

**APPLICATION INTRODUCTION****TABLE OF CONTENTS**

| <b><u>SECTION</u></b> |                                | <b><u>PAGE</u></b> |
|-----------------------|--------------------------------|--------------------|
| 1.1                   | INTRODUCTION                   | 2                  |
| 1.2                   | REGISTRATION PROCEDURES        | 3                  |
| 1.3                   | SOFTWARE REQUIREMENTS          | 4                  |
| 1.4                   | HARDWARE REQUIREMENTS          | 5                  |
| 1.5                   | COMMUNICATION REQUIREMENTS     | 6                  |
| 1.6                   | PRACTITIONER RESPONSIBILITIES  | 7                  |
| 1.6.1                 | REGARDING CLAIMS AND DATA      | 7                  |
| 1.6.2                 | EQUIPMENT/SOFTWARE ACQUISITION | 9                  |
| 1.6.3                 | EQUIPMENT MAINTENANCE          | 10                 |
| 1.6.4                 | DATA INTEGRITY/BACKUPS         | 11                 |
| 1.7                   | DHW RESPONSIBILITIES           | 12                 |
| 1.7.1                 | USER SUPPORT                   | 12                 |
|                       | APPLICATION FORM               | 13                 |
|                       | TELETRANSMISSION AGREEMENT     | 14                 |

**INFORMATION SUR LA DEMANDE D'INSCRIPTION****TABLE DES MATIÈRES**

| <b><u>SECTION</u></b> |                                       |
|-----------------------|---------------------------------------|
| 1.1                   | INTRODUCTION                          |
| 1.2                   | FORMALITÉS D'ENREGISTREMENT           |
| 1.3                   | EXIGENCES EN MATIÈRE DE LOGICIELS     |
| 1.4                   | MATÉRIEL INFORMATIQUE REQUIS          |
| 1.5                   | EXIGENCES EN MATIÈRE DE COMMUNICATION |
| 1.6                   | RESPONSABILITÉ DES PRATICIENS         |
| 1.6.1                 | FACTURES ET DONNÉES                   |
| 1.6.2                 | ACHAT DU MATÉRIEL ET DU LOGICIEL      |
| 1.6.3                 | ENTRETIEN DU MATÉRIEL                 |
| 1.6.4                 | INTÉGRITÉ ET SAUVEGARDE DES DONNÉES   |
| 1.7                   | RESPONSABILITÉS DU MSME               |
| 1.7.1                 | AIDE À L'UTILISATEUR                  |
|                       | FORMULE D'INSCRIPTION                 |
|                       | ENTENTE DE TÉLÉTRANSMISSION           |

## 1.1 **INTRODUCTION**

For the purposes of this document, a practitioner is any licensed practitioner who is opted in to the Medicare program for the purpose of billing services provided to New Brunswick residents.

Practitioners wishing to submit claims to Medicare through teletransmission are required to make application to Medicare to obtain approval.

In order to obtain approval, the following must be submitted as a minimum:

1. Application forms for registration, outlining certain specific information about the practitioner's system.
2. Two signed "Medicare Teletransmission Agreement" forms wherein the practitioner agrees to specific requirements of the program.

The following sections provide the details and sample of the necessary forms required to accompany each registration application.

## 1.1 **INTRODUCTION**

Aux fins du présent document, "praticien" désigne tout praticien autorisé à exercer la médecine qui participe au régime d'Assurance-maladie en ce qui a trait à la facturation de services rendus à des résidents du Nouveau-Brunswick.

Les praticiens qui désirent présenter leurs factures à l'Assurance-maladie par télétransmission doivent en demander l'autorisation à l'Assurance-maladie.

Pour obtenir cette autorisation, ils doivent soumettre au moins les documents suivants :

1. Des formules d'inscription pour l'enregistrement donnant brièvement certains renseignements précis sur le système.
2. Deux "Entente de télétransmission" signées, dans lesquelles le praticien accepte de satisfaire aux conditions précises du programme.

Les sections suivantes fournissent les détails et offrent des modèles des formules qui devront accompagner chaque demande d'enregistrement.

## 1.2 **REGISTRATION PROCEDURES**

Application to register for the electronic billing service or to change a previously approved practitioner or account number is subject to approval and must be forwarded in writing to the Director of Medicare.

All practitioners must apply for approval by completing the appropriate application forms as provided by Medicare. In addition, each practitioner is responsible for forwarding a copy of their signed retention source document of their first batch of claims submitted to Medicare payment.

All participants using the teletransmission system services must agree to abide by the rules and standards set by Medicare. Further details on requirements are outlined in the following sections.

All inquiries regarding teletransmission of Medicare claims are to be directed to TELEMED help line at (506) 457-7209 or (506) 453-8380.

## 1.2 **FORMALITÉS D'ENREGISTREMENT**

Les demandes d'utilisation du service de facturation électronique ou de modification des numéros de médecin ou de compte déjà approuvés doivent être transmises par écrit au directeur de l'Assurance-maladie et doivent être autorisées par ce dernier.

Tous les praticiens doivent présenter leur demande en remplissant les formules de demande appropriées fournies par l'Assurance-maladie. En outre, chaque praticien est responsable de faire parvenir une copie signée des documents de validité originaux de leur premier lot de réclamation soumis à l'Assurance-maladie pour paiement.

Tous les praticiens participants qui utilisent les services de télétransmission doivent accepter de respecter les règles et les normes établies par l'Assurance-maladie. Pour de plus amples détails sur ces exigences, veuillez vous reporter aux sections suivantes.

Toutes les demandes de renseignements sur l'utilisation des télétransmissions peuvent se faire auprès du service d'aide de TELEMED au (506) 457-7209 ou (506) 453-8380.

### 1.3 **SOFTWARE REQUIREMENTS**

The practitioner has an option to choose:

Software for billing purposes only, provided at no charge by the Department of Health and Wellness (DHW); or,

Software marketed by many third party software companies which will include billing software and may include office automation software as well. This billing software must meet specifications outlined by Medicare. For further information on these specifications, contact TELEMED help line at (506) 457-7209 or (506) 453-8380.

The following list shows only the software requirements for the teletransmission system:

Billing software, either third party approved or that provided by the Department of Health and Wellness (DHW).

The PC operated by the practitioner will require MS or PC DOS, Version 3.0 or higher. It will be the responsibility of the practitioner to obtain the PC compatible Operating System software with the acquisition of their PC.

### 1.3 **EXIGENCES EN MATIÈRE DE LOGICIELS**

Le praticien peut choisir :

Un logiciel à des fins de facturation seulement (TELEMED), fourni sans frais par le ministère de la Santé et du Mieux-être (MSME); ou,

Un logiciel vendu par un tiers (n'importe quel fournisseur de logiciels) et pouvant comprendre des applications pour la facturation et pour la bureautique. Le logiciel de facturation doit répondre aux exigences de l'Assurance-maladie. Pour plus d'information au sujet de ces caractéristiques, communiquer avec le service d'aide de TELEMED au (506) 457-7209 ou (506) 453-8380.

La liste suivante indique les exigences en matière de logiciels qui ne s'appliquent qu'au système de télétransmission.

Logiciel de facturation, soit approuvé par un tiers, soit fourni par le ministère de la Santé et du Mieux-être (MSME).

L'ordinateur personnel utilisé par le praticien doit être doté du MS ou du PC DOS, version 3.0 ou plus récente. C'est le praticien qui a la responsabilité de se procurer le logiciel du système d'exploitation compatible avec l'ordinateur personnel au moment où il en fera l'acquisition.

#### 1.4 **HARDWARE REQUIREMENTS**

##### Minimal Configuration

Minimal configuration describes a system upon which Telemed for Windows will function. Minimal hardware requirements include the following:

- Pentium III (or compatible)
- 500 megahertz
- 64 MB of RAM
- Windows 2000 or Windows XP, Windows 98, Windows ME
- 56 K modem
- printer capable of printing in condense print
- display monitor capable of 800x600 resolution
- serial port for connection of modem (if external modem is used)
- enhanced keyboard
- access to a CD ROM drive (whether in the PC itself or accessible through a network)
- hard disk drive with at least 50 MB free space available
- analog line

Following is a list of modems that have been reported by various practitioners to have some problems in transmitting Telemed claims. Some of these modems may work, however they may take several attempts to work properly. Note that some modems may work differently or not at all with other hardware configurations. Also below is a list of modems that work fairly consistently.

##### **Modems that do not work properly with Telemed for Window:**

- US Robotics 56K Fax PCI (model 2977)
- US Robotics 56K Fax Ext. PnP
- US Robotics 33.6 Sportster Fax/Modem
- US Robotics 28800 Sportster Fax/Modem
- US Robotics 56K Voice PCI

##### **Modems that work consistently with Telemed for Window:**

- SmartLink 56K V90
- Ambient Ham Data/Fax Voice
- Sierra 28.8 PnP modem SQ-3485
- CannexAnt HCV V.90 56K Data/Fax PCI
- P.C. Tel Platinum V.90
- Lucent WinModem
- Creative Modem Blaster V.92 PCE D156

#### 1.4 **MATÉRIELS INFORMATIONS REQUIS**

##### Configuration minimale

La configuration minimale décrit le système sur lequel fonctionnera TELEMED pour Windows. Parmi les exigences minimales reliées au matériel, on retrouve les suivantes :

- Pentium III (ou compatible)
- 500 mégahertz
- mémoire de 64 méga-octets
- Windows 2000 ou Windows XP ou Windows98 ou WindowsME
- Modem 56 K
- imprimante capable de faire une impression condensée
- écran de visualisation (800 x 600)
- port série pour la connexion du modem (si un modem externe est utilisé)
- clavier enrichi
- accès à un lecteur de CD-ROM (soit à l'intérieur de l'ordinateur ou accessible au moyen d'un réseau)
- unité de disque dur d'au moins 50 méga-octets d'espace libre disponible
- une ligne de téléphone analogue

D'après certains praticiens, certain modems fonctionnent mieux que d'autre. Une liste indiquant ces modems suit. Toute fois, il n'est pas garanti que le modem réagira de la même façon sur chaque ordinateur.

##### **Modems qui fonctionnent mal avec Telemed pour Window:**

- US Robotics 56K Fax PCI (model 2977)
- US Robotics 56K Fax Ext. PnP
- US Robotics 33.6 Sportster Fax/Modem
- US Robotics 28800 Sportster Fax/Modem
- US Robotics 56K Voice PCI

##### **Modems qui fonctionnent bien avec Telemed pour Window:**

- SmartLink 56K V90
- Ambient Ham Data/Fax Voice
- Sierra 28.8 PnP modem SQ-3485
- CannexAnt HCV V.90 56K Data/Fax PCI
- P.C. Tel Platinum V.90
- Lucent WinModem
- Creative Modem Blaster V.92 PCE D156

## **1.5 COMMUNICATION REQUIREMENTS**

It is the responsibility of the user (practitioner) to order a data line from NBTel and to ensure that the line is in accordance with data transmission. Please note that Centrex or PBX multi set office systems are not acceptable for data transmission.

The data line is to be obtained and installed at the expense of the practitioner. The Department of Health and Wellness is not responsible for the installation or for the maintenance of the data lines required.

Any long distance charges will be the responsibility of the practitioner. Any charges related to either the installation or the subsequent teletransmission are the responsibility of the practitioner, not the Department of Health and Wellness.

## **1.5 EXIGENCES EN MATIÈRE DE COMMUNICATION**

L'utilisateur (praticien) a la responsabilité de commander de NBTel une ligne de transmission de données et de s'assurer que cette ligne convient pour la transmission des données. Veuillez prendre note que les systèmes de bureautique Centrex ou PBX multi set ne conviennent pas pour la transmission de données.

Le praticien doit assumer les frais d'achat et d'installation de la ligne de transmission de données. Le ministère de la Santé et du Mieux-être n'est pas responsable de l'installation ou de l'entretien des lignes de transmission de données requises.

Tous les frais d'interurbain sont assumés par le praticien. Tous les frais liés soit à l'installation, soit à la télétransmission ultérieure sont assumés par le praticien, non par le ministère de la Santé et du Mieux-être.

## 1.6 **PRACTITIONER RESPONSIBILITIES**

### 1.6.1 **REGARDING CLAIMS AND DATA**

1. Original signed retention documents must be retained by the practitioner for a minimum of seven (7) years in a manner which will permit examination of the documents by a person expressly authorized to do so by Medicare. Retention documents for all services performed must be completed in accordance with the *Medical Services Payment Act and Regulations*. A computer listing of submitted claims, formatted with headings and totals is an acceptable document for retention, provided each page is initialed and the final page dated and signed by the practitioner or his/her designate. The format of the retention document must be approved by Medicare prior to approval of the application. The billing software provided by the Department of Health and Wellness has built in functionality for this purpose.
2. The final responsibility for the validity and accuracy of all claims submissions to Medicare is with the practitioner. As part of this responsibility, the practitioner is required to sign original retention documents as described above, individually or in batch, upon final acceptance of claims transmitted to Medicare. These retention documents are referred to as Source Documents.
3. All claims submitted to Medicare must be supported by a retention document. Claims which have been paid and found unsupported by retention documentation may be subjected to recovery by Medicare.

## 1.6 **RESPONSABILITÉ DES PRATICIENS**

### 1.6.1 **FACTURES ET DONNÉES**

1. Les documents originaux de validité signés doivent être conservés par le praticien pendant un minimum de sept (7) ans d'une façon qui permettra à une personne expressément autorisée par l'Assurance-maladie d'examiner les documents. Les documents de validité relatifs à tous les services exécutés doivent être remplis conformément aux termes de la Loi sur le paiement des services médicaux et de son règlement d'application. Une liste informatisée des factures présentées, structurée avec en-têtes et totaux, constitue un document acceptable de validité, à condition que chaque page comprenne les initiales et que la dernière page soit datée et signée par le praticien ou la personne désignée. L'Assurance-maladie doit approuver la présentation demande d'enregistrement. Cette fonction est intégrée au logiciel de facturation fourni par le ministère de la Santé et du Mieux-être.
2. La responsabilité d'assurer la validité et l'exactitude de toutes les présentations de factures à l'Assurance-maladie incombe en dernier ressort au praticien. En assumant cette responsabilité, le praticien doit signer les documents de validité originaux (mentionnés ci-dessus) individuellement ou en lot, au moment de l'approbation finale des factures présentées à l'Assurance-maladie. Ces documents sont appelés documents source.
3. Toutes les factures présentées à l'Assurance-maladie doivent être justifiées par un document de validité. Les paiements de factures qui ne sont pas justifiées par un document de validité pourront être recouverts par l'Assurance-maladie.

4. When using teletransmission, the practitioner shall provide, on the original retention documentation, claim information as may be specified from time to time by Medicare. These retention documents must be made available to Medicare upon request. No listings should be sent to Medicare with submissions. They must be retained on the practitioner's premises.

5. All practitioners must review and sign a "Medicare Teletransmission Agreement".

If more than one practitioner is using the same computer facility, then all practitioners must sign the appropriate documents and abide by the conditions set forth.

6. When a practitioner intends to change billing or system operating procedures as detailed in the description submitted to Medicare, notice of the changes must be reported to Medicare for approval. Medicare reserves the right to retest data from a practitioner's system prior to re-issuing approval.

7. Each practitioner is responsible for retaining as confidential any password, security identification, or teletransmission identification that may provide access to teletransmission.

4. Lorsqu'il utilise la télétransmission, le praticien doit fournir sur les documents originaux de validité les renseignements sur la facture que l'Assurance-maladie pourrait exiger à sa discrétion. Ces documents de validité devront être mis à la disposition de l'Assurance-maladie sur demande. Aucune liste ne doit être envoyée à l'Assurance-maladie avec les présentations de factures. Ces listes doivent être conservées dans le cabinet du praticien.

5. Tous les praticiens doivent lire et signer une "Entente de télétransmission".

Si plusieurs praticiens utilisent le même ordinateur, tous les praticiens doivent signer les documents appropriés et se conformer aux règlements établis.

6. Tout praticien qui a l'intention de modifier le mode de facturation, ou les modalités d'exécution du système décrites en détail dans le document qu'il a présenté à l'Assurance-maladie, doit aviser l'Assurance-maladie de ces modifications et obtenir son autorisation. L'Assurance-maladie se réserve le droit de procéder à un nouvel essai des données à partir du système du praticien avant d'accorder son autorisation.

7. Le praticien a la responsabilité de garder confidentiel tout mot de passe, identification de sécurité ou identification de télétransmission qui lui donne accès à la télétransmission.

### **1.6.2 EQUIPMENT/SOFTWARE ACQUISITION**

It is the responsibility of the practitioner to obtain the computer equipment required to fit his/her needs. Medicare has established the minimum and recommended requirements for the hardware and software. It is the responsibility of the practitioner to arrange a purchase or lease agreement with his/her choice of vendor. This agreement should include the installation of all hardware and the assurance of proper operation of the computer, printer and modem.

It should be noted that the relationship between the practitioner and the third party computer equipment supplier is important not only at the time of the order, but also throughout the lifetime of the ownership.

The practitioner is responsible for the organizational workspace. A power bar (multiple outlet extension cord) is recommended for convenience. Necessary supplies such as continuous form paper and diskettes should be on hand prior to the first teletransmission of data.

### **1.6.2 ACHAT DU MATÉRIEL ET DU LOGICIEL**

Le praticien est responsable de l'achat du matériel adapté à ses besoins. L'Assurance-maladie a établi les exigences minimales recommandées pour le matériel et les exigences minimales recommandées pour le matériel et le logiciel. Le praticien doit prendre les dispositions pour le contrat d'achat ou de location avec le vendeur de son choix. Le contrat doit prévoir l'installation du matériel et les services visant à s'assurer du bon fonctionnement de l'ordinateur, de l'imprimante et du modem.

Il est à noter que la relation entre le praticien et le tiers fournisseur de matériel informatique est importante non seulement au moment de la commande, mais aussi pendant toute la durée de la propriété.

Le praticien est responsable de l'aménagement de la zone de travail. Une barre d'alimentation (fil de rallonge à prises multiples) est recommandée par souci de commodité. Les fournitures nécessaires, comme le papier en continu et les disquettes, devraient être à portée de la main avant la première séance de télétransmission de données.

### **1.6.3 EQUIPMENT MAINTENANCE**

Maintenance is the responsibility of the practitioner. The decision whether to purchase a hardware maintenance contract is entirely up to the third party supplier and the practitioner.

The relationship between equipment vendor and the practitioner will be of prime importance. Each manufacturer will provide a limited amount of documentation regarding recommended procedures and practices. These should be adhered to. A clean dedicated space should be available. It is important that dust or cigarette ashes are kept away from the computer equipment. Under normal circumstances, special air conditioning should not be required.

### **1.6.3 ENTRETIEN DU MATÉRIEL**

L'entretien est la responsabilité du praticien. La décision d'acheter un contrat d'entretien du matériel relève entièrement du tiers fournisseur et du praticien.

La relation entre le vendeur de matériel et le praticien est d'une importance primordiale. Chaque fabricant fournira une certaine quantité de documentation relative aux méthodes et procédés recommandés. Il faudra se conformer à ces derniers. Un endroit propre et adapté au matériel doit être disponible. Il est important de protéger le matériel informatique contre la poussière et la fumée de cigarette. Dans des circonstances normales, un système de climatisation spécial ne devrait pas être nécessaire.

#### 1.6.4 DATA INTEGRITY/BACKUPS

It is the responsibility of the practitioner to perform back-ups of his/her data using conventional methods as outlined in the operating system documentation. Medicare may have suggestions regarding the frequency of back-ups, etc.

The capability to perform back-ups should not require any special software but should be a normal part of the operating system. Off-site storage is recommended as per normal procedures.

**The first line of communication in the case of hardware or equipment usage problems should be with the vendor.** Medicare is not responsible for hardware or equipment usage problems encountered at the user site, unless it is a specific result of the billing software provided by the Department of Health and Wellness.

#### 1.6.4 INTÉGRITÉ ET SAUVEGARDE DES DONNÉES

Le praticien a la responsabilité de sauvegarder ses données au moyen des méthodes habituelles expliquées dans la documentation qui accompagne le système d'exploitation. L'Assurance-maladie peut avoir des suggestions quant à la fréquence des sauvegardes, etc.

La fonction de sauvegarde ne devrait pas exiger de logiciel spécial, mais devrait faire partie intégrante du système d'exploitation. Les méthodes habituelles recommandent de ranger les copies de sauvegarde à l'extérieur de la zone de travail.

**Le premier endroit où s'adresser en cas de problèmes de matériel ou d'équipement doit être le vendeur.** L'Assurance-maladie n'est pas responsable des problèmes de matériel ou d'équipement de l'utilisateur, à moins qu'ils ne soient directement attribuables au logiciel de facturation fourni par le ministère de la Santé et du Bien-être.

**1.7 DEPARTMENT OF HEALTH AND WELLNESS RESPONSIBILITIES**

**1.7.1 USER SUPPORT**

**For user of third party software:**

Medicare assistance will normally be limited to problems related to the transmittal of data.

Medicare will not assist users in the development and testing of their computer system software with the exception of providing a limited test capability to ensure data formats are correct. It is up to the user and/or his/her supplier to adequately test the programs to ensure they meet Medicare specifications.

Medicare will not provide assistance or training to the user's office staff in the user of the system.

**For users of billing software (TELEMED) supplied by the Department of Health and Wellness:**

Medicare will be responsible for provision of program diskettes and user documentation including a tutorial as an aid in training office staff. Installation and training will be the responsibility of the practitioner.

Medicare will be responsible for the set up and day to day operation of a "HELPLINE". Every effort will be made to resolve problems and answer questions as quickly as possible.

Medicare will provide the services of a software support person. They will be assigned to the TELEMED System, and will interface with the HELPLINE to resolve any problems that are caused by the TELEMED software.

**1.7 RESPONSABILITÉS DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET MIEUX ÊTRE**

**1.7.1 AIDE À L'UTILISATEUR**

**Pour les utilisateurs de logiciel de tiers :**

L'aide de l'Assurance-maladie se limitera habituellement aux problèmes liés à la transmission de données.

L'Assurance-maladie n'aidera pas les utilisateurs en ce qui a trait à la mise au point et à l'essai de leur logiciel, sauf pour effectuer des essais visant strictement à s'assurer que la présentation des données est adéquate. Il incombe à l'utilisateur et à son fournisseur de mettre les programmes à l'essai pour veiller à ce qu'ils soient conformes aux exigences de l'Assurance-maladie.

L'Assurance-maladie ne fournira pas d'aide ou de formation au personnel de bureau de l'utilisateur relativement à l'utilisation du système.

**Pour les utilisateurs du logiciel de facturation (TELEMED) fourni par le ministère de la Santé et du Mieux-être :**

L'Assurance-maladie sera responsable de la provision des disquettes programmes et de la documentation d'utilisateur y compris un guide de formation comme une aide pour la formation du personnel de bureau. L'installation et la formation sont la responsabilité du praticien.

L'Assurance-maladie sera responsable de l'installation et du fonctionnement quotidien de "HELPLINE" (ligne d'aide). Tous les efforts seront fournis pour résoudre les problèmes et répondre aux questions le plus rapidement possible.

L'Assurance-maladie fournira les services d'une personne-ressource en matière de logiciels. Cette dernière sera affectée au système TELEMED et sera reliée à la ligne d'aide pour résoudre les problèmes causés par le logiciel TELEMED.

TELETRANSMISSION APPLICATION FORM  
FORMULE D'INSCRIPTION AU SERVICE DE TÉLÉTRANSMISSION

**DO NOT USE THIS APPLICATION FORM – USE THE ONE FROM FORM  
MANAGEMENT (form # 35-5163)**

PRACTITIONER NAME & NO. \_\_\_\_\_  
NOM & NO. DU PRATICIEN \_\_\_\_\_

ADDRESS \_\_\_\_\_  
ADRESSE \_\_\_\_\_

CITY OR VILLAGE \_\_\_\_\_ POSTAL CODE \_\_\_\_\_  
VILLE OU VILLAGE \_\_\_\_\_ CODE POSTAL \_\_\_\_\_

PHONE NUMBER/NO. DE TÉLÉPHONE \_\_\_\_\_ (other/autre) \_\_\_\_\_

1. TYPE OF PRACTICE (Check one)

GENRE DE PRATIQUE (Cochez une boîte)  Established/Pratique établie  Locum Tenens

If locum tenens, please specify if billing will be done by the office of the practitioner(s) you are replacing. If so give the name of the first practitioner you will be replacing and refer only to No. 5 & 6. \_\_\_\_\_

En cas de remplacement (locum tenens), veuillez indiquer si la facturation sera effectuée par le bureau du/des praticien(s) que vous remplacez. Si oui, veuillez indiquer le nom du premier praticien que vous remplacez et référer seulement au No 5 & 6. \_\_\_\_\_

If you are establishing a practice in NB, please complete No. 2, 3, 4 & 5.  
Si vous établissez une pratique au N.-B., veuillez compléter No 2, 3, 4 & 5.

2. COMPUTER/ORDINATEUR

Make & model/Marque & Modèle \_\_\_\_\_

3. BILLING SOFTWARE/LOGICIEL DE FACTURATION

Name/Nom (Check one) Telemed \_\_\_\_\_ Other \_\_\_\_\_ (please specify)  
(Cochez une boîte) Telemed \_\_\_\_\_ Autre \_\_\_\_\_ (s.v.p spécifier) \_\_\_\_\_  
Supplier/Fournisseur \_\_\_\_\_

4. MODEM (1200 BPS, 212a Compatible)

Make & Model/Marque & Modèle \_\_\_\_\_  
Speed/Vitesse \_\_\_\_\_

5. ADDITIONAL DOCUMENTS/DOCUMENTS ADDITIONNELS

Practitioners are responsible for forwarding a copy of their signed retention source documents of their first batch of claims submitted for Medicare Payment, as specified in section 1.2 Registration Procedures.

Les praticiens sont responsables de faire parvenir une copie signée des documents de validité originaux de leur premier lot de réclamation soumis à l'Assurance-maladie pour paiement, tel que précisé à la section 1.2 des conditions relatives à l'inscription.

6. COMMUNICATION TIME/HEURE DE COMMUNICATION

Transmission is available 24 hours a day 7 days a week.  
La télétransmission est disponible 24 heures par jour 7 jours par semaine.

I, duly registered practitioner, make application to utilize the Teletransmission Claim Submission services with the full understanding of the Regulations under the Medical Services Act and agreement with the terms and conditions of Teletransmission Agreement.

Je, soussigné praticien dûment inscrit, fais application pour utiliser le service de télétransmission pour la soumission de factures. Je comprends les règlements de la Loi sur le Paiement des services médicaux et j'accepte les dispositions et clauses de l'Entente de télétransmission.

\_\_\_\_\_  
PRACTITIONER SIGNATURE/SIGNATURE DU PRATICIEN DATE

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

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

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

The PRACTITIONER and MEDICARE agree as follows:

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

Entente signée le \_\_\_\_\_

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

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

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

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

**SAMPLE FORM ONLY**

5. The practitioner shall maintain the original retention documentation in a form approved by Medicare and obtain approval before introducing any changes.
6. The practitioner or his/her designate shall initial each page and sign the final page of the original retention document relating to a claim or claims submitted to Medicare.
7. The practitioner shall permit Medicare, or its authorized representatives or agents, to:
  - a) examine and audit any books, accounts, or records (other than patient records), maintained by the practitioner, wherever such records may be held, respecting the practitioner's claims for services made to, or payments received from, Medicare; and
  - b) take extracts from or make copies of all or any part of those books, accounts, or records referred to in subparagraph (a).
8. The practitioner agrees to forward original signed retention documents to Medicare within ten days of a request for such documents.
9. The practitioner shall be responsible for the costs of submitting claims to Medicare.
10. The practitioner shall be responsible for all costs relating to leasing, renting, or purchasing any equipment, software, services or communications which enable the practitioner to meet the requirements of Medicare for the submission of claims through Teletransmission.

**ÉCHANTILLON SEULEMENT**

5. Le praticien doit conserver les documents de validité originaux selon une méthode approuvée par l'Assurance-maladie et doit obtenir l'autorisation avant d'introduire des changements.
6. Le praticien ou son/sa désigné(e) doit apposer ses initiales sur chaque page et signer la page finale des documents de validité originaux relatif à une facture ou à des factures présentée(s) à l'Assurance-maladie.
7. Le praticien doit permettre à l'Assurance-maladie ou à ses représentants ou agents autorisés :
  - a) d'examiner et de vérifier tous livres, comptes ou dossiers (sauf les dossiers des patients) tenus par lui, relativement aux factures présentées par celui-ci à l'Assurance-maladie ou aux factures dont il a reçu paiement de l'Assurance-maladie, où que ces dossiers soient conservés; et
  - b) de prélever des extraits ou de faire des copies des livres, comptes ou dossiers mentionnés au sous alinéa (a), en tout ou en partie;
8. Le praticien convient d'envoyer à l'Assurance-maladie les documents de validité originaux signés et ce, dans les 10 jours suivant la date à laquelle une demande à cette fin a été effectuée.
9. Le praticien doit assumer les frais encourus pour la présentation des factures à l'Assurance-maladie.
10. Le praticien doit prendre à sa charge tous les frais associés à la location ou à l'achat de l'équipement, du logiciel, des services ou des communications lui permettant de satisfaire aux exigences de l'Assurance-maladie relatives à la présentation des factures par télétransmission.

**SAMPLE FORM ONLY**

11. The practitioner shall maintain conformity of any system hardware, software or procedures to Teletransmission specifications which may be amended from time to time.
12. The practitioner shall be responsible for retaining as confidential any password and telephone number that provides access to Teletransmission.
13. The practitioner shall advise Medicare of any changes to the hardware or software for claim submission through Teletransmission.
14. Medicare shall not be responsible for any breach of security to the practitioner's computer system, or any loss which the practitioner may incur as a consequence of such a breach of security.
15. Medicare shall not be responsible for the loss of any claims submitted by a practitioner through Teletransmission.
16. The practitioner shall not allow duplication of any software provided by the Department of Health and Wellness to a third party.

**ÉCHANTILLON SEULEMENT**

11. Le praticien doit faire en sorte que l'équipement, les logiciels et ou les modalités ayant trait au système demeurent conformes aux spécifications contenues dans le manuel de télétransmission, spécifications qui peuvent être modifiées à l'occasion.
12. Le praticien a la responsabilité de garder confidentiel tout mot de passe et numéro de téléphone qui lui donne accès à la télétransmission.
13. Le praticien doit aussi aviser l'Assurance-maladie de toute autres changements à l'équipement ou au logiciel relatifs à la soumission des factures par télétransmission.
14. L'Assurance-maladie n'est pas responsable des effractions contre la sécurité du système informatique du praticien ou de toute perte encourue par le praticien à la suite d'une telle effraction contre la sécurité.
15. L'Assurance-maladie n'est pas responsable de la perte de toutes factures présentées par un praticien par télétransmission.
16. Le praticien ne doit pas permettre la duplication de logiciel donnée par le Ministère de la Santé et du Mieux-être à un tiers.

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

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

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

\_\_\_\_\_  
DATE

\_\_\_\_\_  
WITNESS  
TÉMOIN

\_\_\_\_\_  
DATE

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

\_\_\_\_\_  
WITNESS  
TÉMOIN

\_\_\_\_\_  
DATE