Loi sur le paiement des services médicaux* définit comme résident une personne ayant légalement le droit d’être ou de rester au Canada, qui s’établit et vit habituellement au Nouveau-Brunswick, mais ne comprend ni les touristes, personnes de passage ou visiteurs au Nouveau-Brunswick;

De plus, quiconque obtient des services assurés auxquels il n’est pas admissible en vertu de la Loi ou des règlements commet une infraction punissable en vertu de la partie II de la *Loi sur la procédure applicable aux infractions provinciales* à titre d’infraction de la classe F.

Conformément aux énoncés susmentionnés, je soussigné(e) _____ déclare solennellement que

- 1. Je suis un résident du Nouveau-Brunswick ainsi que les personnes à ma charge.
- 2. Nous résidons à l’adresse suivante :

(rue ou paroisse) (cité ou localité) (code postal)

- 3. Nous résidons au Nouveau-Brunswick depuis le

(date)

- 4. Notre adresse postale est la suivante _____

et je fais cette déclaration solennelle, la croyant vraie en toute conscience et sachant qu’elle a la même valeur et les mêmes effets que si elle était faite sous serment et aux termes de la *Loi sur la preuve*.

SCHEDULE 1**1 Acts of the Parliament of Canada:**

- (a) *Aeronautics Act*, chapter A-3, Revised Statutes of Canada, 1970.
- (b) *Civilian War Pension and Allowances Act*, chapter C-20, Revised Statutes of Canada, 1970.
- (c) *Government Employees Compensation Act*, chapter G-8, Revised Statutes of Canada, 1970.
- (d) *Merchant Seamen Compensation Act*, chapter M-11, Revised Statutes of Canada, 1970.
- (e) *National Defence Act*, chapter N-4, Revised Statutes of Canada, 1970.
- (f) *Pension Act*, chapter P-7, Revised Statutes of Canada, 1970.
- (g) *Royal Canadian Mounted Police Act*, chapter R-9, Revised Statutes of Canada, 1970.
- (h) *Royal Canadian Mounted Police Pension Continuation Act*, chapter R-10, Revised Statutes of Canada, 1970.
- (i) *Royal Canadian Mounted Police Superannuation Act*, chapter R-11, Revised Statutes of Canada, 1970.
- (j) *Veterans Rehabilitation Act*, chapter V-5, Revised Statutes of Canada, 1970.

2 Acts of the Legislature of New Brunswick:

- (a) *Workers' Compensation Act*, chapter W-13, Revised Statutes of New Brunswick, 1973.
- (b) *Blind Workmen's Compensation Act*, chapter B-6, Revised Statutes of New Brunswick, 1973.
- (c) *Hospital Services Act*, chapter H-9, Revised Statutes of New Brunswick, 1973.

3 Acts of other jurisdictions:

Any statute or law enacted by any provincial legislature or other competent jurisdiction other than Canada or New Brunswick under which a person who receives insured

ANNEXE 1**1 Lois du Parlement du Canada :**

- a) *Loi sur l'aéronautique*, chapitre A-3, Statuts révisés du Canada, 1970;
- b) *Loi sur les pensions et allocations de guerre pour les civils*, chapitre C-20, Statuts révisés du Canada, 1970;
- c) *Loi sur l'indemnisation des employés de l'État*, chapitre G-8, Statuts révisés du Canada, 1970;
- d) *Loi sur l'indemnisation des marins marchands*, chapitre M-11, Statuts révisés du Canada, 1970;
- e) *Loi sur la défense nationale*, chapitre N-4, Statuts révisés du Canada, 1970;
- f) *Loi sur les pensions*, chapitre P-7, Statuts révisés du Canada, 1970;
- g) *Loi sur la Gendarmerie royale du Canada*, chapitre R-9, Statuts révisés du Canada, 1970;
- h) *Loi sur la continuation des pensions de la Gendarmerie royale du Canada*, chapitre R-10, Statuts révisés du Canada, 1970;
- i) *Loi sur la pension de retraite de la Gendarmerie royale du Canada*, chapitre R-11, Statuts révisés du Canada, 1970;
- j) *Loi sur la réadaptation des anciens combattants*, chapitre V-5, Statuts révisés du Canada, 1970.

2 Lois de la Législature du Nouveau-Brunswick :

- a) *Loi sur les accidents du travail*, chapitre W-13, Lois révisées du Nouveau-Brunswick de 1973;
- b) *Loi sur les accidents de travail des aveugles*, chapitre B-6, Lois révisées du Nouveau-Brunswick de 1973;
- c) *Loi sur les services hospitaliers*, chapitre H-9, Lois révisées du Nouveau-Brunswick de 1973.

3 Autres lois :

Toute loi édictée par une assemblée législative provinciale ou autre juridiction compétente, autre que le Canada ou le Nouveau-Brunswick, et en vertu de laquelle une per-

medical treatment is eligible for and entitled to such services or to reimbursement in whole or in part of the cost of such services.

sonne qui reçoit un traitement médical assuré est admissible et a droit auxdits services ou au remboursement total ou partiel du coût de ceux-ci.

SCHEDULE 2

The following are deemed not to be entitled services:

- (a) elective plastic surgery or other services for cosmetic purposes;
 - (a.01) correction of inverted nipple;
 - (a.02) breast augmentation;
 - (a.03) otoplasty for persons over the age of eighteen;
 - (a.04) removal of minor skin lesions, except where the lesions are or are suspected to be pre-cancerous;
 - (a.1) abortion, unless the abortion is performed by a specialist in the field of obstetrics and gynaecology in a hospital facility approved by the jurisdiction in which the hospital facility is located and two medical practitioners certify in writing that the abortion was medically required;
 - (a.2) surgical assistance for cataract surgery unless such assistance is required because of risk of procedural failure, other than the risk inherent in the removal of the cataract itself, due to the existence of an illness or other complication;
- (b) medicines, drugs, materials, surgical supplies or prosthetic devices;
- (c) vaccines, serums, drugs and biological products listed in sections 106 and 108 of New Brunswick Regulation 88-200 under the *Health Act*;
- (d) advice or prescription renewal by telephone which is not specifically provided for in the Schedule of Fees;
- (e) examinations of medical records or certificates at the request of a third party, or other services required by hospital regulations or medical by-laws;
- (f) dental services provided by a medical practitioner or an oral and maxillofacial surgeon;
 - (f.1) services that are generally accepted within New Brunswick as experimental or that are provided as applied research;

ANNEXE 2

Ne sont pas réputés être des services assurés :

- a) la chirurgie plastique facultative ou autres services à fins esthétiques;
 - a.01) la correction d'un mamelon inversé;
 - a.02) l'élargissement des seins;
 - a.03) l'otoplastie pour les personnes de plus de dix-huit ans;
 - a.04) l'ablation de petites lésions de la peau, sauf si elles risquent de se canceriser;
 - a.1) l'avortement, sauf lorsqu'effectué par un spécialiste en obstétrique et en gynécologie à un établissement hospitalier approuvé par la juridiction où est situé l'établissement hospitalier, et que deux médecins ont certifié par écrit que l'avortement était médicalement nécessaire;
 - a.2) l'assistance chirurgicale pour les opérations de la cataracte, sauf si l'assistance est requise en raison des risques d'échec opératoire, à l'exception des risques inhérents à l'enlèvement-même de la cataracte, en raison de l'existence d'une maladie ou autre complication;
- b) les remèdes, les médicaments, le matériel, les fournitures de chirurgie ou les dispositifs prothétiques;
- c) les vaccins, sérums, médicaments et préparations biologiques énumérés aux articles 106 et 108 du Règlement du Nouveau-Brunswick 88-200 établi en vertu de la *Loi sur la santé*;
- d) les consultations ou les renouvellements d'ordonnance par téléphone qui ne sont pas spécifiquement prévus dans le Cahier des tarifs;
- e) l'examen de dossiers ou certificats médicaux à la demande d'une tierce personne ou autres services prescrits par les règlements administratifs régissant l'hôpital ou le personnel médical;
- f) les services dentaires fournis par un médecin ou un chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial;
 - f.1) les services qui sont généralement considérés au Nouveau-Brunswick comme étant expérimentaux ou qui sont fournis à titre de recherche appliquée;

(f.2) services that are provided in conjunction with or in relation to the services referred to in paragraph (f.1);

(g) Repealed: 96-111

(h) testimony in a court or before any other tribunal;

(i) immunization, examinations or certificates for purpose of travel, employment, emigration, insurance, or at the request of any third party;

(j) services provided by medical practitioners or oral and maxillofacial surgeons to members of their immediate family;

(k) psychoanalysis;

(l) electrocardiogram (E.C.G.) where not performed by a specialist in internal medicine or paediatrics;

(m) laboratory procedures not included as part of an examination or consultation fee;

(n) refractions;

(n.1) services provided within the Province by medical practitioners, oral and maxillofacial surgeons or dental practitioners for which the fee exceeds the amount payable under this Regulation;

(o) the fitting and supplying of eye glasses or contact lenses;

(p) trans-sexual surgery;

(p.1) radiology services provided in the Province by a private radiology clinic;

(q) acupuncture;

(r) complete medical examinations when performed for the purposes of a periodic check-up and not for medically necessary purposes;

(s) circumcision of the newborn;

(t) reversal of vasectomies;

(u) second and subsequent injections for impotence;

f.2) les services qui sont fournis conjointement avec ceux qui sont visés à l'alinéa f.1) ou relativement à ceux-ci;

g) Abrogé : 96-111

h) le témoignage devant une cour ou tout autre tribunal;

i) les immunisations, examens ou certificats pour fins de voyage, d'emploi, d'émigration, d'assurance ou faits à la demande d'une tierce personne;

j) les services fournis par des médecins ou des chirurgiens bucco-dentaires et maxillo-faciaux aux membres de leur famille immédiate;

k) la psychanalyse;

l) l'électrocardiographie (E.C.G.) lorsqu'elle n'est pas effectuée par un spécialiste en médecine interne ou en pédiatrie;

m) les actes de laboratoire non compris dans le tarif d'un examen ou d'une consultation;

n) la détermination de vices de réfractions;

n.1) des services fournis dans la province par des médecins, des chirurgiens bucco-dentaires et maxillo-faciaux ou des dentistes et dont les droits excèdent le montant payable en vertu du présent règlement;

o) l'ajustage et la fourniture de lunettes ou lentilles de contact;

p) la chirurgie transsexuelle;

p.1) les services de radiologie fournis dans la province par une clinique privée de radiologie.

q) l'acuponcture;

r) un examen médical complet effectué dans le cadre d'un examen périodique et non pour des raisons de nécessité médicale;

s) la circoncision des nouveaux-nés;

t) l'inversion de vasectomies;

u) une deuxième injection ou toute injection subséquente pour impuissance;

(v) reversal of tubal ligations;

(w) intrauterine insemination;

(x) bariatric surgery unless the person has a body mass index

(i) of 40 or greater, or

(ii) of 35 or greater but less than 40, as well as obesity-related comorbid conditions;

(y) venipuncture for the purposes of the taking of blood when performed as a stand-alone procedure in a facility that is not an approved hospital facility.

85-65; 85-156; 86-94; 86-150; 86-155; 87-22; 87-148; 89-47; 90-83; 93-25; 93-91; 93-114; 93-103; 94-118; 96-111; 2003-51; 2006-66; 2009-38

v) l'inversion d'une ligature des trompes;

w) l'insémination intra-utérine;

x) la chirurgie bariatrique à moins que la personne ne présente un indice de masse corporelle

(i) égal ou supérieur à 40,

(ii) égal à 35 ou plus sans toutefois atteindre 40 et elle souffre de comorbidités médicales associées à l'obésité;

y) la ponction veineuse lorsqu'elle est effectuée aux fins d'un prélèvement sanguin et en tant que procédure unique dans un endroit autre qu'un établissement hospitalier agréé.

85-65; 85-156; 86-94; 86-150; 86-155; 87-22; 87-148; 89-47; 90-83; 93-25; 93-91; 93-114; 93-103; 94-118; 96-111; 2003-51; 2006-66; 2009-38

**SCHEDULE 3
AGREEMENT**

I, a duly registered medical practitioner/a duly registered oral and maxillofacial surgeon (strike out the inapplicable portion), apply to practise my profession in accordance with the *Medical Services Payment Act* and the regulations under that Act. In particular, I agree to accept payment by the Medicare Branch for any entitled service provided by me for which I submit an account to the Medicare Branch as payment in full for that service and I shall not make any further claim against any person with respect to that service.

(Where the participating medical practitioner or participating oral and maxillofacial surgeon is a corporation, this agreement must be signed by an authorized officer.)

86-150; 97-23; 2003-51

**ANNEXE 3
CONSENTEMENT**

Je soussigné(e), médecin dûment inscrit / chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial dûment inscrit (rayer la mention inutile), désire exercer ma profession conformément à la *Loi sur le paiement des services médicaux* et les règlements établis en vertu de cette loi. Je consens en particulier à accepter comme paiement intégral les honoraires versés par la Direction de l'assurance-maladie pour tout service assuré que j'ai fourni et pour lequel je présente une facture à la Direction de l'assurance-maladie, et à ne présenter à quiconque nulle autre facture relativement à ce service.

(Lorsque le médecin participant ou le chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial participant est une corporation, le présent consentement doit être signé par un agent autorisé.)

86-150; 97-23; 2003-51

SCHEDULE 4

98-52

1(1) The following services when rendered by a qualified dental practitioner in a hospital, if the condition of the patient is such that the services are medically required to be rendered in a hospital, shall be paid at the rate prescribed in section 22 of this Regulation for the unit values listed in this subsection as follows:

Surgical dental procedures	Units
Abscess of dental origin, incision and drainage. . .	38
Intraoral cysts	
Diameter up to 1.5 cm.	97
Diameter greater than 1.5 cm up to 2.5 cm. . . .	122
Diameter greater than 2.5 cm.	246
Intraoral biopsy	
Soft tissue.	31
Bone.	77
Benign intraoral tumours, excision	
Diameter up to 1 cm.	54
Diameter greater than 1 cm up to 2.5 cm.	109
Diameter greater than 2.5 cm.	214
Gingivoplasty	
First quadrant.	91
Each additional.	91
Sulcus deepening and ridge reconstruction	
First quadrant.	149
Additional quadrants: 50% of listed fee.	149
Antro-oral fistula, repair and closure.	231
Avulsion of nerve.	92
Incision	
Sialolithotomy, under general anaesthesia	
Simple.	46
Complicated.	139
Submandibular gland, excision.	185
Lacerations, facial and intraoral - total care	
First 5 cm in extent.	46
More than 5 cm up to 10 cm.	72
Complicated (add 5 units per cm)	
Sinusotomy for removal of foreign body.	92
Mandible - fractures	
Interdental and intermaxillary wiring.	154
Simple or compound, unilateral or bilateral, reduction and fixation.	269
Operative reduction and intermaxillary wiring.	357
Bilateral.	500
Skeletal pinning, circumferential wiring of mandible, wiring of Gunning splints or	

ANNEXE 4

98-52

1(1) Les services suivants, si l'état du malade exige qu'ils soient fournis dans un établissement hospitalier par un dentiste qualifié, sont payés au taux prescrit à l'article 22 du présent règlement selon les valeurs unitaires indiquées ci-dessous :

Actes de chirurgie dentaire	Unités
Abcès d'origine dentaire, incision et drainage. . . .	38
Kystes intrabuccaux	
Diamètre jusqu'à 1,5 cm.	97
Diamètre supérieur à 1,5 cm jusqu'à 2,5 cm. . . .	122
Diamètre supérieur à 2,5 cm.	246
Biopsie intrabuccale	
Tissu mou.	31
Osseuse.	77
Tumeurs intrabuccales bénignes, excision	
Diamètre jusqu'à 1 cm.	54
Diamètre supérieur à 1 cm jusqu'à 2,5 cm.	109
Diamètre supérieur à 2,5 cm.	214
Gingivoplastie	
Premier quadrant.	91
Chaque quadrant additionnel.	91
Creusage de la sulcature et reconstruction de la crête	
Premier quadrant.	149
Quadrants additionnels : 50% du tarif prévu. . . .	149
Fistule antrobucale, réparation et fermeture. . . .	231
Avulsion de nerf	92
Incision	
Sialolithotomie sous anesthésie générale	
Simple.	46
Complicquée.	139
Glande sous-mandibulaire, excision.	185
Lacérations faciales et intrabuccales - soins complets	
5 premiers cm d'étendue.	46
Plus de 5 cm jusqu'à 10 cm.	72
Complicquées (ajouter 5 unités par cm)	
Sinusotomie pour extraction de corps étranger. . . .	92
Fractures du maxillaire inférieur	
Embrochement interdentaire et intermaxillaire.	154
Réduction et immobilisation de fracture simple ou ouverte, unilatérale ou bilatérale.	269
Réduction chirurgicale et embrochement intermaxillaire.	357
Les deux côtés.	500
Enclouage squelettique, embrochement circulaire du maxillaire inférieur,	

dentures.	231	embrochement d'attelles ou prothèses dentaires de Gunning.	231
Removal of fracture fixation devices		Exérèse de dispositifs d'immobilisation de fractures	
Facial suspension.	100	Suspension faciale.	100
Intermaxillary.	38	Dispositif intermaxillaire.	38
Preauricular sinus simple.	77	Fistule préauriculaire simple.	77
Repair of palate fistula.	231	Réparation de fistule palatine.	231
Arthroscopy (+/- biopsy)		Arthroscopie (+/- biopsie)	
Diagnostic arthroscopy.	139	Arthroscopie diagnostique.	139
Plication of Meniscus.	204	Plicature du menisque.	204
Mandible - resection		Résection du maxillaire inférieur	
Prognathism and micrognathia - double resection mandible or maxilla - one or more stages.	616	Prognathie et micrognathie - double résection du maxillaire inférieur ou supérieur - en un ou plusieurs temps.	616
Tumours - enucleation, resection, partial resection of mandible.	231	Tumeurs - énucléation, résection, résection partielle du maxillaire inférieur.	231
With bone graft.	346	Avec greffe osseuse.	346
Hemimandibulectomy.	308	Hémimandibulectomie.	308
Bone graft to jaw or face		Greffe osseuse à la mâchoire ou à la face	
Autologous.	308	autologue.	308
Non-autologous.	231	non autologue.	231
Mandibular osteotomy (not payable in addition to prognathism or micrognathia).	308	Ostéotomie mandibulaire (non payable en plus de prognathie ou micrognathie).	308
Osteomyelitis of mandible - sequestrectomy only.	154	Ostéomyélite du maxillaire inférieur - simple séquestrectomie.	154
Exposure, excision of soft tissue, saucerization		Mise à nu, excision de tissus mous, saucérisation et séquestrectomie, incluant lambeau musculaire.	231
sequestrectomy, including muscle flap.	231	Plus greffe osseuse.	308
Plus bone graft.	308	Ostéotomie - os de la face (inapplicable aux fractures)	
Osteotomies - facial bones (not applicable to fractures)		Os malaire (maxillaire supérieur).	582
Malar (maxillary).	582	Ostéotomie et avancement de la partie inférieure du maxillaire supérieur (LeFort I,) incluant greffes osseuses.	582
Low maxillary osteotomy and advancement (LeFort I), including bone grafts.	582	Deux segments.	769
Two segments.	769	Trois segments ou plus.	910
Three or more segments.	910	Ostéotomie et avancement du maxillaire supérieur (LeFort II), incluant greffes osseuses.	910
Maxillary osteotomy and advancement (LeFort II), including bone grafts.	910	Avancement total du maxillaire supérieur (LeFort III), incluant greffes osseuses.	1219
Total maxillary advancement (LeFort III), including bone grafts.	1219	Articulation tempéromandibulaire - luxation, réduction	
Temporomandibular joint		fermée.	23
Dislocation - closed reduction.	23	Méniscectomie.	154
Meniscectomy.	154	Condylectomie ou arthroplastie.	231
Condylectomy or arthroplasty.	231	- avec immobilisation.	46
- add with fixation.	46	- avec prothèse.	448
- with prosthesis.	448	Fractures du maxillaire supérieur	
Maxilla - fractures		Fracture de LeFort I	
LeFort type I		Réduction et embrochement interdentaire incluant embrochement circulaire.	154
Reduction and dental wiring including circumferential wiring.	154	Immobilisation craniofaciale externe.	385
External craniofacial fixation.	385		

LeFort types II and III facial suspension.	385	Fracture de LeFort II et III - suspension faciale. . .	385
LeFort type III complicated, i.e. antral packing, suspension, etc..	462	Fracture de LeFort III compliquée, avec tamponnement antral, suspension, etc..	462
Malar fractures - simple elevation.	115	Fractures d'os malaire - élévation simple.	115
Operative reduction with pinning, interosseous or Kirshner wires.	231	Réduction chirurgicale avec enclouage, broches transosseuses ou de Kirschner.	231
Maxillo-orbital fractures - operative reduction with antrostomy and packing.	269	Fractures maxillo-orbitaires - réduction chirurgicale avec antrostomie et tamponnement.	269

1(2) The procedural fee includes all care within the post-operative period of forty-two days.

1(3) Prostheses used by a dental practitioner in the course of rendering an entitled service are to be billed to the hospital in which the service is provided.

99-29; 2003-51

Surgical assistance by a dentist on an entitled procedure performed by another dentist

2(1) Where the services of a dentist are necessary in addition to those of another dentist in connection with any of the procedures listed in subsection 1(1), such services will be treated as a surgical assistance.

2(2) The fee applicable to a surgical assistance by a dentist in connection with any of the major procedures listed in subsection 1(1) shall be thirty-three per cent of the fee for the procedure.

2(3) A dentist claiming a surgical assistance fee may not claim additional fees for services rendered to that patient during the specified postoperative period.

2003-51

Consultation

3 Where a consultation and report on a hospital inpatient is requested in writing by a medical practitioner, oral surgeon or an oral and maxillofacial surgeon, such consultation is payable, subject to the assessment rules of the agreement, at a fee of forty-five units.

96-111; 97-23; 98-52; 2003-51

SCHEDULE 5

Repealed: 93-103

84-78; 85-156; 86-155; 87-148; 88-31; 88-133; 89-8; 90-41; 93-103

1(2) Le tarif de l'acte englobe tous les soins fournis au cours de la période post-opératoire de quarante-deux jours.

1(3) Les prothèses employées par un dentiste au cours de la fourniture d'un service assuré doivent être facturées à l'hôpital où le service est fourni.

99-29; 2003-51

Assistance chirurgicale d'un dentiste lors d'un acte assuré accompli par un autre dentiste

2(1) Lorsque les services d'un dentiste sont nécessaires en plus de ceux d'un autre dentiste relativement à l'un des actes énumérés au paragraphe 1(1), ces services sont considérés au même titre que l'assistance chirurgicale.

2(2) Le tarif applicable à l'assistance chirurgicale d'un dentiste relativement à l'un des actes majeurs énumérés au paragraphe 1(1) est de trente-trois pour cent du tarif de l'acte.

2(3) Le dentiste qui pratique le tarif d'assistance chirurgicale ne peut faire intervenir des tarifs additionnels pour des services fournis à ce malade pendant la période post-opératoire déterminée.

2003-51

Consultation

3 Lorsqu'une consultation et un rapport sur un malade hospitalisé sont requis par écrit par un médecin, un chirurgien dentiste ou un chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial, le paiement de cette consultation peut être effectué sur la base de quarante-cinq unités, sous réserve des règles d'évaluation contenues dans la convention.

96-111; 97-23; 98-52; 2003-51

ANNEXE 5

Abrogé : 93-103

84-78; 85-156; 86-155; 87-148; 88-31; 88-133; 89-8; 90-41; 93-103

N.B. This Regulation is consolidated to March 25, 2011. **N.B.** Le présent règlement est refondu au 25 mars 2011.

QUEEN'S PRINTER FOR NEW BRUNSWICK © IMPRIMEUR DE LA REINE POUR LE NOUVEAU-BRUNSWICK
All rights reserved/Tous droits réservés