

**Medicare Practitioner Registration Form**

P.O. Box 5100 Fredericton, N.B. E3B 5G8

**Health and Wellness  
Santé et Mieux-être****Formulaire d'inscription des praticiens à l'Assurance-maladie**

C.P. 5100 Fredericton (N.-B.) E3B 5G8

 Medical Practitioner / Médecin
  Oral and maxillofacial surgeon / Chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial

Family Name/Nom de famille	Given Name(s)/Prénom(s)	Telephone/ Téléphone	Office/Bureau	Other/Autre
Mailing address for Medicare purposes/Adresse postale aux fins de l'Assurance-maladie		Fax/Télécopieur	E-Mail/Courriel	
			Postal Code postal	
Actual Practice Address/Adresse actuelle de l'exercice de la profession				

1) Have you practiced in New Brunswick previously?/Avez-vous déjà exercé au Nouveau-Brunswick?

When?/  
Quand? \_\_\_\_\_

2) If no, will you be replacing practitioners on a temporary basis only (locum tenens)? If so, please give the exact period(s) and the name(s) of the practitioner(s) you will be replacing, if applicable./  
Si non, remplacez-vous un praticien pour une période prédéterminée seulement (locum tenens)? Si oui, veuillez indiquer la durée exacte de votre séjour et le nom du praticien que vous remplacez.

If replacing one or more practitioner(s), please complete/En cas de remplacement d'un praticien ou plus, veuillez remplir

	Name/Nom	Effective/En vigueur	
		From/Du	To/Au
1.			
2.			

Main activity (select one)/Activité principale (cochez une réponse)

Private practice/Cabinet privé  Clinic (other than after hours)/Clinique (autre qu'après les heures normales d'ouverture)

Community Health Centre/Centre de santé communautaire

Emergency Room/Salle d'urgence  Other (please specify)/Autre (veuillez préciser) :

**PARTICIPATING PRACTITIONER'S AGREEMENT**

If you wish to become a participating practitioner under Medicare, please sign below.

I, a duly registered medical practitioner / a duly registered oral and maxillofacial surgeon, 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 will 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.

**ACCORD DU PRATICIEN PARTICIPANT**

Si vous désirez participer au régime d'Assurance-maladie, veuillez signer la déclaration suivante.

Je soussigné(e), praticien dûment inscrit / chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial dûment inscrit, 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 règlement intégral les honoraires versés par la direction de l'Assurance-maladie pour tout service assuré que je dispenserai et pour lequel je présenterai une facture à la direction de l'Assurance-maladie et à ne présenter à quiconque nulle autre facture relativement à ce service.

Signature of practitioner/  
Signature du praticien \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_