

eRéclamations  
Réclamez & recevez



# Manuel d'utilisation

Janvier 2020



## Avis de propriété intellectuelle

© 2006-2019 TELUS Solutions en santé Inc.

Tous droits réservés. L'information fournie dans le présent document est exclusive et confidentielle. Aucune partie du document ne peut être distribuée, reproduite, enregistrée dans un système de stockage d'informations ni transmise sous quelque forme et par quelque moyen que ce soit (par voie électronique, mécanique, y compris l'enregistrement ou autrement) sans l'autorisation écrite formelle de TELUS Solutions en santé Inc.

Microsoft et Windows sont des marques de commerce déposées de Microsoft Corporation. Toutes les autres marques de produits ou de services dont il est fait mention dans le présent document sont des marques de commerce ou des marques déposées de leurs propriétaires respectifs.

---

## Clause de non-responsabilité

Le présent document, ainsi que le logiciel qui y est décrit, est fourni sous licence et ne peut être utilisé ou reproduit que conformément aux termes de cette licence. TELUS Solutions en santé Inc. ne fait aucune déclaration et ne donne aucune garantie explicite ou implicite quant au contenu du document, et décline toute responsabilité concernant des dommages éventuels qui pourraient découler d'une mauvaise utilisation du logiciel ou du non-respect des procédures et du mode d'utilisation énoncés aux présentes.

En outre, TELUS Solutions en santé Inc. se réserve le droit de modifier le logiciel ainsi qu'une partie ou la totalité du présent document en tout temps et sans aucun préavis.

---

## Modifications

L'information contenue dans le présent document peut être modifiée sans préavis et ne représente aucun engagement de la part de TELUS Solutions en santé Inc. Le présent document peut être mis à jour, au besoin, afin de refléter la configuration la plus récente du logiciel, des procédures et du mode d'utilisation. Ces mises à jour peuvent découler de l'amélioration de la conception ou des requêtes des clients.

Advenant que ces changements aient une incidence sur la performance et l'utilisation du logiciel, les mesures nécessaires seront prises pour informer les utilisateurs de ces changements dans les plus brefs délais.

## Avant-propos

### Bienvenue dans le système du Portail des fournisseurs de soins de santé

Bienvenue sur le Portail des fournisseurs de TELUS Santé, un outil qui vous permet de créer et de soumettre en ligne, de façon sécuritaire, des demandes de règlement de soins de santé complémentaires pour le compte de vos patients. Il permet également d'afficher et de gérer les résultats des demandes de règlement soumissionnées.

## À propos de ce manuel

Les renseignements contenus dans le présent manuel vous permettront de démarrer le système et d'apprendre comment l'utiliser. À l'aide de votre ordinateur, de l'Internet et de votre souris, vous pouvez soumettre, afficher et annuler les demandes de paiement ou de plans de traitement de soins de santé complémentaires. Les illustrations de menus et les boîtes de dialogue fournies vous faciliteront la tâche.

Le présent manuel comprend les chapitres suivants :

Chapitre 1	Aperçu
Chapitre 2	Point de départ
Chapitre 3	Soumission de demandes de règlement en ligne via eRéclamations
Chapitre 4	Interprétation de la réponse de la compagnie d'assurance
Chapitre 5	Affichage de l'historique des transactions
Chapitre 6	Annulation d'une demande lorsqu'une réponse a été obtenue
Chapitre 7	Formulaires d'autorisation
Chapitre 8	Gestion des mots de passe
Chapitre 9	Coordonnées bancaires et d'adresse courriel
Chapitre 10	Erreur d'application
Chapitre 11	Glossaire
Chapitres 12	Coordination des prestations – détermination de la priorité de couverture

## Utilisation du système

Ce manuel présente des instructions étape par étape pour vous aider à démarrer, ainsi que les menus et une description des commandes contenues dans les menus déroulants. Une fois que vous serez à l'aise, vous n'en aurez probablement besoin que pour une aide supplémentaire ou pour vous rappeler les détails d'une tâche que vous n'avez pas effectuée depuis un certain temps. Les tâches courantes, telles que le lancement de l'application et l'exécution des fonctions de base, sont présentées au chapitre *Point de départ*.

## À qui s'adresse ce manuel

Il vise principalement les fournisseurs inscrits à eRéclamations, le programme de demandes de règlement en ligne de TELUS Santé et leur personnel.

Ce manuel présume que les personnes qui le consulteront ont, à tout le moins, une connaissance de base de l'utilisation et du vocabulaire de Windows. Les fonctions les plus courantes de Windows que nous utiliserons sont décrites dans le chapitre *Point de départ* du présent manuel. Si vous avez besoin d'information supplémentaire sur l'utilisation de Windows, consultez la documentation pour ce logiciel.

## Utilisation efficace de ce manuel

Votre manuel d'utilisation constitue un outil efficace et fort utile, qui contient des réponses à une foule de questions ainsi que des renseignements pertinents qui vous aideront à tirer le maximum du système.

## Conventions utilisées dans le document

Les conventions textuelles suivantes seront utilisées dans tout le manuel.

Convention	Description
<b>Page</b>	Les éléments présentés en caractères gras violet foncé indiquent une page.
<b>[Onglet]</b>	Les éléments présentés en caractères gras violet foncé entre crochets indiquent un onglet de l'application qui ressemble à ce qui suit : 
<b>Champ</b>	Les éléments présentés en caractères gras noirs indiquent le libellé d'un champ comme celui-ci : 
<b>Valeur du champ</b>	Les éléments présentés en caractères gras bleu foncé indiquent une valeur de champ possible lorsqu'un champ permet à l'utilisateur de choisir une valeur.
<b>Bouton</b>	Les éléments surlignés en gris pâle et présentés en caractères noirs indiquent un bouton et son libellé.

Les pictogrammes suivants seront utilisés dans tout le manuel.



*Une mise en garde vous informe d'un danger potentiel et vous permet d'éviter les problèmes.*



*Une remarque offre des renseignements utiles à propos du sujet dont il est question.*

## Table des matières

<b>Avant-propos .....</b>	<b>2</b>
<b>1 Aperçu .....</b>	<b>8</b>
1.1 Fonctionnalités de l'application eRéclamations.....	8
1.2 Utilisateurs .....	8
<b>2 Point de départ .....</b>	<b>9</b>
2.1 Accès à l'application eRéclamations .....	9
2.2 Obtenir de l'aide pour ouvrir une session.....	12
2.2.1 Récupérer votre nom d'utilisateur .....	12
2.2.2 Réinitialiser votre mot de passe .....	14
2.3 Comment naviguer dans le système du Portail des fournisseurs .....	16
2.3.1 À propos des barres de navigation.....	16
2.3.2 Commandes de la barre de navigation du Portail des fournisseurs.....	16
2.4 Comment naviguer dans l'application eRéclamations .....	17
2.4.1 À propos des onglets de navigation .....	17
2.4.2 Onglets de navigation de l'application eRéclamations .....	17
2.5 Conseils généraux.....	18
2.5.1 Utilisation de la souris.....	18
2.5.2 Pagination.....	18
2.5.3 Boutons de commande.....	18
2.5.4 Saisie et suppression de données .....	19
2.5.5 Tri des listes.....	20
2.5.6 Hyperliens.....	20
2.5.7 Utilisation de l'outil Calendrier .....	21
2.5.8 Les icônes d'aide.....	22
2.5.9 Réduction, redimensionnement et fermeture d'une fenêtre d'application .....	22
2.5.10 Comment effectuer une capture d'écran .....	22
2.6 Configuration requise pour utiliser le Portail des fournisseurs .....	24
2.7 Fonctions de sécurité du Portail des fournisseurs de soins de santé .....	26
2.8 Fermeture de l'application eRéclamations .....	27
<b>3 Soumission de demandes de règlement via eRéclamations .....</b>	<b>28</b>
3.1 Soumission d'une demande de règlement.....	28
3.2 Étape 1 – Commencer la demande.....	29
3.3 Étape 2 – Saisir les détails sur la couverture du patient et de la demande .....	31
3.3.1 Renseignements sur le fournisseur .....	31
3.3.2 Renseignements sur le patient.....	32
3.3.3 Renseignements sur la couverture primaire.....	34
3.3.4 Renseignements sur la deuxième couverture .....	37

3.3.5	Renseignements supplémentaires concernant la demande .....	38
3.3.6	Lignes de la demande .....	41
3.3.7	Utiliser la fonction de recherche de code de service .....	44
3.3.8	Ajout de lignes de la demande .....	47
3.3.9	Suppression de lignes de la demande .....	48
3.4	Étape 3 – Réviser et soumettre .....	49
3.5	Impression et enregistrement de la réponse de la compagnie d'assurance .....	51
3.6	Enregistrement d'une demande de règlement incomplète .....	54
3.7	Création d'une demande de règlement pour un autre membre de la même famille .....	56
3.8	Soumission d'une demande de plan de traitement .....	57
3.8.1	Plan de traitement – Renseignements supplémentaires concernant la demande .....	59
3.8.2	Plan de traitement – Lignes de la demande .....	62
<b>4</b>	<b>Interprétation de la réponse de la compagnie d'assurance .....</b>	<b>63</b>
4.1	Réponse relative au Rapport d'indemnités .....	63
4.1.1	Section supérieure de la réponse affichée relative au Rapport d'indemnités .....	65
4.1.2	Section supérieure de la réponse imprimée relative au Rapport d'indemnités .....	68
4.1.3	Affichage des Détails de la demande de prestations .....	69
4.1.4	Détails de la demande de prestations imprimés .....	71
4.2	Accusé de réception d'une demande de règlement .....	72
4.2.1	Accusé de réception d'une demande de règlement .....	72
4.2.2	Accusé de réception d'une demande de règlement imprimé .....	74
4.3	Réponse relative au Détail des prestations d'un plan de traitement .....	75
4.3.1	Détail des prestations d'un plan de traitement affiché .....	76
4.3.2	Détail des prestations d'un plan de traitement imprimé .....	77
4.4	Autres réponses possibles .....	80
4.4.1	Problème rencontré .....	80
4.4.2	Erreur de connexion .....	81
4.4.3	Message d'erreur concernant une panne du système .....	82
4.4.4	Accusé de réception d'un plan de traitement .....	82
4.4.5	Remplacement de code .....	82
4.4.6	Avis de refus d'une demande de règlement .....	83
<b>5</b>	<b>Affichage de l'historique des transactions .....</b>	<b>85</b>
5.1	Transactions actuelles .....	85
5.1.1	Recherche de transactions .....	86
5.1.2	Tri des résultats de recherche .....	89
5.1.3	Affichage des renseignements soumis .....	90
5.1.4	Affichage de la réponse générée .....	90
5.1.5	Création d'une demande de paiement en fonction d'un plan de traitement .....	91
5.1.6	Nouvelle soumission d'une transaction expirée .....	92
5.1.7	Finalisation d'une demande enregistrée .....	93
5.1.8	Resoumettre une réponse concernant un problème rencontré .....	94

---

5.1.9	Option d'annulation.....	94
5.2	Transactions antérieures.....	95
5.2.1	Recherche et téléchargement de transactions antérieures.....	95
5.2.2	Données pouvant être téléchargées.....	101
5.2.3	Tri des résultats de recherche.....	101
<b>6</b>	<b>Annulation d'une demande lorsqu'une réponse a été obtenue.....</b>	<b>103</b>
6.1.1	Annulation d'une transaction.....	103
6.1.2	Et si la transaction que je souhaite annuler n'a pas été effectuée aujourd'hui?.....	106
<b>7</b>	<b>Formulaires d'autorisation.....</b>	<b>107</b>
7.1.1	Formulaires de consentement.....	107
<b>8</b>	<b>Gestion des mots de passe.....</b>	<b>109</b>
<b>9</b>	<b>Coordonnées bancaires et adresse courriel.....</b>	<b>111</b>
<b>10</b>	<b>Erreur d'application.....</b>	<b>112</b>
<b>11</b>	<b>Glossaire.....</b>	<b>113</b>
<b>12</b>	<b>Coordination des prestations – détermination de la priorité de couverture.....</b>	<b>115</b>

# 1 Aperçu

Le Portail des fournisseurs de TELUS Santé a été créé pour permettre aux fournisseurs de soumettre par voie électronique des demandes de règlement de soins de santé complémentaires de leurs patients à leur compagnie d'assurance, laquelle pourra ensuite répondre en temps réel. Les fournisseurs pourront également afficher, imprimer ou enregistrer la réponse de l'assureur à tout moment pendant la journée où la demande a été soumise. Ils auront également accès à un affichage limité comprenant une transaction soumise pendant le même mois et au cours du mois précédent.

## Qui devrait lire ce chapitre?

Tous les utilisateurs ayant accès à la section eRéclamations du Portail des fournisseurs de TELUS Santé devraient lire ce chapitre pour se familiariser avec les fonctions de l'application de soumission de soins de santé complémentaires qu'ils pourront utiliser.

## 1.1 Fonctionnalités de l'application eRéclamations

Le Portail des fournisseurs de TELUS Santé permet aux utilisateurs ayant accès à l'application eRéclamations d'effectuer différentes actions correspondant aux processus opérationnels fondamentaux correspondant aux demandes de règlement en ligne :

- Soumettre une demande de règlement
- Soumettre une demande de plan de traitement
- Imprimer ou enregistrer une copie électronique de la réponse de la compagnie d'assurance
- Afficher les transactions du jour
- Afficher les transactions du mois courant et du mois précédent
- Annuler une demande de règlement
- Imprimer des formulaires de consentement vides

## 1.2 Utilisateurs

Les utilisateurs de l'application eRéclamations sont des fournisseurs inscrits au programme eRéclamations et leurs délégués désignés. Le délégué peut être un membre du personnel administratif, le ou la réceptionniste ou toute autre personne autorisée employée par le fournisseur.

## 2 Point de départ

Bienvenue dans l'application eRéclamations, l'application permettant de gérer les demandes de règlements en ligne de vos patients. Cette interface Web permet de passer rapidement d'un onglet à l'autre en un clic de souris et d'accéder facilement aux onglets dans lesquels soumettre des demandes, d'imprimer ou enregistrer les réponses de la compagnie d'assurance, d'afficher les transactions actuelles ou antérieures, et d'imprimer des formulaires de consentement.

Dans le présent chapitre, vous apprendrez comment démarrer le système rapidement. Les renseignements fournis comprennent la procédure d'ouverture de session, la description des barres de navigation et leur utilisation. Les détails concernant la configuration matérielle et logicielle requise sont également inclus.

### Qui devrait lire ce chapitre?

Tous les utilisateurs de l'application eRéclamations devraient lire ce chapitre pour se familiariser avec les renseignements de base concernant son utilisation et sa navigation.

### 2.1 Accès à l'application eRéclamations

Les utilisateurs peuvent accéder à eRéclamations en ouvrant une session dans le Portail des fournisseurs. La fonction de connexion doit être utilisée lorsque vous voulez accéder au portail.

Pour ouvrir une session :

1. Du bureau, ouvrez le navigateur Internet (p. ex., Internet Explorer).
2. Dans la zone d'adresse, saisissez <https://servicesenligneauxfournisseurs.telussante.com> puis appuyez sur la touche <Entrée>.

Le système affiche la fenêtre de connexion.



## Se connecter

Nom d'utilisateur \*

Nom d'utilisateur assigné par TELUS Santé

Mot de passe \*

Se connecter

## Inscrivez-vous à nos services

Facturez directement les assureurs participants offrant une couverture privée à 85 % des Canadiens admissibles au nom de vos patients pour leur simplifier la vie.  
M'inscrire au service eRéclamations >

Bonifiez le service offert aux accidentés du travail ontariens en simplifiant la communication avec la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (WSIB).  
M'inscrire à la WSIB >

Envoyez des demandes de règlement papier et recevez vos paiements par dépôt direct des assureurs participants.  
M'inscrire au dépôt direct >

Aucun chèque. Aucun formulaire. Aucun timbre. Le paiement des taxes peut être tellement plus simple.  
En savoir plus sur le paiement de vos taxes en ligne >



### Problèmes de connexion?

- [J'ai oublié mon nom d'utilisateur >](#)
- [Mot de passe oublié/à réinitialiser >](#)
- [Vous avez oublié les deux?](#)

### Mon profil de sécurité

- [Mettre à jour l'information relative à mon profil de sécurité >](#)
- [Utiliser ce lien pour modifier ou mettre à jour l'information relative à votre profil de sécurité.](#)

3. Saisissez le **Nom de l'utilisateur**. Ce champ n'est pas sensible à la casse.
4. Saisissez votre **Mot de passe**. Ce champ est sensible à la casse.
5. Cliquez sur **Ouvrir une session** ou appuyez sur la touche **<Entrée>**.

L'avis juridique s'affiche.

### Légal

Tous les renseignements contenus aux présentes sont protégés en vertu des législations en matière de protection des renseignements personnels, notamment la loi canadienne sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques (PIPEDA) et les législations provinciales correspondantes. Tous les utilisateurs acceptent de protéger les renseignements personnels sur la santé contenus aux présentes contre toute utilisation non autorisée, divulgation, perte, vol ou exposition à tous risques en conformité avec les législations mentionnées précédemment et en appliquant des précautions au moins égales à celles qu'ils utilisent pour la protection de leurs propres renseignements personnels. Tout accès, divulgation ou utilisation non autorisée de ces renseignements est illégal.

Imprimer

J'accepte

6. Cliquez sur **J'accepte**.

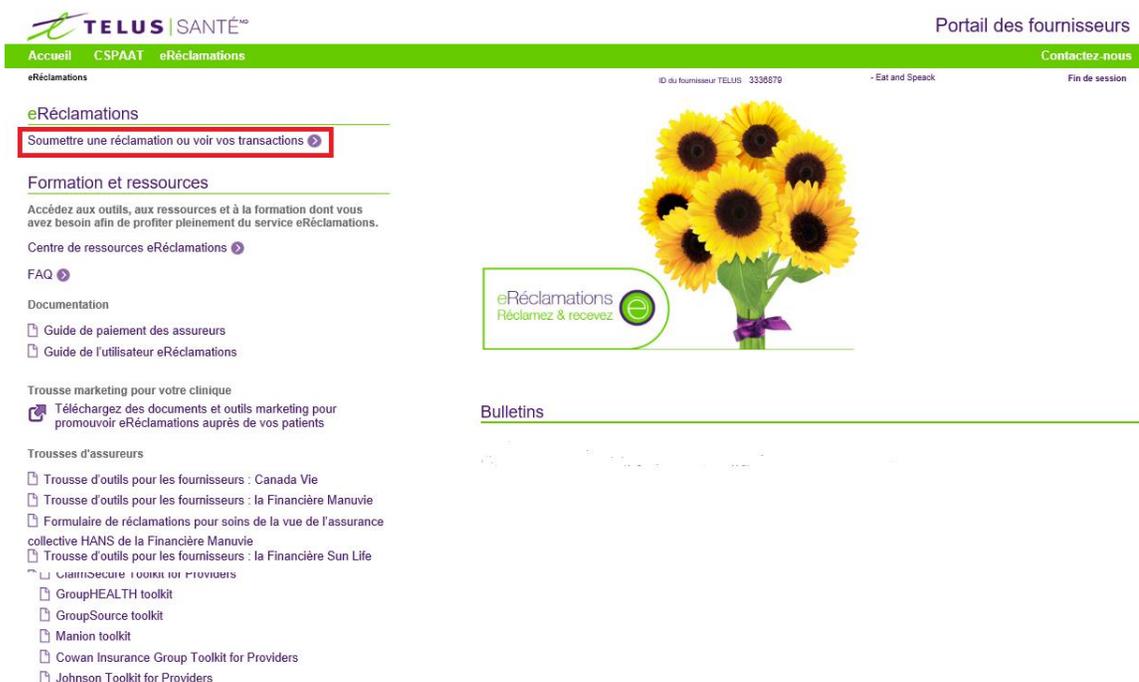
Le système affiche la page d'accueil du Portail des fournisseurs :



Selon les droits d'accès de votre compte, vous pouvez avoir accès aux applications de soumission par l'intermédiaire du Portail.

7. Pour accéder à l'application eRéclamations, cliquez sur l'un ou l'autre des liens « eRéclamations » encadrés ci-dessus.

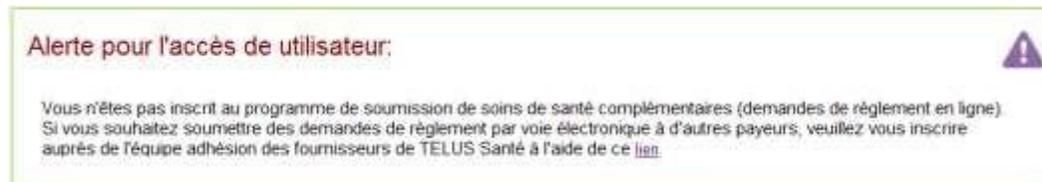
La page d'accueil eRéclamations s'affichera :



8. Pour soumettre une demande ou voir vos transactions, cliquez sur le lien « Soumettre une demande ou voir vos transactions » encadré ci-dessus. La page **Entrée de la demande** s'affiche par défaut :



Si vous n'avez pas accès à l'application, le système affichera le message d'alerte pour l'accès de l'utilisateur.



## 2.2 Obtenir de l'aide pour ouvrir une session

Il existe quelques moyens de vous aider à vous connecter lorsque vous avez oublié votre nom d'utilisateur ou votre mot de passe, ou lorsque vous ne parvenez pas à vous connecter pour toute autre raison.

### 2.2.1 Récupérer votre nom d'utilisateur

Si vous avez oublié votre nom d'utilisateur, vous pouvez demander qu'il vous soit envoyé à l'adresse courriel associée à votre nom d'utilisateur.

Pour récupérer votre nom d'utilisateur :

1. À partir du bureau, ouvrez le navigateur Internet (p.ex. : Internet Explorer).
2. Dans le champ d'adresse, saisissez le lien <https://providereservices.telushealth.com> et appuyez sur <Entrée>. La fenêtre de connexion s'affiche.
3. Cliquez sur le lien « J'ai oublié mon nom d'utilisateur » encerclé ci-dessous.



## Se connecter

Nom d'utilisateur \*

Nom d'utilisateur assigné par TELUS Santé

Mot de passe \*

**Se connecter**

## Inscrivez-vous à nos services

Facturez directement les assureurs participants offrant une couverture privée à 85 % des Canadiens admissibles au nom de vos patients pour leur simplifier la vie.  
[M'inscrire au service eRéclamations >](#)

Bonifiez le service offert aux accidentés du travail ontariens en simplifiant la communication avec la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (WSIB).  
[M'inscrire à la WSIB >](#)

Envoyez des demandes de règlement papier et recevez vos paiements par dépôt direct des assureurs participants.  
[M'inscrire au dépôt direct >](#)

Aucun chèque. Aucun formulaire. Aucun timbre. Le paiement des taxes peut être tellement plus simple.  
[En savoir plus sur le paiement de vos taxes en ligne >](#)



### Problèmes de connexion?

[J'ai oublié mon nom d'utilisateur >](#)

[Mot de passe oublié/à réinitialiser >](#)

[Vous avez oublié les deux? >](#)

### Mon profil de sécurité

[Mettre à jour l'information relative à mon profil de sécurité >](#)

[Utiliser ce lien pour modifier ou mettre à jour l'information relative à votre profil de sécurité.](#)

La fenêtre « **Nom d'utilisateur oublié** » s'affiche.



## Nom d'utilisateur oublié

Adresse courriel \*

Veillez saisir l'adresse courriel associée à votre nom d'utilisateur et mot de passe.  
 Votre nom d'utilisateur sera envoyé à cette adresse.

Si vous ne savez pas quelle adresse courriel choisir, veuillez communiquer avec TELUS Santé au 1-866-240-7492, du lundi au vendredi de 8 h à 20 h HE.

Annuler

**Soumettre**

- Saisissez votre adresse courriel dans le champ **Adresse courriel** et cliquez sur **Soumettre**.
- Allez dans votre boîte de réception et ouvrez le courriel qui vous a été envoyé.
- Ouvrez une session en utilisant le nom d'utilisateur fourni dans le courriel qui vous a été envoyé.

## 2.2.2 Réinitialiser votre mot de passe

Si vous avez oublié votre mot de passe, vous pouvez le réinitialiser à partir de la fenêtre de connexion.

Pour réinitialiser votre mot de passe :

1. À partir du bureau, ouvrez le navigateur Internet (par exemple : Internet Explorer).
2. Dans le champ d'adresse, saisissez le lien <https://providereservices.telushealth.com> et appuyez sur <Entrée>.

La fenêtre de connexion s'affiche.

3. Cliquez sur le lien « Mot de passe oublié/à réinitialiser » encadré ci-dessous.



### Se connecter

Nom d'utilisateur \*

Nom d'utilisateur assigné par TELUS Santé

Mot de passe \*

Se connecter

### Inscrivez-vous à nos services

Facturez directement les assureurs participants offrant une couverture privée à 85 % des Canadiens admissibles au nom de vos patients pour leur simplifier la vie.  
[M'inscrire au service eRéclamations >](#)

Bonifiez le service offert aux accidentés du travail ontariens en simplifiant la communication avec la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (WSIB).  
[M'inscrire à la WSIB >](#)

Envoyez des demandes de règlement papier et recevez vos paiements par dépôt direct des assureurs participants.  
[M'inscrire au dépôt direct >](#)

Aucun chèque. Aucun formulaire. Aucun timbre. Le paiement des taxes peut être tellement plus simple.  
[En savoir plus sur le paiement de vos taxes en ligne >](#)



#### Problèmes de connexion?

[J'ai oublié mon nom d'utilisateur >](#)

[Mot de passe oublié/à réinitialiser](#)

[Vous avez oublié les deux?](#)

#### Mon profil de sécurité

[Mettre à jour l'information relative à mon profil de sécurité >](#)

[Utiliser ce lien pour modifier ou mettre à jour l'information relative à votre profil de sécurité.](#)

La fenêtre Mot de passe oublié/à réinitialiser s'affiche.



## Mot de passe oublié/à réinitialiser

Nom d'utilisateur \*

Nom d'utilisateur assigné par TELUS Santé

Saisir le nom d'utilisateur du compte pour lequel vous avez oublié le mot de passe, puis cliquer sur le bouton « Suivant » afin de récupérer vos questions de sécurité.

Annuler

Suivant

4. Saisissez votre nom d'utilisateur dans le champ **Nom d'utilisateur**, puis cliquez sur **Suivant**. La fenêtre Mot de passe oublié/à réinitialiser s'affiche.



## Mot de passe oublié/à réinitialiser

Nom d'utilisateur

C000061898

Nom d'utilisateur assigné par TELUS Santé

Question de sécurité 1

Que voulez-vous devenir lorsque vous étiez jeune?

Réponse 1 \*

Question de sécurité 2

Dans quelle ville était votre premier emploi?

Réponse 2 \*

Question de sécurité 3

Dans quel pays êtes-vous allé lors de votre premier vol?

Réponse 3 \*

Nouveau mot de passe \*

Confirmer le nouveau mot de passe \*

Le mot de passe doit commencer par un caractère alphabétique

Le mot de passe doit comporter au moins 8 caractères, dont au moins l'un des suivants :

- 2 caractères alphabétiques
- 1 lettre majuscule
- 1 lettre minuscule
- 1 caractère numérique

Le mot de passe ne peut pas contenir ou correspondre au :

- Prénom
- Nom de famille
- Nom d'utilisateur

Le mot de passe ne peut pas comporter d'espaces

Annuler

Soumettre

5. Saisissez les réponses aux trois questions de sécurité ci-dessus.
6. Saisissez votre nouveau mot de passe dans les champs **Nouveau mot de passe** et **Confirmer** le nouveau mot de passe.
7. Cliquez sur **Soumettre**.

Vous pouvez alors vous connecter en utilisant le nouveau mot de passe que vous avez créé à l'étape 6.

## 2.3 Comment naviguer dans le système du Portail des fournisseurs

L'information présentée dans cette section donne les rudiments de la navigation dans le système du Portail des fournisseurs. Elle comprend une brève description des menus ainsi que des instructions.

### 2.3.1 À propos des barres de navigation

Le système du Portail des fournisseurs comporte une barre de navigation principale qui s'affiche sur chacune des pages de l'application. Une description détaillée de chaque option est présentée ci-dessous.



#### *Barre de navigation du Portail des fournisseurs*

### 2.3.2 Commandes de la barre de navigation du Portail des fournisseurs

Avant de continuer, vous devriez apprendre à connaître les commandes disponibles dans la barre de navigation ainsi que les tâches qu'elles permettent d'effectuer.

- **Accueil** : ce lien vous ramène à la page d'accueil du Portail des fournisseurs. Selon vos droits d'accès, les applications de soumission peuvent être affichées.
- **CSPAAT** : le cas échéant, ce lien vous amène à la page d'accueil de la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail de l'Ontario.
- **eRéclamations** : ce lien vous amène à la page d'accueil eRéclamations, à partir de laquelle vous pouvez soumettre des demandes, voir vos transactions et accéder à l'information liées aux demandes de règlement en ligne.
- **Contactez-nous** : ce lien vous amène là où vous pouvez communiquer avec TELUS Santé en remplissant et soumettant un formulaire en ligne et où vous trouverez les coordonnées du Centre de soutien de TELUS Santé.
- **Fin de session** : vous permet de quitter l'application. La fonction de fermeture de session du portail fermera votre session et vous permettra de vous déconnecter du portail et de ses applications.

## 2.4 Comment naviguer dans l'application eRéclamations

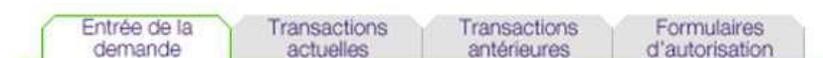
Les renseignements présentés dans cette section donnent les rudiments de la navigation dans le système eRéclamations du Portail des fournisseurs TELUS. Elle comprend une brève description des onglets ainsi que des instructions pour soumettre et afficher des transactions.

### 2.4.1 À propos des onglets de navigation

Le Portail des fournisseurs de TELUS Santé affiche toujours la barre de navigation principale et des onglets de navigation supplémentaires lorsque vous êtes dans l'application eRéclamations. Voici une description de chacun des onglets.



#### Barre de navigation du Portail des fournisseurs



#### Onglets de navigation de l'application eRéclamations

### 2.4.2 Onglets de navigation de l'application eRéclamations

Les onglets suivants s'affichent dans la barre de navigation de l'application eRéclamations.

**Entrée de la demande** : cet onglet ouvre l'écran principal à partir duquel vous pouvez saisir une demande de règlement ou de plan de traitement et la soumettre à la compagnie d'assurance de votre patient.

**Transactions actuelles** : cet onglet ouvre l'écran à partir duquel vous pouvez rechercher une transaction effectuée durant la journée et l'afficher. De cet onglet, vous pourrez afficher les détails soumis à l'origine et la réponse générée ou imprimer ou enregistrer une copie électronique de cette réponse.

Vous pouvez également utiliser cet onglet pour annuler une demande de règlement à laquelle la compagnie d'assurance a répondu par un Rapport d'indemnités (Détails des prestations) ou par un Accusé de réception d'une demande de règlement.

**Transactions antérieures** : cet onglet ouvre l'écran à partir duquel vous pouvez rechercher et afficher le sommaire d'une transaction effectuée durant le mois courant ou le mois précédent. Cet écran ne comprend aucune des transactions effectuées durant la journée.

**Formulaires d'autorisation** : cet onglet ouvre la page d'accès aux formulaires de consentement que le patient, son parent ou tuteur doit signer lorsqu'une demande est transmise par voie électronique ou lorsque le patient cède les prestations au fournisseur ou à l'organisation de ce dernier.

## 2.5 Conseils généraux

### 2.5.1 Utilisation de la souris

En faisant glisser la souris, vous déplacez le pointeur de la souris à l'écran. Rien ne se produit tant que vous n'appuyez pas sur le bouton gauche de la souris.

Vous pouvez faire ce qui suit avec le bouton de la souris :

- **Cliquer** – Appuyez sur le bouton gauche de la souris et relâchez-le rapidement n'importe où dans la fenêtre. Le curseur se retrouve dans une nouvelle position.
- **Appuyer** – Tenez enfoncé le bouton gauche de la souris sans le relâcher et sans déplacer la souris. Cela permet de sélectionner un objet, mais seulement si vous cliquez dessus.
- **Pointer** – Lorsque vous pointez le curseur de la souris sur certains champs pendant quelques secondes sans cliquer sur le bouton, une fenêtre contextuelle contenant une description ou un conseil utile s'affiche.
- **Glisser-déplacer** – Tenez enfoncé le bouton gauche de la souris sans le relâcher, déplacez la souris, puis relâchez le bouton. Si vous cliquez sur un objet ou du texte (ou le sélectionnez) tout en tenant enfoncé le bouton de la souris sans le relâcher, puis déplacez la souris dans la fenêtre et relâchez le bouton, l'objet ou le texte glissera et se déplacera dans la fenêtre.
- **Double-cliquer** – Appuyez sur le bouton gauche de la souris deux fois de suite. Il s'agit d'une façon rapide de combiner deux opérations en une : sélectionner et exécuter une commande. Dans cette application, les commandes ne nécessitent qu'un clic.

### 2.5.2 Pagination

L'application eRéclamations vous permet d'utiliser les flèches gauche ou droite, le cas échéant, dans vos recherches afin d'afficher l'information recherchée.

Dans la section Résultats de recherche, cliquez sur [« Suivant »](#) pour afficher les dossiers figurant à la page suivante. Cliquez sur [« Précédent »](#) pour afficher les dossiers figurant à la page précédente.

Vous pouvez également cliquer sur le nom de l'onglet de la page à afficher.

### 2.5.3 Boutons de commande

Les boutons sont verts ou gris avec un libellé blanc, ou blanc avec un libellé violet.



Le fait de cliquer sur un bouton permet d'activer la fonction à laquelle il est associé. Chaque bouton exécute une fonction selon l'endroit où il se trouve dans l'application. La fonction d'un bouton est décrite dans la section où il est disponible.

## 2.5.4 Saisie et suppression de données

Les « champs » sont les zones d'une fenêtre où l'on saisit ou sélectionne des données ou de l'information. Il existe des champs de divers formats et plusieurs méthodes pour saisir ou sélectionner les données.



*Certains champs sont obligatoires, tandis que d'autres sont facultatifs. Les champs obligatoires sont désignés par un astérisque rouge (\*). Certains champs ne deviennent obligatoires que lorsqu'une valeur est saisie dans un autre champ.*

Par exemple :

- Un champ peut prendre la forme d'une boîte de texte dans laquelle vous tapez directement l'information.

- Il peut s'agir d'une case qui se coche ✓ lorsque vous cliquez dessus.

- Ce peut également être un bouton d'option qui se noircit ● lorsqu'il est sélectionné.

- Ou il peut s'agir d'une boîte qui se remplit lors de la sélection d'une option parmi une liste déroulante qui s'affiche lorsque vous cliquez sur la flèche descendante de la boîte de texte.

### Pour saisir des données :

1. Pour saisir des données dans une fenêtre, cliquez une fois avec le bouton gauche de la souris dans la boîte appropriée.
2. Saisissez les données.

### Pour supprimer des données :

- Surlignez les données en vous servant de la souris (cliquez-glissez), puis appuyez sur la touche **Supprimer** OU
- Surlignez les données et tapez les données désirées par-dessus OU
- Appuyez sur la touche d'espacement arrière pour supprimer les données un caractère à la fois.

## 2.5.5 Tri des listes

L'utilisateur peut trier les données présentées dans un tableau par ordre croissant ou décroissant en cliquant sur l'un des en-têtes soulignés.

ID de la demande Web	Assureur	Type de demande	Assureur	Statut de la soumission	No réf. de l'assureur	Statut de la réponse	Nom du patient	Total soumis	Total payé
187131	CHIRO UCD	Demande de paiement	Simulated Adjudicator	Soumise	2995	Rapport d'indemnités	Nom de famille, Prénom	100,00\$	100,00\$
187137	CHIRO UCD	Demande de paiement	Simulated Adjudicator	En échec		(En cours)	Nom de famille, Prénom		
187133	CHIRO UCD	Demande de paiement	Simulated Adjudicator	Soumise	1023	Rapport d'indemnités	Nom de famille, Prénom	100,00\$	100,00\$

Pointez la souris sur l'en-tête de colonne et cliquez dessus avec le bouton gauche de la souris. Le système classera les données en ordre croissant ou, si le tri a déjà été effectué en fonction de cette colonne, cette dernière affichera les données en ordre décroissant, soit l'ordre inverse. Le tri peut être effectué par ordre croissant ou décroissant.

- Si le triangle pointe vers le haut (▲), cela indique que les enregistrements seront triés en ordre croissant, en fonction des valeurs de cette colonne.
- Si le triangle pointe vers le bas (▼), cela indique que les enregistrements seront triés en ordre décroissant, en fonction des valeurs de cette colonne.

*Il est possible de trier plusieurs colonnes à la fois. Le dernier en-tête de colonne sélectionné sera la colonne principale utilisée par l'application pour trier les résultats de recherche.*



*Lorsqu'une colonne est utilisée pour effectuer un deuxième tri, le chiffre [2] s'affiche à côté du triangle; lorsqu'une colonne est utilisée pour effectuer un troisième tri, le chiffre [3] s'affiche à côté du triangle, et ainsi de suite.*

## 2.5.6 Hyperliens

Lorsque le texte est souligné, l'utilisateur peut alors ouvrir une nouvelle fenêtre liée à ce texte.

### Formulaire d'autorisation de transmission par voie électronique

Obtenez le consentement afin de soumettre des demandes électroniques au nom de votre patient

### Cession de bénéfices

Obtenez le consentement pour recevoir le paiement directement de l'assureur du patient

 [Anglais](#)

|

 [Français](#)

Pointez la souris sur le texte souligné et cliquez dessus avec le bouton gauche de la souris. Le système ouvre une nouvelle fenêtre correspondant à la sélection.

## 2.5.7 Utilisation de l'outil Calendrier

Les champs de date ont une fenêtre contextuelle dans laquelle se trouve un calendrier

permettant de saisir une date. Pour y accéder, cliquez sur l'icône  située à côté du champ de date qui affichera le calendrier ou cliquez dans la zone de saisie de la date avec le bouton de la souris.



L'outil permet de choisir la date de l'une des façons suivantes :

- Utilisez les boutons  et  pour avancer et reculer d'un mois à la fois. Tenez le bouton de la souris enfoncé sur un de ces boutons pour afficher la liste déroulante des mois pour pouvoir sélectionner le mois plus rapidement.
- Utilisez les boutons  et  pour avancer et reculer d'une année à la fois. Tenez le bouton de la souris enfoncé sur un de ces boutons pour afficher la liste déroulante de 24 années pour pouvoir sélectionner l'année plus rapidement.
- Cliquez sur le jour voulu et la date s'inscrira dans le champ de date de la fenêtre précédente.
- Cliquez sur « aujourd'hui » pour sélectionner la date d'aujourd'hui.
- Le message « Faire glisser pour déplacer » s'affiche dans la barre inférieure du calendrier lorsque la souris plane au-dessus de la barre du haut ou du bas du calendrier. Lorsque ce message apparaît, gardez le bouton de la souris enfoncé pour déplacer le calendrier.
- Si vous désirez que les semaines commencent par un dimanche, cliquez sur « lun » et les semaines commenceront par le dimanche.
- Si vous désirez que les semaines commencent par un lundi, cliquez sur « dim » et les semaines commenceront par le lundi.
- Si vous ne voulez pas sélectionner une date, cliquez sur  dans le coin supérieur droit de la page pour fermer le calendrier.



*Si vous accédez à la zone de saisie de la date en utilisant la touche de tabulation dans le champ précédent, le calendrier NE s'affichera PAS.  
Si vous cliquez sur l'outil du calendrier avec le bouton gauche de la souris, le calendrier s'affichera.*

### 2.5.8 Les icônes d'aide

Afin de faciliter la saisie de la demande de règlement, certains champs importants de l'application comprennent une image ou un document PDF contenant des renseignements pertinents relatifs au champ ou à la section.

- Cliquez sur l'icône d'aide  du champ ou de la section pour faire apparaître une image ou un document PDF donnant des renseignements relatifs au champ ou la section.

### 2.5.9 Réduction, redimensionnement et fermeture d'une fenêtre d'application

Dans le coin supérieur droit de toute fenêtre pouvant être fermée, vous verrez une barre de contrôle  avec trois boutons correspondant à ces fonctions : réduire, redimensionner et fermer.

Marche à suivre pour réduire, redimensionner ou fermer une fenêtre :

- Cliquez sur  pour réduire la fenêtre.
- Cliquez sur  pour redimensionner la fenêtre.
- Cliquez sur  pour fermer la fenêtre. Un message vous demandant si vous voulez enregistrer les modifications apportées pourrait s'afficher.

Le cas échéant, cliquez sur **Oui** pour enregistrer votre travail, sur **Non** pour quitter l'application sans enregistrer les modifications ou sur **Annuler** pour annuler la dernière action.

### 2.5.10 Comment effectuer une capture d'écran

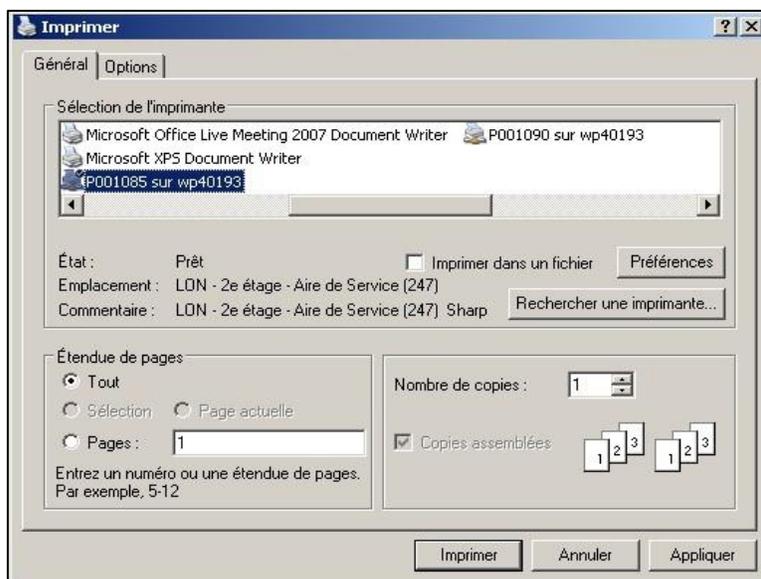
Pour effectuer une capture d'écran, suivez les étapes suivantes :

1. Appuyez sur les touches <Alt> + <Imp écr.|Syst> du clavier. La fenêtre sera copiée dans le presse-papiers.
2. Cliquez sur **Démarrer, Programmes, Accessoires** et sélectionnez **Paint** dans le menu contextuel qui est affiché. Le programme Paint s'affiche.

**Important** : Si vous effectuez la capture d'un grand nombre d'écrans, il est **vivement** recommandé de se procurer un logiciel à cette fin, par exemple Snagit, ou un autre logiciel similaire. L'utilisation de Paint pour capturer plusieurs écrans **augmentera considérablement la taille de votre fichier**, ce qui peut le rendre plus difficile à traiter.

3. Dans le menu Édition, sélectionnez **Coller**. La capture d'écran s'affiche.
4. Dans le menu Fichier, sélectionnez **Imprimer**.
5. Cliquez sur **Imprimer**.

Le système affiche un message vous invitant à choisir l'imprimante appropriée depuis la boîte de dialogue **Imprimer**.



6. Sélectionnez l'imprimante et cliquez sur **OK**.

## 2.6 Configuration requise pour utiliser le Portail des fournisseurs

Afin d'assurer le bon fonctionnement de l'application du Portail des fournisseurs, les directives suivantes pour la configuration et l'installation de votre ordinateur s'appliquent :

### Matériel

- Ordinateur personnel
  - a. Ordinateur doté au minimum d'un processeur Pentium III
  - b. Mémoire minimale de 128 Mo
  - c. Adaptateur de graphiques doté d'une mémoire de 8 Mo
  - d. Un minimum de résolution d'écran de 1024 x 768 est **FORTEMENT** recommandé afin d'obtenir un meilleur rendement d'affichage qui respecte la présentation originale. Une résolution de 800 x 600 est prise en charge, mais n'est **pas** conseillée, car le contenu et les en-têtes de colonnes dans les tableaux seront décalés ou s'afficheront sur plus d'une ligne (rendant la lecture rapide du tableau difficile).
- Routeur – dans le cas de l'accès Internet à domicile ou au bureau par l'entremise d'un réseau
  - a. Le port 443 doit permettre la connexion pour toutes les fonctions du routeur.

### Logiciels

- Système d'exploitation
  - a. L'un des systèmes suivants :
    - i. Windows Vista
    - ii. Windows 7
  - b. Le port 443 doit permettre la connexion à toutes les fonctions du système d'exploitation.
  - c. Le port 443 doit permettre la connexion à toutes les fonctions d'un logiciel coupe-feu installé sur l'ordinateur.
- Navigateur – possibilité d'encodage de 128 bits avec Java Script activé
  - a. Internet Explorer : la version la plus récente, de même que les deux versions précédentes sont prises en charge.
    - i. L'une des options de configuration suivantes est également recommandée :

Internet Explorer → Outils → Options Internet → Général → Fichiers Internet temporaires → Paramètres → Vérifier s'il existe une version plus récente des pages enregistrées :

Options recommandées :

      - À chaque visite de cette page Web (fortement recommandée)
      - Automatiquement
    - ii. Le paramètre supplémentaire suivant est aussi recommandé si vous accédez à l'Internet au moyen d'un serveur mandataire :

Internet Explorer → Outils → Options Internet → Avancé

Option recommandée :

      - Cochez « Utiliser HTTP 1.1 avec une connexion par proxy »

- b. Firefox : la version la plus récente est prise en charge.  
Remarque : contrairement à IE, l'ouverture d'une deuxième fenêtre de navigateur n'est pas considérée comme une nouvelle session.



***La touche de retour peut seulement être utilisée lorsqu'un bouton est en évidence.***

Pour les utilisateurs de Firefox, le réglage suivant est recommandé :

Firefox → Outils → Options → Confidentialité → Supprimer l'historique récent

Option recommandée :

- Supprimer toutes les données de l'historique – Intervalle à effacer : Tout
- c. Chrome : la version la plus récente est prise en charge.  
d. Ni Safari ni d'autres navigateurs ne sont pris en charge.
- Un code d'utilisateur et un mot de passe valides émis par TELUS Santé

## Accès Internet

- Accès Internet par ligne commutée par l'intermédiaire d'un fournisseur de service Internet (FSI)
- Accès Internet haute vitesse par l'intermédiaire d'un FSI
- Chaque système d'exploitation et marque de routeur, ainsi que de logiciel anti-intrusion, comporte ses propres directives sur la façon de modifier les paramètres du port. Veuillez consulter les guides d'utilisateur appropriés pour obtenir la procédure à suivre.

## 2.7 Fonctions de sécurité du Portail des fournisseurs de soins de santé

TELUS Santé accorde une grande importance à la sécurité et à la protection des données de santé de ses clients.

Pour utiliser ou afficher des renseignements au moyen de l'interface Web, un fournisseur, ainsi que son personnel, doit d'abord obtenir un code d'utilisateur et un mot de passe uniques qui lui est propre. Grâce au code d'utilisateur et au mot de passe, vous êtes authentifié dans le système. La connexion assure également que seules les demandes associées au fournisseur peuvent être consultées par l'utilisateur.

Vous pouvez effectuer trois tentatives de connexion à l'aide de votre nom d'utilisateur et mot de passe, après quoi le système verrouille votre compte. Le cas échéant, vous devez attendre 30 minutes avant que le système ne déverrouille automatiquement votre compte ou encore, communiquez avec le Centre de soutien de TELUS Santé avant la fin de ce délai.

Si vous fermez votre navigateur sans vous déconnecter, le système mettra fin à votre connexion après 30 minutes. Si vous laissez l'application inactive pendant 30 minutes, le système mettra également fin à votre session. Dans ce dernier cas, vous pouvez vous reconnecter immédiatement.

Le système associe un rôle au nom d'utilisateur et au mot de passe, et ce rôle détermine les fonctions que vous pouvez utiliser. S'il vous est impossible d'utiliser certaines fonctions auxquelles vous devriez à votre avis avoir accès, veuillez communiquer avec le Centre de soutien de TELUS Santé.

Vous devez modifier votre mot de passe la première fois que vous vous connectez au système et après qu'il ait été réinitialisé par un administrateur.

Un message d'avertissement apparaîtra sous la section « Mon profil » de la page d'accueil 10 jours avant la date d'expiration de votre mot de passe. Le message d'avertissement déclenchera un compte à rebours quotidien (de 10 à 0 jours) jusqu'à ce que le mot de passe expire.

Si le mot de passe expire, votre seule option sera de communiquer avec le Centre de soutien de TELUS Santé pour le réinitialiser. Allez à la section Gestion des mots de passe pour obtenir de l'aide afin de modifier votre mot de passe avant qu'il n'expire.

Votre mot de passe est sensible à la casse et doit comporter entre huit et dix caractères alphanumériques. Il doit être différent de votre nom d'utilisateur et ne doit pas contenir d'espace. Aux fins de sécurité, vous ne pouvez pas réutiliser vos six derniers mots de passe.

L'information échangée entre votre ordinateur personnel et TELUS Santé est cryptée.

## 2.8 Fermeture de l'application eRéclamations

La fonction de déconnexion du portail mettra fin à votre session et vous permettra de vous déconnecter du portail et de ses applications.

Pour fermer une session :

1. Cliquez sur le lien **Fin de session** situé dans la barre de navigation du Portail des fournisseurs.



Après quelques secondes, le système affiche la fenêtre de connexion.



### Se connecter

Nom d'utilisateur \*

Nom d'utilisateur assigné par TELUS Santé

Mot de passe \*

Se connecter

### Inscrivez-vous à nos services

Facturez directement les assureurs participants offrant une couverture privée à 85 % des Canadiens admissibles au nom de vos patients pour leur simplifier la vie.  
[M'inscrire au service eRéclamations >](#)

Bonifiez le service offert aux accidentés du travail ontariens en simplifiant la communication avec la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (WSIB).  
[M'inscrire à la WSIB >](#)

Envoyez des demandes de règlement papier et recevez vos paiements par dépôt direct des assureurs participants.  
[M'inscrire au dépôt direct >](#)

Aucun chèque. Aucun formulaire. Aucun timbre. Le paiement des taxes peut être tellement plus simple.  
[En savoir plus sur le paiement de vos taxes en ligne >](#)



[Problèmes de connexion?](#)

[Mon profil de sécurité](#)

2. Si vous souhaitez ouvrir une session de nouveau, consultez la section [Accès à l'application eRéclamations](#) ou fermez votre navigateur en cliquant sur le bouton  situé dans le coin supérieur droit de la fenêtre de navigation.

## 3 Soumission de demandes de règlement via eRéclamations

L'application eRéclamations permet aux fournisseurs de soumettre des demandes de règlement de soins de santé complémentaires pour le compte de leurs patients au moment où ces derniers paient les soins de santé, générant une réponse en temps réel par la compagnie d'assurance du patient.

### Qui devrait lire ce chapitre?

L'utilisateur qui devra soumettre des demandes en ligne de paiement ou de plan de traitement aux compagnies d'assurance via l'application eRéclamations.

### 3.1 Soumission d'une demande de règlement

La demande de règlement est effectuée dès que le patient a reçu les soins de santé et qu'il est couvert par un assureur qui accepte les demandes de paiement de soins de santé par voie électronique.



*Il est important de soumettre la demande de règlement avant le départ du patient afin de lui donner la réponse de la compagnie d'assurance. Un retard dans la soumission de la demande de règlement peut entraîner le refus de celle-ci par la compagnie d'assurance, puisque bon nombre d'assureurs restreignent le nombre de jours pendant lequel la demande peut être soumise.*

*« REMARQUE – En tout temps, il est interdit d'exiger des frais supplémentaires ou des frais administratifs de la part des adhérents/patients pour la soumission de leurs demandes de règlement via le Portail des fournisseurs. Un fournisseur ne peut pas exiger des frais sous quelque forme que ce soit, y compris l'augmentation du montant en dollars d'une demande de règlement soumise, ni des frais distincts au-delà du montant de la demande pour services rendus ».*

La soumission d'une demande de règlement est un processus à 3 étapes :

1. [Étape 1 – Commencer la demande](#)
2. [Étape 2 – Saisir les détails sur la couverture du patient et de la demande](#)
3. [Étape 3 – Réviser et soumettre](#)

## 3.2 Étape 1 – Commencer la demande

La page **Commencer la demande** est la première page qui s'affiche lorsque vous utilisez l'onglet **[Entrée de la demande]**.

Pour soumettre une demande de règlement :

- Ouvrez une session dans le Portail des fournisseurs. Pour vous connecter au portail, assurez-vous d'utiliser le nom d'utilisateur et mot de passe liés à un utilisateur autorisé à soumettre des demandes de règlement de soins de santé complémentaires au nom du fournisseur qui a exécuté les services à l'emplacement indiqué dans l'application eRéclamations..
- Assurez-vous que l'onglet **[Entrée de la demande]** est affiché (l'arrière-plan sera blanc). La page **Commencer la demande** est l'écran qui s'affiche par défaut lorsque vous sélectionnez Soumettre une demande ou voir vos transactions à la page d'accueil de l'application eRéclamations. Si cette fenêtre n'est pas affichée, cliquez alors sur l'onglet **[Entrée de la demande]**.
- Sélectionnez la **compagnie d'assurance** au nom de laquelle vous soumettez la demande.
- Sélectionnez l'**emplacement des services** qui correspond à l'endroit où le patient a obtenu les services. Si l'utilisateur est associé à un seul emplacement de services, ce dernier sera automatiquement sélectionné.



**Si vous constatez qu'une adresse est erronée, vous devez communiquer avec l'équipe de TELUS Santé chargée de l'inscription du fournisseur au 1-866-240-7492 pour leur transmettre l'adresse exacte.**

**L'adresse sélectionnée sera utilisée pour transmettre les paiements lorsque le bénéficiaire est le fournisseur ou son organisation.**

- Sélectionnez le **fournisseur de services**. Le fournisseur sélectionné doit correspondre à celui qui a fourni les services au patient.



**Si l'organisation représente un fournisseur de produits optiques, le fournisseur sélectionné doit correspondre à celui qui est considéré comme responsable des services ou produits fournis au patient.**

*Si le fournisseur ou l'emplacement des services ne figure pas dans la liste, il se peut qu'un nom d'utilisateur erroné ait été utilisé pour ouvrir une session dans le portail. Il vous suffit de fermer la session et de vous connecter de nouveau à l'aide du nom d'utilisateur approprié.*

*Il est également possible que le fournisseur ou l'emplacement ne figure pas dans la liste pour l'une ou l'autre des raisons suivantes :*



- *Le fournisseur ou l'emplacement N'EST PAS inscrit dans l'application eRéclamations OU*
- *Le système N'A PAS identifié l'utilisateur comme étant autorisé à utiliser l'application eRéclamations au nom du fournisseur OU*
- *Le système N'A PAS identifié l'utilisateur associé à cet emplacement.*

*Dans les cas susmentionnés, le fournisseur doit communiquer avec l'équipe de TELUS Santé chargée de l'inscription du fournisseur au 1-866-240-7492 pour s'inscrire ou faire ajouter l'utilisateur en tant que délégué du fournisseur ou de l'emplacement.*

6. Sélectionnez la valeur **Demande de paiement** de l'élément **Type de demande**.
7. Cliquez sur **Continuer**.

**Remarque** : S'il existe des restrictions relatives au type de demandes de règlement électroniques pris en charge par la compagnie d'assurance sélectionnée, vous pourriez voir s'afficher le message [Problème rencontré](#) vous demandant de soumettre manuellement votre demande.

### 3.3 Étape 2 – Saisir les détails sur la couverture du patient et de la demande

La deuxième page de l'onglet [**Entrée de la demande**] affiche des champs dans lesquels vous pourrez poursuivre la saisie des renseignements correspondants à la demande de règlement.

Accueil CSPAAT eRéclamations Contactez-nous

Demander de règlement en ligne > Soumettre une demande ou voir vos transactions

Soumettre une demande ou voir vos transactions

Compléter les détails sur la couverture du patient et de la demande

Nom du fournisseur: Lene Boese Fournisseur de services: Lene Boese, Clinoprotex, 342 Lowry Road, Brampton

Renseignements sur le patient

Prénom\* [ ] Date de naissance [ ] Sexe\* [ ]

Renseignements sur la couverture primaire

Prénom du titulaire\* [ ] Nom du titulaire\* [ ]

Renseignements supplémentaires concernant la demande

Payable à\* [ ]

Lignes de la demande

Ligne	Date de service*	Code de service*	Quantité*	Durée (min)	Coût par unité*	Coût de service
1	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
2	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
3	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

Annuler et sortir Enregistrer pour plus tard

Cette page comprend les sections suivantes qui seront décrites en détail dans les sections subséquentes :

- Renseignements sur le fournisseur
- Renseignements sur le patient
- Renseignements sur la couverture primaire
- Renseignements sur la deuxième couverture
- Renseignements supplémentaires concernant la demande
- Lignes de service
- Boutons de commande

#### 3.3.1 Renseignements sur le fournisseur

Les renseignements qui s'affichent au haut de cette page sont extraits des sélections effectuées à la page **Commencer la demande**. Le **Nom du fournisseur** affiché à gauche correspond au profil du fournisseur associé à l'utilisateur. Le **Nom et adresse du fournisseur de services** correspond aux sélections effectuées. Le type de demande sélectionné précédemment s'affiche

à droite. Les renseignements affichés dans cette section ne peuvent pas être modifiés à partir de cette page.

Pour modifier le **type de demande** ou les champs **Compagnie d'assurance, nom et adresse du fournisseur de service**, vous devez revenir à la page **Commencer la demande** à l'aide du bouton **Annuler et sortir**. Si l'adresse au dossier est erronée, vous devez communiquer avec l'équipe de TELUS Santé chargée de l'inscription du fournisseur au 1-866-240-7492.

### 3.3.2 Renseignements sur le patient

Cette section offre une fonction de recherche d'un patient qui a effectué une transaction dans les 16 mois précédents.

Le fait de saisir deux caractères dans l'un ou l'autre champ obligatoire **Prénom** ou **Nom de famille** activera le bouton **Recherche**. Un minimum de deux caractères est requis dans ces champs :

- Prénom : recherche implicite avec caractères de remplacement
- Nom de famille : recherche implicite avec caractères de remplacement

Les critères de recherche suivants sont aussi pris en charge en combinaison avec les critères précédents :

- Deuxième prénom : correspondance explicite
- Date de naissance : date complète, correspondance explicite
- Sexe : correspondance explicite
- Ordre de naissance : correspondance explicite

Le fait de cliquer sur **Recherche** lance la recherche en fonction des critères définis. Les résultats s'afficheront ensuite dans la fenêtre contextuelle **Liste de résultats de la recherche de patient**.

**Liste de résultats de la recherche de patient-CHANGE**

Les patients suivants ont soumis avec succès une demande de règlement par le biais des eRéclamations au cours des seize derniers mois.

Les renseignements personnels d'un patient (tels que le nom de famille ou le numéro de police) peuvent changer. La première rangée des résultats de la recherche affichera le patient dont l'information est la plus récente. Veuillez sélectionner la rangée appropriée afin d'assurer le traitement de la demande de règlement.

Patient	Titulaire	Police/ID du titulaire
<input type="radio"/> Brian Simpson, 1948-10-04, Homme, Titulaire	Brian Simpson	845785362/ A785492
<input type="radio"/> Sally Simpson, 1952-10-17, Femme, Titulaire	Sally Simpson	54821586/ A451158

Si le nom du patient voulu s'affiche, vous pouvez alors choisir un patient, puis cliquer sur **Sélectionner**. La fenêtre contextuelle **Liste de résultats de la recherche de patient** se fermera et les renseignements sélectionnés seront utilisés pour remplir la plupart des champs de la page de saisie.

Si la recherche a été infructueuse, vous pouvez cliquer sur **Annuler**. Vous serez dirigé vers la page de saisie où vous pourrez saisir de nouveaux renseignements sur le patient.



*L'application eRéclamations conserve les données pendant un maximum de 16 mois, et les données sont actualisées au début de chaque mois. Si le nom de votre patient ne s'affiche pas dans la liste des résultats, il se peut qu'il ait été déjà éliminé de la base de données.*

Si vous ne souhaitez pas utiliser la fonctionnalité de recherche de patient récemment utilisé ou si vous devez saisir les renseignements concernant un nouveau patient, vous pouvez remplir la section Renseignements sur le patient.

Tous les champs obligatoires désignés par un astérisque rouge (\*) doivent être remplis.

Vous pouvez saisir la **date de naissance** du patient en utilisant les formats suivants : aaaa-mm-jj, aaaammjj ou aaaa-m-j. La date saisie s'affichera selon le format aaaa-mm-jj. Vous pouvez aussi sélectionner la date à l'aide du calendrier.

Pour remplir la section :

1. Remplissez la section Renseignements sur le patient.

Le tableau suivant donne une description des champs de cette section.

Champ	Description
<b>Prénom</b>	Indique le prénom du patient.
<b>Deuxième prénom</b>	Indique le deuxième prénom du patient.
<b>Nom de famille</b>	Indique le nom de famille du patient.
<b>Date de naissance</b>	Indique la date de naissance du patient. Vous pouvez saisir une date selon le format aaaa-mm-jj, aaaammjj ou aaaa-m-j. La date saisie s'affichera selon le format aaaa-mm-jj. Vous pouvez aussi sélectionner la date à l'aide du calendrier. La date de ne doit pas être antérieure au 1 <sup>er</sup> janvier 1900.
<b>Ordre de naissance</b>	L'ordre de naissance du patient lorsque deux personnes à charge ou plus possèdent la même date de naissance, par exemple, lorsque le patient est issu d'une naissance multiple. Les valeurs disponibles sont : <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Sans objet/Inconnu</li> <li>■ Les chiffres 1 à 9</li> </ul>
<b>Sexe</b>	Indique le sexe du patient. Voici les valeurs disponibles : <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Femme</li> <li>■ Homme</li> <li>■ Ignoré : utilisez cette valeur lorsque le sexe du patient est inconnu ou autre.</li> </ul>

### 3.3.3 Renseignements sur la couverture primaire

Cette section vous permet de saisir des renseignements sur le titulaire de la couverture primaire, y compris les éléments de base de la couverture. Tous les champs obligatoires désignés par un astérisque rouge (\*) doivent être remplis.



*Consultez la section [Coordination des prestations – détermination de la priorité de couverture](#) pour obtenir des renseignements sur la façon de déterminer l'ordre de couverture selon lequel la demande devrait être effectuée.*

Pour remplir la section :

1. Remplissez la section Renseignements sur la couverture primaire en obtenant de votre patient ou de son parent ou tuteur les renseignements relatifs à la couverture selon laquelle la demande de règlement doit d'abord être effectuée.

Renseignements sur la couverture primaire

Parenté\* Sélectionner

Prénom du titulaire\* [ ]

Deuxième prénom [ ]

Nom du titulaire\* [ ]

Date de naissance [ ]

Compagnie d'assurance\* [ ]

Police\* [ ? ]

ID du titulaire\* [ ? ]

Type de régime\* [ ? ]

Le patient est-il couvert par un autre régime de santé complémentaire?\*

Oui

Non



*Lorsque la valeur **Titulaire** dans le champ **Parenté** est sélectionnée, le système affiche automatiquement le nom du titulaire et sa date de naissance et utilise les mêmes valeurs que celles précédemment saisies pour le patient.*

Le tableau qui suit donne une description des champs de cette section.

Champ :	Description
<b>Lien de parenté</b>	<p>Ce champ permet d'indiquer le lien de parenté entre le patient et la personne qui détient de la couverture (titulaire). Voici les valeurs disponibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Titulaire</b> : utilisez cette valeur lorsque le patient et le titulaire sont une seule et même personne. Lorsque cette valeur est sélectionnée, le système affiche automatiquement le nom du titulaire et sa date de naissance et utilise les mêmes valeurs que celles précédemment saisies pour le patient.</li> <li>■ <b>Conjoint</b> : utilisez cette valeur lorsque le patient est le conjoint du titulaire.</li> <li>■ <b>Enfant</b> : utilisez cette valeur lorsque le patient est l'enfant du titulaire.</li> <li>■ <b>Dépendant handicapé</b> : utilisez cette valeur lorsque le patient est un enfant à charge handicapé du titulaire</li> <li>■ <b>Étudiant à temps partiel</b> : utilisez cette valeur lorsque le patient est l'enfant du titulaire et qu'il étudie à temps partiel dans un établissement d'enseignement postsecondaire</li> <li>■ <b>Étudiant à temps plein</b> : utilisez cette valeur lorsque le patient est l'enfant du titulaire et qu'il étudie à temps plein dans un établissement d'enseignement postsecondaire</li> <li>■ <b>Partenaire domestique</b> : utilisez cette valeur lorsque le patient cohabite avec le titulaire mais n'est pas considéré comme le conjoint de ce dernier</li> </ul>
<b>Prénom de l'adhérent</b>	Indique le prénom de la personne qui détient la couverture primaire.
<b>Deuxième prénom</b>	Indique le deuxième prénom de la personne qui détient la couverture primaire.
<b>Nom de l'adhérent</b>	Indique le nom de famille de la personne qui détient la couverture primaire.
<b>Date de naissance</b>	Indique la date de naissance de la personne qui détient la couverture primaire (titulaire). Vous pouvez saisir une date selon le format numérique aaaa-mm-jj, aaaammjj ou aaaa-m-j. La date saisie s'affichera selon le format aaaa-mm-jj. Vous pouvez aussi sélectionner la date en utilisant le calendrier. La date de naissance doit correspondre ou être ultérieure au 1er janvier 1900.
<b>Compagnie d'assurance / Assureur</b>	La compagnie d'assurance que vous avez sélectionnée sur la page <b>Commencer la demande</b> .
<b>Police</b>	Indique le numéro de police tel que fourni par le patient, le parent ou tuteur de ce dernier.
<b>ID de l'adhérent</b>	Indique le numéro d'identification du titulaire tel que fourni par le patient ou le parent ou tuteur de ce dernier.
<b>Type de prestation</b>	Indique le type de police selon laquelle la demande est soumise. Seule la valeur <b>Santé complémentaire</b> est disponible pour l'instant.

2. Si le patient est couvert par un autre régime d'assurance de soins de santé, vous devez répondre Oui en sélectionnant le bouton d'option **Oui** pour la question **Le patient est-il couvert par un autre régime de santé complémentaire?** Le système affichera la section relative à la deuxième couverture. L'option **Non** est sélectionnée par défaut.
3. Si le patient n'est pas couvert par un autre régime d'assurance de soins de santé, allez directement à la section [Renseignements supplémentaires concernant la demande](#).
4. Dans le cas contraire où le patient est couvert par un autre régime, remplissez également la section [Renseignements sur la deuxième couverture](#).



*Cliquez sur l'icône d'aide  se trouvant de chaque côté des champs « Police » et « ID du titulaire » pour afficher une image de la carte propre à la compagnie d'assurance sélectionnée. L'image vous aidera à déterminer les renseignements à saisir dans ces champs.*

### 3.3.4 Renseignements sur la deuxième couverture

Cette section vous permet de saisir des renseignements sur le titulaire qui détient une deuxième couverture et l'information connexe. Cette section s'affiche lorsque vous répondez Oui à la question **Le patient est-il couvert par un autre régime de santé complémentaire?** Les champs désignés par un astérisque rouge (\*) doivent être remplis à l'égard de la deuxième couverture.

Pour remplir la section :

1. Remplissez la section Renseignements sur la deuxième couverture en obtenant de votre patient ou de son parent ou tuteur les renseignements relatifs à la couverture selon laquelle la demande de règlement doit être effectuée en second lieu.



*Si la compagnie d'assurance ne figure pas dans la liste, sélectionnez la valeur « Autre compagnie d'assurance soins de santé ».*

2. Les définitions des champs de cette section sont les mêmes que celles de la section Renseignements sur la couverture primaire. À l'heure actuelle, vous ne pouvez saisir que deux instances de couverture de soins de santé complémentaires.
3. Une fois la section remplie, poursuivez avec la section [Renseignements supplémentaires concernant la demande](#).



*Cliquez sur l'icône d'aide ? se trouvant de chaque côté des champs « Police » et « ID du titulaire » pour afficher une image de la carte propre à la compagnie d'assurance sélectionnée. L'image vous aidera à déterminer les renseignements à saisir dans ces champs.*

### 3.3.5 Renseignements supplémentaires concernant la demande

Cette section permet de saisir des renseignements ayant trait à la demande en général. Tous les champs désignés par un astérisque rouge (\*) doivent être remplis.

Les renseignements supplémentaires concernant la demande s'affichent en fonction du fournisseur de services que vous avez sélectionné à la page [Commencer la demande](#).

Vous devez toujours répondre à cette question, car elle ne contient pas de valeur par défaut.

- Section Renseignements supplémentaires concernant la demande à l'égard des services de physiothérapie :

Renseignements supplémentaires concernant la demande

Payable à \*      No du plan de traitement

Sélectionner             L'assurance provinciale est-elle épuisée?

Cette demande contient-elle un traitement requis par suite d'un accident? \*

Oui

Non

Un traitement est-il requis à la suite d'une ordonnance ou d'une recommandation? \*

Oui

Non

- Section Renseignements supplémentaires concernant la demande à l'égard des autres services spécialisés :

Renseignements supplémentaires concernant la demande

Payable à \*      No du plan de traitement

Sélectionner     

Cette demande contient-elle un traitement requis par suite d'un accident? \*

Oui

Non

Un traitement est-il requis à la suite d'une ordonnance ou d'une recommandation? \*

Oui

Non

- Section Renseignements supplémentaires concernant la demande à l'égard des services de soins de la vue :

Renseignements supplémentaires concernant la demande

Payable à \*      No du plan de traitement

Sélectionner     

Cette demande contient-elle un traitement requis par suite d'un accident? \*

Oui

Non

Un traitement est-il requis à la suite d'une ordonnance ou d'une recommandation? \*

Oui

Non

Pour remplir la section :

1. Indiquez à qui doit être envoyé le paiement. Les valeurs possibles varient selon l'intervenant inscrit à l'égard des soins de santé complémentaires, soit le fournisseur ou l'organisation qui l'emploie.

Voici la définition de chacune des valeurs du champ **Payable à** :

- **Titulaire** : utilisez cette valeur lorsque vous voulez que la compagnie d'assurance rembourse le titulaire.
- **Fournisseur de services** : utilisez cette valeur lorsque vous voulez que la compagnie d'assurance rembourse le fournisseur qui a fourni les services et qui est associé à la demande.
- **Clinique/organisation** : utilisez cette valeur lorsque vous voulez que la compagnie d'assurance rembourse la clinique ou l'organisation qui emploie le fournisseur.



*Les valeurs Fournisseur de services et Clinique/organisation ne seront jamais disponibles simultanément. Les valeurs possibles varient selon le fournisseur auquel l'utilisateur est associé.*

2. Si la demande de règlement est reliée à un plan de traitement accepté par la compagnie d'assurance, saisissez le code d'identification (numéro) de la compagnie d'assurance assigné au plan de traitement.
3. Si le traitement est requis à la suite d'un accident, veuillez répondre Oui à la question **Cette demande contient-elle un traitement requis par suite d'un accident?** pour que les champs **Type d'accident** et **Date de l'accident** s'affichent. Si vous répondez Oui, vous devez remplir les champs liés à l'accident.

Cette demande contient-elle un traitement requis par suite d'un accident? * <input checked="" type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Type d'accident Sélectionner	Date de l'accident aaaammjj
--	---------------------------------	--------------------------------

- 3.1. Demandez au patient quel type d'accident s'est produit.

Voici la définition de chacune des valeurs du champ **Type d'accident**.

- **Travail** : utilisez cette valeur lorsque le type d'accident est relié au travail.
- **Véhicule automobile** : utilisez cette valeur lorsque le type d'accident est relié à la conduite d'un véhicule automobile.
- **Autre** : utilisez cette valeur lorsque le type d'accident ne figure pas dans la liste.

- 3.2. Demandez au patient à quel moment l'accident s'est produit. Saisissez la date de l'accident selon le format numérique aaa-mm-jj, aaaammjj ou aaaa-m-j. La date s'affichera selon le format aaaa-mm-jj. Vous pouvez aussi sélectionner la date en utilisant le calendrier.

4. Si le traitement n'est pas requis à la suite d'un accident, veuillez répondre Non à la question **Cette demande contient-elle un traitement requis par suite d'un accident?** Vous devez toujours répondre à cette question, car elle ne contient pas de valeur par défaut.

5. Si le traitement reçu par le patient fait suite à une ordonnance ou à une recommandation, veuillez répondre Oui à la question **Un traitement est-il requis à la suite d'une ordonnance ou d'une recommandation?** Cette question permet d'afficher les champs **Type de prescripteur**, **Nom du prescripteur** et **Prénom du prescripteur**. Si vous répondez Oui, vous devez remplir les champs liés au professionnel de soins de santé qui a exécuté l'ordonnance ou émis la recommandation.

- 5.1. Demandez au patient de vous fournir les renseignements sur l'ordonnance ou la recommandation qui s'appliquent. Sélectionnez le type de professionnel de soins de santé qui a prescrit les services ou émis la recommandation (**Type de prescripteur**).

Le **Type de prescripteur** correspond au type de professionnel de soins de santé qui a exécuté l'ordonnance ou émis la recommandation.



*La liste des professionnels de soins de santé est basée sur le type de fournisseur de services sélectionné. Par exemple, pour les demandes de paiement de soins de la vue, des spécialistes en soins de la vue pourront être sélectionnés.*

Voici la définition de chacune des valeurs possibles du **Type de prescripteur** selon le type de demande de règlement soumis.

- **Médecin** : utilisez cette valeur lorsque le professionnel de soins de santé qui a exécuté l'ordonnance ou émis la recommandation est un médecin.
- **Optométriste** : utilisez cette valeur lorsque le professionnel de soins de santé qui a exécuté l'ordonnance ou émis la recommandation est un optométriste.
- **Ophthalmologiste** : Vous devez toujours répondre à cette question, car elle ne contient pas de valeur par défaut.

- 5.2. Saisissez le nom du professionnel de soins de santé qui a prescrit les services ou émis la recommandation.

6. Si le traitement dispensé au patient ne découle pas d'une ordonnance ou d'une recommandation, répondez Non à la question **Un traitement est-il requis à la suite d'une ordonnance ou d'une recommandation?** Vous devez toujours répondre à cette question, car elle ne contient pas de valeur par défaut.
7. Lorsque la demande de règlement s'applique aux services de physiothérapie, la question **L'assurance provinciale est-elle épuisée?** s'affiche. Selon le régime de soins de santé du gouvernement de la province dans laquelle le patient est couvert, il est possible que vous deviez indiquer si la couverture du régime provincial est complètement épuisée. Si tel est le cas, cochez la case qui s'applique. Vous pouvez la décocher si vous l'avez cochée par erreur.

L'assurance provinciale est-elle épuisée?



*Dans certaines provinces, il est interdit de soumettre des frais de soins de santé couverts par le régime provincial à une compagnie d'assurance soins de santé privée avant que l'assurance provinciale n'ait été épuisée.*

### 3.3.6 Lignes de la demande

Cette section vous permet de saisir des renseignements ayant trait aux services que le patient a reçus. Tous les champs désignés par un astérisque rouge (\*) doivent être remplis. Vous devez remplir au moins une ligne de service afin que votre demande soit soumise.

Les champs disponibles sont décrits dans les tableaux à la fin de la section Lignes de la demande.



*Cliquez sur sur l'icône d'aide ? se trouvant à côté de la section « Lignes de la demande » pour afficher les instructions de la compagnie d'assurance reliées au type de fournisseur sélectionné, le cas échéant.*

Les captures suivantes montrent à quoi ressemble la section Renseignements supplémentaires concernant la demande à l'égard d'une demande de règlement selon le type de services soumis :

- Services de physiothérapie et autres services spécialisés :

Lignes de la demande ?

Ligne	Date de service *	Code de service *	Quantité *	Durée (min)	Coût par unité *	Coût du service
1	<input type="text"/>					
2	<input type="text"/>					
3	<input type="text"/>					

- Services de soins de la vue :

Lignes de la demande ?

Ligne	Date de service *	Code de service *	Quantité *	Coût par unité *	Coût du service	Opt	Dist
1	<input type="text"/>						
2	<input type="text"/>						
3	<input type="text"/>						

Pour remplir la section :

1. Saisissez d'abord la **date de service**. Vous ne pouvez indiquer qu'une seule date par ligne.
2. Saisissez un **code de service** (ou code de produit). Vous pouvez aussi utiliser l'outil de recherche de code de service pour trouver ce dernier et le sélectionner. Consultez la section [Utilisation de la fonction de recherche de code de service](#) pour obtenir de plus amples renseignements sur l'utilisation de l'outil de recherche.



*L'application désactive l'outil de recherche de code de service ? si aucune date de service n'est saisie.*



L'icône d'aide à côté du champ Code de service sera désactivé si aucun code de service est entré ou sélectionné par l'outil de recherche.

- Saisissez la **quantité** pour la ligne de service. La quantité doit refléter le nombre de fois qu'un code de service est réclamé à cette date. Par exemple, si le service représente un traitement, saisissez le nombre de traitements reçus à la date indiquée; si le code de service représente des radiographies, saisissez le nombre de films (ou images) demandés; si des lentilles cornéennes font l'objet de la demande, saisissez le nombre de lentilles cornéennes réclamées. Dans le cas des demandes de règlement de soins de la vue, la quantité doit aussi refléter le nombre de fois que le code de service est réclamé à cette date. La valeur de quantité doit être réglée à « 1 » si les services fournis sont temporels et que l'utilisateur prévoit inscrire la durée de la visite en minutes dans le champ **Durée** lorsque cette option est affichée.

Quantité\*

- Saisissez la **durée** de la ligne de service si les services fournis sont temporels. Cette valeur représentera le nombre de minutes pour services rendus.
- Saisissez le **coût par unité** correspondant à la ligne de service. La valeur saisie doit représenter une **quantité** pour une instance de code de service ou le coût total pour la **durée**.

L'application calcule automatiquement le **coût du service** lorsque les deux champs précédents comportent une valeur.

Quantité *	Durée (min)	Coût par unité *	Coût du service
<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="30"/>	<input type="text" value="60"/>	60,00\$
<input type="text" value="5"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="10"/>	50,00\$

- Saisissez les renseignements appropriés dans les autres champs disponibles.

Les champs suivants s'affichent pour chaque ligne de service soumise à l'égard de tous les types de demandes de paiement de soins de santé :

Champ :	Description
<b>Ligne</b>	Ce champ représente le numéro de la ligne de service. Il est possible d'afficher jusqu'à 31 lignes.
<b>Coût du service</b>	Ce champ représente le montant réclamé pour cette ligne. Il se calcule automatiquement en multipliant les champs <b>Quantité</b> et <b>Coût par unité</b> .

Les champs suivants doivent obligatoirement être remplis pour chaque ligne de service soumise à l'égard de tous les types de demandes de paiement de soins de santé :

Champ :	Description
<b>Date de prestation du service</b>	Utilisez ce champ pour saisir la date à laquelle le patient a reçu le service réclamé. Vous pouvez saisir une date selon le format numérique aaaa-mm-jj, aaaammjj ou aaaa-m-j. La date s'affichera selon le format aaaa-mm-jj. Vous pouvez aussi sélectionner la date en utilisant le calendrier.
<b>Code de service</b>	Utilisez ce champ pour indiquer le service ou le produit associé à la ligne de la demande. Vous pouvez saisir un code de service ou en sélectionner un à l'aide de l'outil de recherche. Consultez la section <a href="#">Utilisation de la fonction de recherche de code de service</a> pour obtenir de plus amples renseignements sur l'utilisation de l'outil de recherche.  Vous devez saisir ou sélectionner un <b>code de service</b> pour lequel le fournisseur de services sélectionné à la page <b>Commencer la demande</b> est autorisé à fournir.
<b>Quantité</b>	Utilisez ce champ pour préciser le nombre de fois que le code de service est réclamé à la date de service indiquée. Dans les demandes où le champ Durée est disponible et rempli, la valeur de quantité doit être réglée à « 1 ».
<b>Coût par unité</b>	Ce champ représente le coût du service pour une quantité égale à 1.

Ces champs facultatifs ne s'affichent que pour les demandes relatives aux **Soins de la vue** :

Champ :	Description
<b>Œil</b>	Pour les demandes de règlement de soins de la vue, vous pouvez préciser si le service porte sur un œil en particulier ( <b>gauche</b> ou <b>droit</b> ). Utilisez la case à cocher correspondant à l'œil en question uniquement si le service s'applique à un œil en particulier. Cliquez de nouveau sur la case pour désélectionner cet œil.  Vous ne pouvez pas sélectionner en même temps l'œil <b>gauche</b> et l'œil <b>droit</b> . Si le code de service s'applique aux deux yeux, ne cochez aucune case.  Si vous avez cliqué par erreur sur <b>gauche</b> ou <b>droit</b> , vous devrez peut-être supprimer la ligne erronée et en ajouter une nouvelle.
<b>Objectif</b>	Pour les demandes de règlement de soins de la vue, vous pouvez préciser la raison, le besoin ou le but correspondant à la fourniture de produits optiques réclamés. Les compagnies d'assurance utilisent parfois cette information pour déterminer la couverture du service.  Il vous suffit de sélectionner l'une des valeurs suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Prescription initiale</b> : utilisez cette valeur lorsque le service découle d'une première ordonnance en soins de la vue.</li> <li>■ <b>Prescription changée</b> : utilisez cette valeur lorsque le service découle d'un changement d'ordonnance.</li> <li>■ <b>Perdu ou brisé</b> : utilisez cette valeur lorsque le service découle de la perte ou du bris d'un article, tel que des lunettes.</li> <li>■ <b>Prescription renouvelée</b> : utilisez cette valeur lorsque le service découle du renouvellement d'une ordonnance.</li> <li>■ <b>Autre</b> : utilisez cette valeur lorsque la raison ou le but du service ne se trouve pas dans la liste.</li> </ul> Remarque : N'utilisez cette option que pour les fournitures de soins de la vue, et

Champ :	Description
	non pour les services comme les examens de la vue.



*Vous ne pouvez pas sélectionner en même temps l'œil gauche et l'œil droit. Si le code de service s'applique aux deux yeux, ne cochez aucune case.*

### 3.3.7 Utiliser la fonction de recherche de code de service

Si vous ignorez quel **code de service** correspond au service rendu, vous pouvez utiliser la fonction de recherche pour sélectionner un code de service valide à partir des codes pouvant être soumis.

Soumettre une demande ou voir vos transactions

Sélectionner le code de service

Sélectionner un code de service de la liste ci-dessous. Pour obtenir un code de service, sélectionner une catégorie de la liste déroulante, ou bien entrer une partie du code dans le champ Code de service.

Catégorie: 
 Code de service:

Résultats de recherche

29 envois/renvois ont été trouvés

Code de service	Catégorie	Description
111.11.11	Aides de toutes les espèces	Prévention pour l'entretien de dispositifs (state of transition)
111.11.11	Diagnostic	Évaluation (examen de consultants), cours atelier
111.11.11	Diagnostic	Évaluation de l'investissement du lieu de travail
111.11.11	Divers	Service de planification pour tout autre motif non classé ailleurs
111.11.11	Divers	Service de contact (comprend conseil téléphonique, avis écrits, soutien direct, gestion de cas, surveillance, orientation)
111.11.11	Divers	Adressé de documentation pour un tiers, au nom du patient
111.11.11	Évaluation/évaluation	Formation pour l'analyse des données et l'analyse des données (comprend évaluation pour adultes souffrants (AVC), formation pour l'analyse des données (évaluation)
111.11.11	Évaluation/évaluation	Évaluation/évaluation des services de soins
111.11.11	Évaluation/évaluation	Conseil (comprend conseil personnalisé, soutien de vie et gestionnaire de soins)
111.11.11	Évaluation/évaluation	Évaluation, promotion de la santé et prévention des maladies (comprend éducation sur le traitement des affections, des maladies et des blessures, conseil pour la santé et le bien-être)
111.11.11	Évaluation/évaluation	Radiographie
111.11.11	Évaluation/évaluation	Assessment, sites multiples à l'aide d'une approche personnalisée (à l'usage)
111.11.11	Évaluation/évaluation	Service (y compris une brève évaluation, accompagnement au patient/au patient, des services de rééducation (comprend la rééducation directe, services d'évaluation/évaluation)
111.11.11	Évaluation/évaluation	Ministère/Ministère (y compris une brève évaluation, à l'aide d'une approche système utilisant une technique manuelle)
111.11.11	Évaluation/évaluation	Manipulation (y compris une brève évaluation, à l'aide d'une approche système utilisant une technique manuelle)
111.11.11	Évaluation/évaluation	Manipulation (y compris une brève évaluation, à l'aide d'une approche système)
111.11.11	Évaluation/évaluation	Manipulation (y compris une brève évaluation, à l'aide d'une approche système)
111.11.11	Évaluation/évaluation	Manipulation (y compris une brève évaluation) (comprend évaluation, TENS, EMS, laser, conseil téléphonique, etc.)
111.11.11	Évaluation/évaluation	Évaluation brève comportant plusieurs interventions thérapeutiques
111.11.11	Évaluation/évaluation	Brève évaluation comportant plusieurs interventions thérapeutiques (à l'usage)



*La liste des codes de service pouvant être utilisés est basée sur le fournisseur de services sélectionné à la page Commencer la demande.*

Pour utiliser la fonction de recherche :

1. Cliquez sur l'icône  à côté du champ **Code de service** de la ligne de service que vous recherchez. Si la ligne ne comporte aucune **date de service**, l'outil sera visible, mais désactivé.
2. La page **Recherche de code de service** affichera une liste de tous les codes de service disponibles classés par **Catégorie**.
3. Vous pouvez filtrer les résultats en utilisant les champs **Catégorie**, **Code de service** ou une combinaison des champs **Catégorie** et **Code de service**.

### 3.3.7.1 Effectuer une recherche par catégorie seulement

Pour effectuer une recherche de code de service par catégorie :

1. Pour effectuer une recherche au moyen du champ **Catégorie**, il vous suffit de sélectionner une catégorie à partir de la liste disponible puis de cliquer sur **Rechercher**

Les codes de service de la catégorie sélectionnée s'afficheront. Pour chaque code énuméré dans les résultats de recherche, le système affiche le **code de service**, la **catégorie** choisie et une **description** détaillée :



Réultats de recherche  
 8 enregistrements ont été trouvés.

Code de service	Catégorie	Description
<u>1.01.01.01</u>	Traitement/intervention	Acupuncture, sites multiples à l'aide d'une approche pércutanée (à l'aiguille)
1.01.02	Traitement/intervention	Exercice (y compris une brève évaluation), aide/conseils au patient lors des exercices de rééducation (comprend la réadaptation structurée, exercices d'endurance/conditionnement)
1.01.04.01	Traitement/intervention	Mobilisation/thérapie myofasciale (y compris une brève évaluation), à l'aide d'une approche externe utilisant une technique manuelle
1.01.05.01	Traitement/intervention	Manipulation (y compris une brève évaluation), à l'aide d'une approche externe utilisant une technique manuelle
1.01.06.01	Traitement/intervention	Hyperthermie (y compris une brève évaluation), à l'aide d'une approche externe
1.01.07.01	Traitement/intervention	Hyperthermie (y compris une brève évaluation), à l'aide d'une approche externe
1.01.09	Traitement/intervention	Stimulation (y compris une brève évaluation) (comprend ultrasons, TENS, EMS, laser, courant interférentiel, etc.)
1.01.10	Traitement/intervention	Évaluation brève comportant plusieurs interventions thérapeutiques
1.01.11.01	Traitement/intervention	Brève évaluation comportant plusieurs interventions thérapeutiques chez le client



*Une catégorie sera disponible uniquement si elle contient au moins un code de service.*

2. Si le code de service voulu ne donne aucun résultat, tentez une nouvelle recherche. Si le code de service ou le produit n'est pas disponible, sélectionnez le code qui se rapproche le plus du service ou du produit recherché.
3. Cliquez sur le code souligné dans la colonne **Code de service** correspondant au service ou produit voulu. Le système vous ramène à la page **Entrée de la demande**, où le champ **Code de service** s'affichera avec le code du service ou du produit choisi.



Code de service \*

1.XX.XX

4. Pour supprimer les résultats de recherche et effectuer une nouvelle recherche, cliquez sur **Effacer les résultats**.
5. Pour revenir à la page précédente sans sélectionner de code de service, cliquez sur **Retour à la demande**.

### 3.3.7.2 Effectuer une recherche par code de service seulement

Pour effectuer une recherche au moyen du champ **Code de service** :

1. Saisissez le code de service complet ou une partie du code voulu, puis cliquez sur **Rechercher**. Le système effectuera une recherche à l'égard de tous les codes de service correspondant au texte saisi dans le champ.

Code de service

1.xx

Rechercher

Les codes de service correspondant au texte saisi s'afficheront. Pour chaque code énuméré dans les résultats de recherche, le système affiche le **code de service**, la **catégorie** à laquelle appartient le code et une **description** détaillée :

Résultats de recherche

9 enregistrements ont été trouvés.

Code de service	Catégorie	Description
1.23.10.H5	Traitement/Intervention	Acupuncture, sites multiples à l'aide d'une approche percutanée (à aiguille)
1.00.02	Traitement/Intervention	Exercice (y compris une brève évaluation), aide/conseils au patient lors des exercices de rééducation (comprend la réadaptation structurée, aérobie)
1.00.04.H1	Traitement/Intervention	Manipulation/thérapie myofasciale (y compris une brève évaluation), à l'aide d'une approche externe utilisant une technique manuelle
1.00.05.H1	Traitement/Intervention	Manipulation (y compris une brève évaluation), à l'aide d'une approche externe utilisant une technique manuelle
1.00.06.H5	Traitement/Intervention	Hypothermie (y compris une brève évaluation), à l'aide d'une approche externe
1.00.07.H5	Traitement/Intervention	Hyperthermie (y compris une brève évaluation), à l'aide d'une approche externe
1.00.09	Traitement/Intervention	Stimulation (y compris une brève évaluation) (comprend ultrasons, TENS, EMS, laser, courant interférentiel, etc.)
1.00.00	Traitement/Intervention	Évaluation brève comportant plusieurs interventions thérapeutiques
1.00.00TM	Traitement/Intervention	Brève évaluation comportant plusieurs interventions thérapeutiques chez le client

Si aucun enregistrement ne correspond au texte saisi, le système indiquera qu'aucun enregistrement n'a été trouvé :

#### Résultats de recherche

0 enregistrements ont été trouvés.

### 3.3.7.3 Effectuer une recherche par catégorie et code de service combinés

Pour effectuer une recherche au moyen des champs **Catégorie** et **Code de service** :

1. Sélectionnez une **catégorie** à partir des valeurs disponibles.
2. Saisissez le code de service complet ou une partie du code voulu, puis cliquez sur **Rechercher**.

Catégorie

Diagnostique

Code de service

7.

Les codes de service correspondant au texte disponible dans la catégorie sélectionnée s'afficheront. Pour chaque code énuméré dans les résultats de recherche, le système affiche le **code de service**, la **catégorie** à laquelle appartient le code et une **description** détaillée :

Résultats de recherche

1 enregistrements ont été trouvés.

Code de service	Catégorie	Description
1.5E.02AW	Diagnostique	Évaluation de l'environnement du lieu de travail

Si aucun enregistrement ne correspond au texte saisi, le système indiquera qu'aucun enregistrement n'a été trouvé :

#### Résultats de recherche

0 enregistrements ont été trouvés.

### 3.3.8 Ajout de lignes de la demande

Par défaut, trois lignes s'affichent dans lesquelles vous pouvez saisir des services. À la fin de chacune d'elles, vous avez la possibilité d'ajouter d'autres lignes de service vides.

*Le nombre maximal recommandé de lignes de service est fixé à 10. Cependant, vous pouvez saisir jusqu'à 31 lignes, au besoin. Rappel : vous devez soumettre un code de service le jour où le service a eu lieu; par conséquent, la majorité de vos demandes de règlement nécessiteront moins de 10 lignes (la plupart du temps, trois lignes ou moins).*



*Si les services requièrent plus de 31 lignes, vous devez soumettre deux demandes de règlement de soins de santé distinctes.*

Lignes de la demande ?

Ligne	Date de service *	Code de service *	Quantité *	Durée (min)	Coût par unité *	Coût du service
1	2014-05-16	f.xx.xx				
2	2014-05-14					
3	2014-05-13					

aaaaammj



*L'application affiche toujours un minimum de 3 lignes.*

Pour ajouter d'autres lignes :

1. Cliquez sur le bouton  de la ligne pour laquelle vous souhaitez ajouter une nouvelle ligne de service.

Par exemple, pour ajouter une ligne de service entre les lignes 2 et 3, cliquez sur le bouton  de la ligne 2. Une nouvelle ligne de la demande vide sera insérée entre les lignes 2 et 3 :

Lignes de la demande ?

Ligne	Date de service *	Code de service *	Quantité *	Durée (min)	Coût par unité *	Coût du service
1	2014-05-16	f.xx.xx				
2	2014-05-14					
3						
4	2014-05-13					



*Il est impossible d'ajouter une ligne de service au-dessus de la première ligne de la demande.*

- Pour ajouter plus de 10 lignes, cliquez sur Ajouter lorsque le système affiche le message suivant :

Le nombre maximal recommandé de lignes pour une demande est de 10. Si vous devez en entrer davantage, cliquez sur le bouton « Ajouter ». Sinon, cliquez sur « Fermer ».

Fermer
Ajouter

- Cliquez sur **Fermer** si vous n'avez pas besoin d'ajouter d'autres lignes.

### 3.3.9 Suppression de lignes de la demande

À la fin de chaque ligne, vous avez la possibilité de supprimer une ligne de service spécifique.

Lignes de la demande ?

Ligne	Date de service *	Code de service *	Quantité *	Durée (min)	Coût par unité *	Coût du service	
1	2014-05-16	1.ZX.10.HA					
2	2014-05-14	3.XX.10					
3	2014-05-13	7.SF.15					

assammj

Pour supprimer une ligne de service :

- Cliquez sur le bouton de la ligne à supprimer de la demande.
- Pour confirmer la suppression, répondez Oui à la question **Êtes-vous sûr de vouloir supprimer cette ligne de la demande?** Cliquez sur Non pour annuler la demande de suppression.

Par exemple, pour supprimer la ligne 1, cliquez sur le bouton à la ligne 1. Répondez Oui lorsque le système affiche le message suivant :

Êtes-vous sûr de vouloir supprimer cette ligne de la demande?

Non
Oui

La ligne 2 devient la ligne 1; la ligne 3 devient la ligne 2, et ainsi de suite :

Lignes de la demande ?

Ligne	Date de service *	Code de service *	Quantité *	Durée (min)	Coût par unité *	Coût du service	
1	2014-05-14	3.XX.10					
2	2014-05-13	7.SF.15					
3							

assammj



*L'application affiche toujours trois lignes.*

*Supprimer la dernière ligne lorsque trois lignes sont affichées ne fera*

*qu'effacer les données saisies dans cette dernière.*

### 3.4 Étape 3 – Réviser et soumettre

Une fois la demande de règlement remplie, vous pouvez revoir les données et les confirmer avant de soumettre la demande à la compagnie d'assurance.

La compagnie d'assurance a le choix d'appeler ou non son propre énoncé de modalités d'utilisation. Si elle décide de l'appeler, il s'affichera au bas de la page. Vous devez « accepter » les modalités afin de pouvoir poursuivre la soumission de la demande.

J'accepte les termes et conditions:

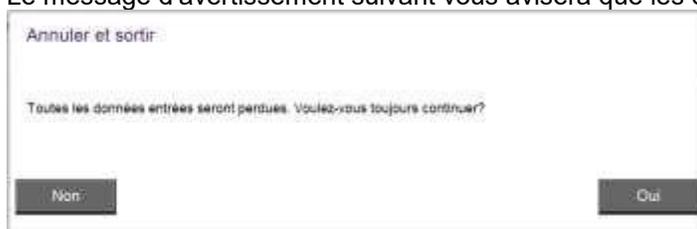
J'atteste que les déclarations faites sur le présent formulaire sont exactes et complètes.

J'atteste avoir obtenu l'autorisation du patient pour soumettre sa demande de paiement de soins de santé par voie électronique.

Si vous voulez annuler les données saisies et retourner à la page **Commencer la demande** :



1. Cliquez sur **Annuler et sortir**.
2. Le message d'avertissement suivant vous avisera que les données saisies seront perdues :



3. Cliquez sur **Oui** si vous voulez obtenir une nouvelle page **Commencer la demande**. L'application vous ramènera à la page **Commencer la demande** vide d'où vous pourrez créer une nouvelle demande.
4. Cliquez sur **Non** si vous voulez revenir à la demande et poursuivre la saisie de données.

Si vous voulez continuer et confirmer les renseignements de la demande de règlement :



1. Cliquez sur **Continuer**. Remarque : Si le bouton n'est pas disponible, vous devez « accepter » l'énoncé des modalités d'utilisation de la compagnie d'assurance. Une fois que vous l'aurez fait, le bouton **Continuer** s'activera.
2. Si des erreurs se sont produites lors de la saisie de données, la page **Entrée de la demande** demeurera affichée et indiquera le ou les messages d'erreur appropriés au-dessus de l'onglet **[Entrée de la demande]**.

**Erreur(s)**

Une ou plusieurs erreurs ont été repérées dans la demande. Veuillez apporter les corrections appropriées avant d'enregistrer ou de soumettre de nouveau la demande.

- Veuillez entrer le prénom du patient.
- Veuillez entrer le nom du patient.
- Veuillez entrer la date de naissance du patient.
- Veuillez entrer la police du titulaire en vertu de laquelle le patient bénéficie d'une couverture principale.
- Veuillez entrer l'ID du titulaire de l'assuré en vertu duquel le patient bénéficie d'une couverture principale.
- Le nom du titulaire qui bénéficie de la couverture principale ainsi que sa date de naissance doivent être identiques au nom et à la date de naissance du patient lorsque le lien de parenté est « Titulaire ». Veuillez corriger le lien de parenté entre le patient et le titulaire ou les renseignements concernant le patient/titulaire.

3. Une fois les erreurs corrigées, vous pouvez tenter de soumettre la demande de règlement à nouveau en cliquant sur **Continuer**.
4. Si la demande ne contient aucune erreur, la page **Réviser et soumettre** s'affichera :

Accueil CSPAAT eRéclamations Contactez-nous

Demands de règlement en ligne > Soumettre une demande ou voir vos transactions Jenna Brennan Fin de session

Soumettre une demande ou voir vos transactions

Entrée de la demande Transactions actuelles Transactions antérieures Formulaires d'autorisation Foire aux questions Manuel de l'utilisateur

**Réviser et soumettre**

Nom du fournisseur: **Lena Bones** Fournisseur de services: **Lena Bones, Chiropraticien, 340 Lovely Road, Brampton** Type de demande: **Paiement**

Renseignements sur le patient

Prénom: **Prénom** Date de naissance: **1970-01-01**  
 Deuxième prénom:  Ordre de naissance: **Non applicable/inconnu**  
 Nom de famille: **Famille** Sexe: **Femme**

Renseignements sur la couverture primaire

Parenté: **Titulaire** Compagnie d'assurance: **Simulated Adjudicator**  
 Prénom du titulaire: **Prénom** Police: **12345**  
 Deuxième prénom:  ID du titulaire: **789**  
 Nom du titulaire: **Famille** Type de régime: **Santé complémentaire**  
 Date de naissance: **1970-01-01**

Renseignements supplémentaires concernant la demande

Payable à: **Titulaire** Service prescrit/recommandé: **Non**  
 No du plan de traitement:  Prénom du prescripteur:   
 Blessure suite à un accident: **Non** Nom du prescripteur:   
 Type d'accident:  Type de prescripteur:   
 Date de l'accident:

Lignes de la demande

Ligne	Date de service	Code de service	Quantité	Durée (min)	Coût par unité	Coût du service
1	2014-05-23	3.xx.10	1		100,00\$	100,00\$

J'accepte les termes et conditions:  
 En tant que fournisseur désigné, je certifie que tous les renseignements entrés pour la présente demande de règlement sont exacts. Je comprends que la soumission de demandes fictives, inexacts ou pour des soins non médicalement nécessaires peut amener la Great West à prendre une ou plusieurs des mesures correctives suivantes contre moi:  
 - Je peux perdre l'accès à la soumission électronique.

Si les renseignements précédents sont corrects, cliquez sur « Confirmer la soumission » pour soumettre la demande. Pour apporter une correction, cliquez sur « Annuler la soumission » afin de revenir à la demande dans laquelle vous pourrez modifier les renseignements entrés.

[Retour à la demande](#) [Soumettre](#)

5. Examinez soigneusement les données saisies.
6. Pour y apporter des corrections, cliquez sur **Retour à la demande** pour revenir à la page **Commencer la demande** où vous pourrez apporter des changements aux données
7. Acceptez l'énoncé des modalités de la compagnie d'assurance, le cas échéant.
8. Si les données sont exactes, cliquez sur **Soumettre** et la demande de règlement sera transmise à la compagnie d'assurance indiquée dans la section Couverture primaire. Une page d'attente vous informera que la demande est en cours de traitement :

En cours de traitement

ID de la demande Web: **167761** - La demande a été soumise.

Veuillez attendre que votre demande soit traitée.



*Ne fermez pas la fenêtre de traitement ; la réponse de la compagnie d'assurance s'affiche généralement dans un délai de deux à trente secondes.*

9. Dès que la demande est traitée, la réponse de la compagnie d'assurance s'affiche dans la fenêtre.

Lorsque la soumission de la demande de règlement est réussie, l'une des réponses suivantes, provenant de la compagnie d'assurance, s'affiche en fonction du titre de la page qui a été générée :

#### **Rapport d'indemnités :**

Ce type de réponse est généré lorsque la compagnie d'assurance a effectué l'adjudication complète (ou le traitement) de la demande de règlement. Ce relevé fournit les résultats de l'adjudication réels, y compris les montants qui seront payés par la compagnie d'assurance, le cas échéant.

En fonction des montants à payer et du bénéficiaire du paiement, vous connaîtrez les montants impayés, le cas échéant, dont le patient est redevable.

#### **Accusé de réception d'une demande de règlement :**

Ce type de réponse est généré lorsque la compagnie d'assurance a bien reçu la demande de règlement, mais n'est pas en mesure de compléter le processus d'adjudication. Ce relevé sert simplement à accuser réception de la demande de règlement.

Les résultats réels de l'adjudication seront fournis à une date ultérieure en format papier.



*Lorsqu'un accusé de réception est généré, vous NE recevez PAS de notification électronique une fois que la compagnie d'assurance a terminé son processus d'adjudication à l'égard de la demande de règlement.*

Consultez la section [Impression et enregistrement de la réponse de la compagnie d'assurance](#) pour obtenir des renseignements sur la façon d'imprimer et d'enregistrer le relevé. Consultez la section [Interprétation de la réponse de la compagnie d'assurance](#) pour obtenir de plus amples renseignements sur les exemples de réponses possibles.

### **3.5 Impression et enregistrement de la réponse de la compagnie d'assurance**

Une fois que la compagnie d'assurance a traité la demande de règlement, vous pourrez en imprimer une copie à l'intention de votre patient selon le type de réponse générée.

Vous pouvez également enregistrer une copie électronique du relevé ou en imprimer une copie pour vos dossiers.



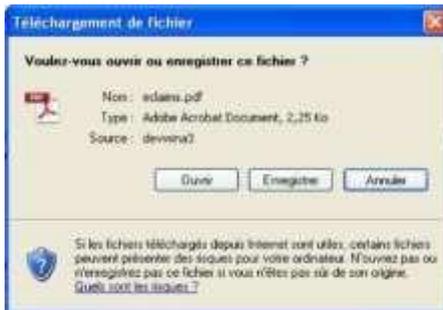
*Le système génère la réponse en format PDF afin que vous puissiez l'imprimer ou l'enregistrer.*

Si vous voulez imprimer l'une ou l'autre des réponses susmentionnées :

1. Cliquez sur **Imprimer PDF**.
2. Lorsque la réponse ne peut pas être imprimée ou enregistrée, le message suivant s'affiche :



Si la réponse peut être imprimée ou enregistrée, la fenêtre contextuelle Téléchargement de fichier s'affiche :



3. Cliquez sur **Ouvrir**.

La réponse s'ouvrira en tant que document PDF.

**eRéclamations**  
Réclamez & recevez

proposé par **TELUS | SANTÉ™**

**Great-West compagnie d'assurance-vie**

### Rapport d'indemnités

Date prévue du paiement: Non disponible	Fournisseur de services: Clara Turner
Total payable à: Assuré/participant	No du centre de services: 75160
Nom du bénéficiaire: Clarissa Baron	No de licence: 717
ID de la demande de l'assureur: 5410	Patient: Clarissa Baron
Police: 5209 (Santé complémentaire)	Lien de parenté: Titulaire
Adhérent assuré: Clarissa Baron	No du dépendant: -
No du participant: 8191384	Date de naissance: 1940-11-25
Date de naissance: 1940-11-25	

**✓ Demande acceptée**

La demande a été acceptée et le paiement sera versé au Titulaire.  
Veuillez consulter les notes de l'assureur pour plus de détails sur le rapport d'indemnités.

No de référence du fournisseur: 98569  
Date soumise: 2016-11-04

Date de service	Description du service	Soumis	Éligible	Déductible	Payable à	Montant payé	Note(s)
2016-11-03	Évaluation lors de visite initiale	80,00\$	80,10\$		100%	80,10\$	
<b>Totaux:</b>		<b>89,00\$</b>				<b>80,10\$</b>	

### Remarque(s) relative(s) à l'assureur

SI VOUS AVEZ DES QUESTIONS, S'IL VOUS PLAÎT APPELEZ L'ASSUREUR AT [REDACTED]

Les informations contenues dans ce formulaire a été utilisé pour traiter votre demande par voie électronique. S'il vous plaît vérifier l'exactitude de ces données et signaler toute anomalie. Ne pas envoyer ce formulaire à l'assureur administrateur / Plan.

- Vous pouvez cliquer sur l'icône d'impression  ou sélectionner **Fichier->Imprimer...** dans le menu pour imprimer la réponse.
- Pour fermer le document PDF, il vous suffit de sélectionner **Fichier->Quitter** dans le menu ou de cliquer sur le bouton  de la fenêtre.



**Assurez-vous de remettre une copie de la réponse de la compagnie d'assurance à votre patient et d'en conserver une pour vos dossiers.**

Si vous voulez enregistrer l'une ou l'autre des réponses susmentionnées :

- Cliquez sur **Imprimer PDF**.

La fenêtre contextuelle Téléchargement de fichier s'affiche :



- Cliquez sur **Enregistrer**.

La fenêtre contextuelle Enregistrer sous s'affiche :



3. Naviguez jusqu'à l'emplacement où vous souhaitez enregistrer la réponse en format PDF.
4. Saisissez un nom de fichier pour la réponse en format PDF.
5. Sélectionnez le type de document sous lequel vous souhaitez enregistrer la réponse.
6. Cliquez sur le bouton **Enregistrer** de la fenêtre Enregistrer sous.

La réponse en format PDF sera enregistrée à l'emplacement de votre choix.

### 3.6 Enregistrement d'une demande de règlement incomplète

Si vous n'êtes pas en mesure de compléter la demande de règlement au moment de sa création ou si vous voulez préparer une demande à l'avance mais que vous n'êtes pas prêt à la soumettre, il est possible de l'enregistrer en vue de la compléter plus tard durant la journée.



*Une demande enregistrée n'est disponibles que la journée où vous l'avez enregistrée.*

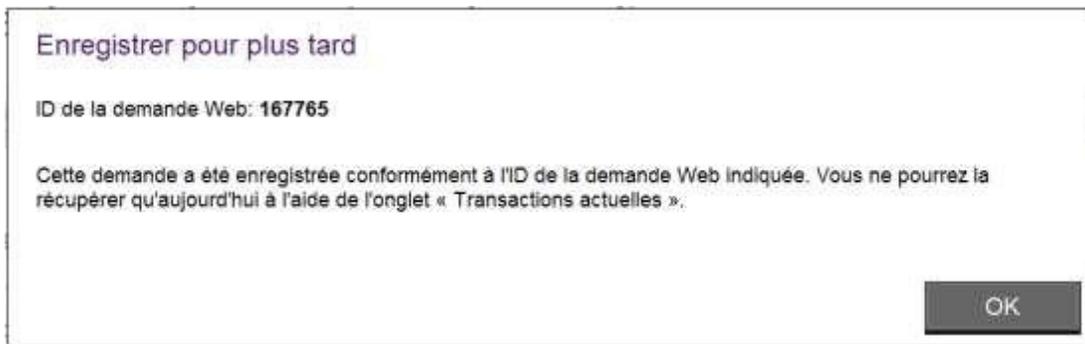
Annuler et sortir

Enregistrer pour plus tard

Continuer

Pour enregistrer une demande de règlement :

1. Cliquez sur **Enregistrer pour plus tard**.
2. Le message suivant vous avisera que l'enregistrement de la demande a réussi et vous fournira l'ID de la demande Web attribué par le portail :

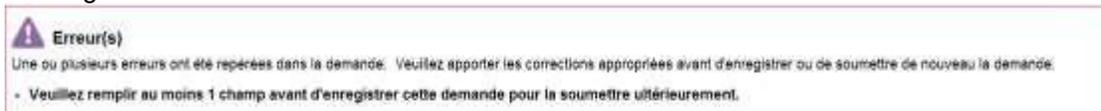


3. Cliquez sur **OK**.
4. Pour récupérer la demande afin de la compléter, vous devez utiliser l'onglet **[Transactions actuelles]**. Consultez la section [Transactions actuelles](#) pour obtenir de plus amples renseignements sur la façon de récupérer une transaction.



*Vous devez remplir au moins un champ de la demande pour être en mesure de l'enregistrer.*

Si vous tentez d'enregistrer une demande vide, le système affichera au haut de la page le message d'erreur suivant :



### 3.7 Création d'une demande de règlement pour un autre membre de la même famille

Une fois la réponse de la compagnie d'assurance imprimée et enregistrée, vous pouvez créer une demande pour un autre membre de la même famille. Pour économiser le temps de saisie, le système remplira automatiquement certains champs pour vous.



*Vous pouvez utiliser l'option Nouvelle demande pour la même famille seulement si le fournisseur est le même pour les deux membres de la famille.*

#### Rapport d'indemnités

Cette page présente la réponse de la compagnie d'assurance.

Date de transmission: 2014-05-16	Compagnie d'assurance: Simulated Adjudicator
No de référence de la compagnie d'assurance: 330	Police: 12345
Fournisseur de services: Lena Bones	Type de régime: Santé complémentaire
Adresse: 340 Lovely Road Brampton, ON L5K 1C9	Nom du titulaire: Prénom famille
	ID du titulaire: 789
Nom du patient: Prénom famille (Titulaire)	Date de naissance: 1970-01-01
Date de naissance: 1970-01-01	

#### Détail de la demande de prestations

Ligne	Date de service	Description du service	Soumis	Eligible	COB	Deductible	Payable à	Montant payé	Note(s)
1	2014-05-16	Radiographie	100.00\$	90.00\$			100%	90.00\$	
Total:			100.00\$	90.00\$			Total payé:	90.00\$	

Total payable à: Assuré/participant  
 Nom du bénéficiaire: Prénom famille  
 Date prévue du paiement: Non disponible

Notes(s):

SI VOUS AVEZ DES QUESTIONS, S'IL VOUS PLAÎT APPELEZ L'ASSUREUR AT

The information contained on this form has been used to process your claim electronically. Please verify the accuracy of the data and report any discrepancies. Do not mail this form to the Insurer/Plan administrator.

Pour soumettre une demande en fonction de la demande qui vient d'être traitée :

1. Cliquez sur **Nouvelle demande pour la même famille**, si l'option est affichée.

La page **Commencer la demande** s'ouvre et affiche les sections suivantes déjà remplies en fonction des données de la demande précédente :

- Renseignements sur le fournisseur
- Renseignements sur la couverture primaire
- Renseignements sur la deuxième couverture

Renseignements sur le patient

Prénom\* [ ] Deuxième prénom [ ] Nom de famille\* [ ] Date de naissance\* [ 1970-01-01 ] Recherche d'un patient récemment utilisé: [ Rechercher ? ]

Sexe\* [ Sélectionner ]

---

Renseignements sur la couverture primaire

Parenté\* [ Titulaire ] Prénom du titulaire\* [ Prénom ] Deuxième prénom [ ] Nom du titulaire\* [ famille ] Date de naissance [ 1970-01-01 ]

Compagnie d'assurance\* [ Simulated Adjuo cator ] Police\* [ 12345 ] ID du titulaire\* [ 789 ] Type de régime\* [ Santé complémentaire ]

Le patient est-il couvert par un autre régime de santé complémentaire?\*

Oui

Non

- Assurez-vous que les données affichées automatiquement s'appliquent à la nouvelle demande et apportez les corrections qui s'imposent.
- Poursuivez en remplissant les sections Renseignements sur le patient, Renseignements supplémentaires concernant la demande et Lignes de la demande comme pour toute autre demande.



*S'il s'agit d'une demande pour laquelle un autre fournisseur a exécuté les services, vous devez alors créer une nouvelle demande en cliquant sur le bouton **Nouvelle demande** pour que le système vous retourne à la page Commencer la demande, ce qui vous permettra de choisir un autre fournisseur.*

### 3.8 Soumission d'une demande de plan de traitement

Vous pouvez soumettre une demande de plan de traitement lorsque votre patient veut connaître le montant que la compagnie d'assurance paierait si les services ou les traitements prévus sont obtenus le jour où la demande est soumise.

La soumission d'un plan de traitement suit le même processus que celle d'une demande de règlement, mais comporte de légères différences au niveau des champs de saisie de données et des réponses générées expliquées dans cette section.

Pour soumettre une demande de plan de traitement :

- Ouvrez une session dans le Portail des fournisseurs. Assurez-vous que le nom d'utilisateur et le mot de passe utilisés pour ouvrir une session dans le Portail correspondent à ceux d'un utilisateur qui peut soumettre des demandes de règlement de soins de santé destinées au fournisseur qui effectuera éventuellement les services.
- Assurez-vous que l'onglet **[Entrée de la demande]** est affiché (l'arrière-plan sera blanc). La page **Commencer la demande** est l'écran qui s'affiche par défaut lorsque vous sélectionnez Soumission de soins de santé complémentaires dans la page d'accueil. Si cette fenêtre n'est pas affichée, cliquez alors sur l'onglet **[Entrée de la demande]**.
- Le fournisseur ou l'organisation auquel l'utilisateur est lié s'affiche dans la partie supérieure de la page **Commencer la demande**.

- Sélectionnez la **compagnie d'assurance** au nom de laquelle vous soumettez la demande.
- Sélectionnez l'**emplacement des services** qui correspond à l'endroit où le patient recevra les services prévus. Si l'utilisateur est associé à un seul emplacement de services, ce dernier sera automatiquement sélectionné.

6. Sélectionnez le **fournisseur de services**. Le fournisseur sélectionné doit correspondre au fournisseur qui fournira les services prévus.
7. Sélectionnez la valeur **Demande de plan de traitement** dans le **Type de demande**.
8. Cliquez sur **Continuer**.

La deuxième page de l'onglet [**Entrée de la demande**] affiche des champs dans lesquels vous pourrez continuer à saisir les renseignements correspondant à la demande de plan de traitement.

[Soumettre une demande ou voir vos transactions](#)

The screenshot shows a web form for entering a request. The top navigation bar includes 'Étape de la demande', 'Transactions actuelles', 'Transactions antérieures', and 'Fournisseurs d'aide financière'. The main heading is 'Compléter les détails sur la couverture du patient et de la demande'. The patient's name is 'Lena Bones' and the provider is 'Lena Bones, Chiropraticien, 340 Leveley Road, Brampton'. The request type is 'Plan de traitement'. The form is divided into several sections with various input fields and dropdown menus. The 'Lignes de la demande' section is a table with 6 columns: Ligne, Code de service, Quantité, Durée (min), Coût par unité, and Coût du service. At the bottom, there are three buttons: 'Annuler et partir', 'Enregistrer pour plus tard', and 'Continuer'.

Les sections suivantes correspondant à la demande de plan de traitement sont différentes de celles qui s'appliquent à une demande de règlement et seront expliquées dans les deux sections suivantes :

- Renseignements supplémentaires concernant la demande
- Lignes de la demande

Consultez la section [Étape 2 – Compléter les détails sur la couverture du patient et de la demande](#) pour obtenir des renseignements supplémentaires sur chacune des sections suivantes :

- Renseignements sur le fournisseur
- Renseignements sur le patient

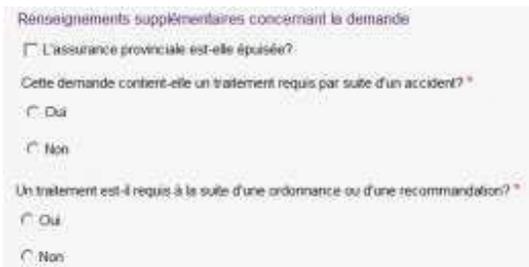
- Renseignements sur la couverture primaire
- Renseignements sur la deuxième couverture
- Lignes de la demande

### 3.8.1 Plan de traitement – Renseignements supplémentaires concernant la demande

Cette section fournit des explications sur les différences entre une demande de règlement et une demande de plan de traitement correspondant à cette section particulière de la demande. Accédez à la section [Renseignements supplémentaires concernant la demande](#) de la section [Étape 2 – Compléter les détails sur la couverture du patient et de la demande](#) pour obtenir de plus amples renseignements sur les autres champs pouvant être utilisés pour un plan de traitement dans cette section.

Les captures suivantes montrent à quoi ressemble la section Renseignements supplémentaires concernant la demande à l'égard d'un plan de traitement selon le type de services soumis :

- Services de physiothérapie :



Renseignements supplémentaires concernant la demande

L'assurance provinciale est-elle épuisée?

Cette demande contient-elle un traitement requis par suite d'un accident? \*

Oui

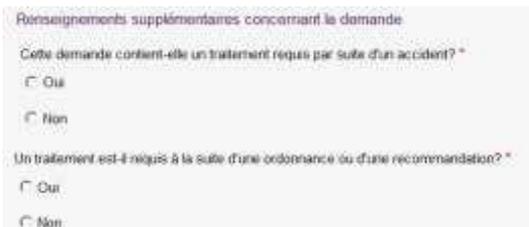
Non

Un traitement est-il requis à la suite d'une ordonnance ou d'une recommandation? \*

Oui

Non

- Autres services spécialisés :



Renseignements supplémentaires concernant la demande

Cette demande contient-elle un traitement requis par suite d'un accident? \*

Oui

Non

Un traitement est-il requis à la suite d'une ordonnance ou d'une recommandation? \*

Oui

Non

■ Services de soins de la vue :

Renseignements supplémentaires concernant la demande

Cette demande contient-elle un traitement requis par suite d'un accident? \*

Oui

Non

Un traitement est-il requis à la suite d'une ordonnance ou d'une recommandation? \*

Oui

Non

Le tableau suivant explique les différences entre une demande de règlement et un plan de traitement :

Champ :	Demande de règlement	Plan de traitement
<b>Payable à</b>	Disponible	Non disponible : un plan de traitement ne correspond pas à une demande de règlement; par conséquent, ce champ ne s'applique pas.
<b>N° du plan de traitement</b>	Disponible	Non disponible : il s'agit des renseignements que le plan de traitement demande à la compagnie d'assurance pour éventuellement utiliser une demande de règlement lorsque les services seront fournis.

Pour remplir cette section correspondant à un plan de traitement :

1. Si le traitement est requis à la suite d'un accident, veuillez répondre Oui à la question **Cette demande contient-elle un traitement requis par suite d'un accident?** pour que les champs **Type d'accident** et **Date de l'accident** s'affichent. Si vous répondez Oui, vous devez remplir les champs liés à l'accident.
  - 1.1. Demandez au patient quel type d'accident s'est produit.
  - 1.2. Demandez au patient à quel moment l'accident s'est produit. Saisissez la date de l'accident selon le format numérique aaaa-mm-jj, aaaammjj ou aaaa-m-j. La date s'affichera selon le format aaaa-mm-jj. Vous pouvez aussi sélectionner la date en utilisant le calendrier.
2. Si le traitement n'est pas requis à la suite d'un accident, veuillez répondre Non à la question **Cette demande contient-elle un traitement requis par suite d'un accident?** Vous devez toujours répondre à cette question, car elle ne contient pas de valeur par défaut.
3. Si le traitement que recevra le patient fait suite à une ordonnance ou à une recommandation, veuillez répondre Oui à la question **Un traitement est-il requis à la suite d'une ordonnance ou d'une recommandation?** Cette question permet d'afficher les champs **Type de prescripteur**, **Nom du prescripteur** et **Prénom du prescripteur**. Si vous répondez Oui, vous devez remplir les champs liés au professionnel de soins de santé qui a exécuté l'ordonnance ou émis la recommandation.
  - 3.1. Demandez au patient de vous fournir les renseignements sur l'ordonnance ou la recommandation qui s'appliquent. Sélectionnez le type de professionnel de soins de santé qui a prescrit les services ou émis la recommandation (**Type de prescripteur**).  
Le **Type de prescripteur** correspond au type de professionnel de soins de santé qui a exécuté l'ordonnance ou émis la recommandation.

- 3.2. Saisissez le nom du professionnel de soins de santé qui a prescrit les services ou émis la recommandation.
4. Si le traitement dispensé au patient ne découle pas d'une ordonnance ou d'une recommandation, veuillez répondre Non à la question **Un traitement est-il requis à la suite d'une ordonnance ou d'une recommandation?** Vous devez toujours répondre à cette question, car elle ne contient pas de valeur par défaut.
5. Lorsque la demande de règlement s'applique à des services de physiothérapie, la question **L'assurance provinciale est-elle épuisée?** s'affiche. Selon le régime de soins de santé du gouvernement de la province dans laquelle le patient est couvert, il est possible que vous deviez indiquer si la couverture du régime provincial est complètement épuisée. Si c'est le cas, cochez la case qui s'applique. Vous pouvez la décocher si vous l'avez cochée par erreur.

### 3.8.2 Plan de traitement – Lignes de la demande

Cette section fournit des explications sur les différences entre une demande de règlement et une demande de plan de traitement correspondant à cette section particulière de la demande.

Consultez la section [Lignes de la demande](#) de la section [Étape 2 – Compléter les détails sur la couverture du patient et de la demande](#) pour obtenir de plus amples renseignements sur les champs pouvant être utilisés pour un plan de traitement dans cette section.

Les captures suivantes montrent à quoi ressemble la section Lignes de la demande à l'égard d'un plan de traitement selon le type de services soumis :

- Services de physiothérapie :

Ligne	Code de service *	Quantité *	Durée (min)	Coût par unité *	Coût du service :
1	<input type="text"/>				
2	<input type="text"/>				
3	<input type="text"/>				

- Autres services spécialisés :

Ligne	Code de service *	Quantité *	Durée (min)	Coût par unité *	Coût du service :
1	<input type="text"/>				
2	<input type="text"/>				
3	<input type="text"/>				

- Services de soins de la vue :

Ligne	Code de service *	Quantité *	Coût par unité *	Coût du service: But	Oeil
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Sélectionner	<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droit
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Sélectionner	<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droit
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Sélectionner	<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droit

La seule différence entre une demande de règlement et un plan de traitement concerne le champ **Date de Service**. Aucune **date de service** n'est requise pour un plan de traitement; par conséquent, vous ne pouvez pas utiliser le champ **Date de service** pour un plan de traitement. La compagnie d'assurance se base sur la date d'aujourd'hui pour effectuer le traitement.

## 4 Interprétation de la réponse de la compagnie d'assurance

Ce chapitre donne des renseignements sur chacun des types de réponses qui peuvent être générés à partir de la demande envoyée à la compagnie d'assurance. La réponse arrivera après le message indiquant que la demande est en cours de traitement. Le type de réponse générée par la compagnie d'assurance correspond au titre de la page qui s'affichera à l'écran.

### Qui devrait lire ce chapitre?

L'utilisateur qui devra soumettre des demandes de paiement ou de plan de traitement de soins de santé aux compagnies d'assurance via eRéclamations.

### 4.1 Réponse relative au Rapport d'indemnités

Ce type de réponse est généré lorsque la compagnie d'assurance a effectué l'adjudication complète (ou le traitement) de la demande de règlement. La réponse relative au Rapport d'indemnités fournit les résultats réels de l'adjudication, y compris les montants qui seront versés par la compagnie d'assurance, le cas échéant.

Les deux réponses principales sont des variantes de « Demande acceptée ».

- ✓ Demande acceptée
- ✓ Demande acceptée - Bénéficiaire du paiement modifié

Afin de déterminer le solde impayé d'un patient, examinez les montants à payer et le réglage du champ « Total payable à ». Une fois ce champ modifié, la modification est désormais mise en évidence dans le titre du sommaire des résultats.

#### Affiché


Portail des fournisseurs

Accueil CSPAAT eRéclamations
Contactez-nous

eRéclamations > Soumettre une réclamation ou voir vos transactions Pamela Anderson Fin de session

### Soumettre une demande ou voir vos transactions

Entrée de la demande
Transactions actuelles
Transactions antérieures
Formulaire d'autorisation

[Foire aux questions](#)
[Manuel de l'utilisateur](#)

**Rapport d'indemnités**

✔ **Demande acceptée**

La demande a été acceptée et le paiement sera versé au **Titulaire**.  
 Veuillez consulter les notes de l'assureur pour plus de détails sur le rapport d'indemnités.  
 Il est recommandé d'imprimer un PDF pour vos dossiers en utilisant le bouton ci-dessous.

**Notes de l'assureur:**  
 IF YOU HAVE ANY QUESTIONS, PLEASE CALL THE INSURER AT [redacted]  
[Afficher plus](#)

Total payable à: **Assuré/participant**  
 Nom du bénéficiaire: **Clarissa Baron**  
 Date prévue du paiement: **Non disponible**

Date de transmission: **2016-11-03**  
 ID demande assureur: **2**  
 Fournisseur de services: **Ann Anderson**  
 Adresse: **56 Bloomfield - Hills  
 Mississauga, ON K1B 2C3**

Compagnie d'assurance: **Simulated Adjudicator**  
 Police: **5209**  
 Type de régime: **Santé complémentaire**

Adhèrent assuré: **Clarissa Baron**  
 ID du titulaire: **8191384**  
 Date de naissance: **1940-11-25**

Nom du patient: **Clarissa Baron (Titulaire)**  
 Date de naissance: **1940-11-25**

**Détail de la demande de prestations**

Ligne	Date de service	Description du service	Soumis	Éligible	COB	Déductible	Payable à	Montant payé	Note(s)
1	2016-11-03	Évaluation lors de visite initiale	89,00\$	80,10\$			100%	80,10\$	
<b>Totaux:</b>			<b>89,00\$</b>	<b>80,10\$</b>			<b>Total payé:</b>	<b>80,10\$</b>	

Inprimer PDF
Nouvelle demande
Nouvelle demande pour la même famille
Terminer


Portail des fournisseurs

Accueil CSPAAT eRéclamations
Contactez-nous

eRéclamations > Soumettre une réclamation ou voir vos transactions Pamela Anderson Fin de session

### Soumettre une demande ou voir vos transactions

Entrée de la demande
Transactions actuelles
Transactions antérieures
Formulaire d'autorisation

[Foire aux questions](#)
[Manuel de l'utilisateur](#)

**Rapport d'indemnités**

✔ **Demande acceptée - Bénéficiaire du paiement modifié**

**Actions requises**

La demande a été acceptée mais le bénéficiaire du paiement a été modifié du **Clinique/organisation ou Titulaire**.  
 Ce changement est dû aux règles du régime du titulaire.  
**Le Titulaire doit payer le montant total de la demande.**

Veuillez consulter les notes de l'assureur pour plus de détails sur le rapport d'indemnités.  
 Il est recommandé d'imprimer un PDF pour vos dossiers en utilisant le bouton ci-dessous.

**Notes de l'assureur:**  
 IF YOU HAVE ANY QUESTIONS, PLEASE CALL THE INSURER AT [redacted]  
[Afficher plus](#)

Total payable à: **Autre tierce partie**  
 Nom du bénéficiaire: **Sam Kris**  
 Date prévue du paiement: **Non disponible**

Date de transmission: **2011-05-16**  
 ID demande assureur: **3434**  
 Fournisseur de services: **Ann Anderson**  
 Adresse: **56 Bloomfield - Hills  
 Mississauga, ON K1B 2C3**

Compagnie d'assurance: **Simulated Adjudicator**  
 Police: **5463**  
 Type de régime: **Santé complémentaire**

Adhèrent assuré: **Lochana Pad**  
 ID du titulaire: **765765**  
 Date de naissance: **1990-01-01**

Nom du patient: **Lochana Pad (Titulaire)**  
 Date de naissance: **1990-01-01**

**Détail de la demande de prestations**

Ligne	Date de service	Description du service	Soumis	Éligible	COB	Déductible	Payable à	Montant payé	Note(s)
1	2016-11-03	Radiographie	267,00\$	240,30\$			100%	240,30\$	
2		Évaluation, standard	132,00\$	132,00\$			80%	105,60\$	
<b>Totaux:</b>			<b>399,00\$</b>	<b>372,30\$</b>			<b>Total payé:</b>	<b>345,90\$</b>	

Inprimer PDF
Nouvelle demande
Nouvelle demande pour la même famille
Terminer

## Imprimé



eRéclamations  
Réclamez & recevez

propulsé par



**Great-West compagnie d'assurance-vie**

## Rapport d'indemnités

Date prévue du paiement: <b>Non disponible</b>	Fournisseur de services: <b>Clara Turner</b>
Total payable à: <b>Assuré/participant</b>	No du centre de services: <b>75160</b>
Nom du bénéficiaire: <b>Clarissa Baron</b>	No de licence: <b>717</b>
ID de la demande de l'assureur: <b>5410</b>	Patient: <b>Clarissa Baron</b>
Police: <b>5209 (Santé complémentaire)</b>	Lien de parenté: <b>Titulaire</b>
Adhèrent assuré: <b>Clarissa Baron</b>	No du dépendant: <b>-</b>
No du participant: <b>8191384</b>	Date de naissance: <b>1940-11-25</b>
Date de naissance: <b>1940-11-25</b>	

✔ **Demande acceptée**

La demande a été acceptée et le paiement sera versé au Titulaire.  
Veuillez consulter les notes de l'assureur pour plus de détails sur le rapport d'indemnités.

No de référence du fournisseur: 98569  
Date soumise: 2016-11-04

Date de service	Description du service	Soumis	Éligible	Deductible	Payable à	Montant payé	Note(s)
2016-11-03	Évaluation lors de visite initiale	89,00\$	80,10\$		100%	80,10\$	
<b>Totaux:</b>		<b>89,00\$</b>				<b>80,10\$</b>	

### Remarque(s) relative(s) à l'assureur

SI VOUS AVEZ DES QUESTIONS, S'IL VOUS PLAÎT APPELEZ L'ASSUREUR AT  

Les informations contenues dans ce formulaire a été utilisé pour traiter votre demande par voie électronique. S'il vous plaît vérifier l'exactitude de ces données et signaler toute anomalie. Ne pas envoyer ce formulaire à l'assureur administrateur / Plan.

#### 4.1.1 Section supérieure de la réponse affichée relative au Rapport d'indemnités

Cette section de la page fournit une explication sommaire de la réponse générée, y compris les notes de la compagnie d'assurance concernant les lignes de service ou la demande de règlement en général, de même que les renseignements sur le patient et la couverture sur lesquels la compagnie d'assurance s'est basée pour effectuer l'adjudication (ou le traitement) de la demande. Les renseignements affichés dans cette section ne peuvent pas être modifiés.

## Rapport d'indemnités

 **Demande acceptée**

La demande a été acceptée et le paiement sera versé au **Titulaire**.

Veuillez consulter les notes de l'assureur pour plus de détails sur le rapport d'indemnités. Il est recommandé d'imprimer un PDF pour vos dossiers en utilisant le bouton ci-dessous.

**Notes de l'assureur:**

IF YOU HAVE ANY QUESTIONS, PLEASE CALL THE INSURER AT [REDACTED]

[Afficher plus](#)

Total payable à:	Assuré/participant	Compagnie d'assurance:	Simulated Adjudicator
Nom du bénéficiaire:	Clarissa Baron	Police:	5209
Date prévue du paiement:	Non disponible	Type de régime:	Santé complémentaire
Date de transmission:	2016-11-03		
ID demande assureur:	2		
Fournisseur de services:	Pamela Anderson		
Adresse:	56 Bloomfield - Hills Mississauga, ON K1B 2C3		
Adhérent assuré:	Clarissa Baron	Nom du patient:	Clarissa Baron (Titulaire)
ID du titulaire:	8191384	Date de naissance:	1940-11-25
Date de naissance:	1940-11-25		

Il est possible que la compagnie d'assurance ait modifié des renseignements indiqués sur la demande en fonction de ceux qui figurent au dossier. Vous devez les vérifier auprès de votre patient, son parent ou son tuteur.



*Les renseignements affichés dans cette section correspondent généralement aux renseignements soumis, mais peuvent être différents puisqu'ils sont basés sur les dossiers de la compagnie d'assurance.*

Les données suivantes sont fournies dans cette section. Aucun renseignement ne peut être modifié. Les champs figurant à gauche sont d'abord décrits, suivis des champs figurant à droite :

Champ	Description
<b>Sommaire de la réponse</b>	Un titre et une note explicative qui fournissent un sommaire et des détails de la réponse de la compagnie d'assurance.
<b>Total payable à</b>	Ce champ contient le bénéficiaire qui recevra le paiement, parfois appelé catégorie de bénéficiaire (titulaire, fournisseur de services). Dans certains cas, il est possible que ce bénéficiaire soit différent de celui identifié dans la demande. Le cas échéant, une note s'affiche habituellement dans la section Note(s) au bas de la page.
<b>Nom du bénéficiaire</b>	Il s'agit du nom de la personne ou de l'organisation envers laquelle la compagnie d'assurance émettra le paiement.
<b>Date prévue du paiement</b>	Lorsque celle-ci est fournie par la compagnie d'assurance, il s'agit de la date à laquelle le paiement est prévu.
<b>Date de transmission</b>	Il s'agit de la date à laquelle la réponse a été générée. Elle correspond à la date à laquelle la demande a été soumise lorsqu'une réponse a été générée en temps réel.
<b>N° de référence de la compagnie d'assurance</b>	Il s'agit du numéro attribué par la compagnie d'assurance. Utilisez ce numéro lorsque vous communiquez avec la compagnie d'assurance.
<b>Fournisseur de</b>	Il s'agit du nom et de l'adresse du fournisseur auxquels la demande a été associée en fonction de la sélection effectuée au moment de la soumission de

Champ	Description
services; Adresse	la demande.
Titulaire assuré; ID du titulaire; Date de naissance	Il s'agit du nom complet du titulaire, du numéro d'adhérent en fonction duquel la réponse a fait l'objet d'une adjudication et de la date de naissance selon les dossiers de la compagnie d'assurance.
Compagnie d'assurance	Il s'agit du nom de la compagnie d'assurance qui a généré la réponse.
Police	Il s'agit du numéro du participant en fonction duquel la réponse a fait l'objet d'une adjudication ou a été traitée.
Type de prestation	Il s'agit du type de régime en fonction duquel la réponse a fait l'objet d'une adjudication.
Nom du patient (lien de parenté); Date de naissance	Il s'agit du nom complet et de la date de naissance du patient en fonction des dossiers de la compagnie d'assurance. Le lien de parenté du patient avec le titulaire est indiqué entre parenthèses à côté du nom du patient.



***Si votre patient, son parent ou son tuteur indique qu'une erreur est survenue à propos des renseignements figurant dans la réponse (telle qu'une date de naissance erronée), il devra communiquer directement avec la compagnie d'assurance afin que l'erreur puisse être corrigée.***

## 4.1.2 Section supérieure de la réponse imprimée relative au Rapport d'indemnités

Cette section de la page fournit les renseignements sur le patient et la couverture sur lesquels la compagnie d'assurance s'est basée pour effectuer l'adjudication (ou le traitement) la demande, ainsi que les renseignements supplémentaires concernant la réponse générée. Les renseignements contenus dans cette section ne peuvent pas être modifiés et fournissent des renseignements qui diffèrent de ceux qui sont affichés.



eRéclamations  
Réclamez & recevez

propulsé par



Great-West compagnie d'assurance-vie

### Rapport d'indemnités

Date prévue du paiement: <b>Non disponible</b>	Fournisseur de services: <b>Clara Turner</b>
Total payable à: <b>Assuré/participant</b>	No du centre de services: <b>75160</b>
Nom du bénéficiaire: <b>Clarissa Baron</b>	No de licence: <b>717</b>
ID de la demande de l'assureur: <b>5410</b>	Patient: <b>Clarissa Baron</b>
Police: <b>5209 (Santé complémentaire)</b>	Lien de parenté: <b>Titulaire</b>
Adhèrent assuré: <b>Clarissa Baron</b>	No du dépendant: <b>-</b>
No du participant: <b>8191384</b>	Date de naissance: <b>1940-11-25</b>
Date de naissance: <b>1940-11-25</b>	

✔ **Demande acceptée**

La demande a été acceptée et le paiement sera versé au Titulaire.

Veuillez consulter les notes de l'assureur pour plus de détails sur le rapport d'indemnités.

No de référence du fournisseur: 98569  
Date soumise: 2016-11-04

Les données suivantes sont fournies pour les réponses imprimées :

Champ	Description
<Adjudicateur simulé>	Il s'agit du nom de la compagnie d'assurance qui a généré la réponse et qui est indiqué au haut de la réponse.
<b>Date prévue du paiement</b>	Lorsque celle-ci est fournie par la compagnie d'assurance, il s'agit de la date à laquelle le paiement est prévu.
<b>Total payable à</b>	Ce champ contient le bénéficiaire qui recevra le paiement, parfois appelé catégorie de bénéficiaire (adhérent de l'assureur, patient, clinique/organisation, fournisseur, tiers). Dans certains cas, il est possible que ce bénéficiaire soit différent de celui qui figure dans la demande. Le cas échéant, une note s'affiche habituellement dans la section Note(s) au bas de la page.
<b>Nom du bénéficiaire</b>	Il s'agit du type de régime en fonction duquel la réponse a fait l'objet d'une adjudication.
<b>N° de demande de l'assureur</b>	Il s'agit du numéro attribué par la compagnie d'assurance. Utilisez ce numéro lorsque vous communiquez avec la compagnie d'assurance.
<b>Police</b>	Il s'agit du numéro du participant en fonction duquel la réponse a fait l'objet d'une adjudication ou a été traitée.

Champ	Description
<b>Titulaire assuré;</b> <b>ID du titulaire;</b> <b>Date de naissance</b>	Il s'agit du nom complet du titulaire, du numéro d'adhérent en fonction duquel la réponse a fait l'objet d'une adjudication, et de la date de naissance selon les dossiers de la compagnie d'assurance.
<b>Sommaire de la réponse</b>	Un titre et une note explicative qui fournissent un sommaire et des détails de la réponse de la compagnie d'assurance.
<b>N° de référence du fournisseur</b>	Il s'agit du numéro de la demande attribué par l'application de soumission.
<b>Date soumise</b>	Il s'agit de la date à laquelle la demande a été soumise.
<b>Fournisseur de services</b>	Il s'agit du nom et de l'adresse du fournisseur auquel la demande a été associée en fonction de la sélection effectuée au moment de la soumission de la demande, sauf si un opticien a été sélectionné, dans lequel cas le nom du fournisseur de produits optiques s'affichera.
<b>ID de l'emplacement des services</b>	Il s'agit du numéro du titulaire en fonction duquel la réponse a été soumise.
<b>N° de licence</b>	Le numéro de licence du fournisseur de services s'il s'agit d'un professionnel autorisé.
<b>Patient</b>	Il s'agit du nom complet et de la date de naissance du patient en fonction des dossiers de la compagnie d'assurance.
<b>Lien de parenté avec l'assuré/l'adhérent</b>	Il s'agit du lien de parenté du patient avec le titulaire.
<b>N° de la personne à charge</b>	Lorsque celui-ci est fourni, il s'agit du numéro attribué au patient.
<b>Date de naissance</b>	Il s'agit de la date de naissance du patient en fonction des dossiers de la compagnie d'assurance.

### 4.1.3 Affichage des Détails de la demande de prestations

La partie restante de la page représente la façon dont la compagnie d'assurance du patient a effectué l'adjudication des lignes de la demande soumise ou les a traitées. Les renseignements affichés dans cette section ne peuvent pas être modifiés.

#### Détail de la demande de prestations

Ligne	Date de service	Description du service	Soumis	Éligible	COB	Déductible	Payable à	Montant payé	Note(s)
1	2016-11-03	Évaluation lors de visite initiale	89,00\$	80,10\$			100%	80,10\$	
		<b>Totaux:</b>	<b>89,00\$</b>	<b>80,10\$</b>			<b>Total payé:</b>	<b>80,10\$</b>	

Les renseignements suivants sont fournis dans cette section. Les colonnes sont d'abord décrites, suivies de la ligne récapitulative et des champs restants :

Champ	Description
<b>Ligne</b>	Cette colonne représente le numéro de la ligne de la demande.
<b>Date de prestation du service</b>	Cette colonne représente la date à laquelle le service a été soumis pour la ligne de la demande.
<b>Description du service</b>	Cette colonne présente une courte description du code correspondant à la ligne de la demande en fonction de la réponse générée par la compagnie d'assurance.
<b>Montant soumis</b>	Cette colonne représente le montant total soumis initialement pour la ligne de la demande.  Si ce montant est vide, la ligne de la demande a été ajoutée par la compagnie d'assurance. Il devrait y avoir une note expliquant pourquoi une ligne a été ajoutée.
<b>Éligible</b>	Cette colonne représente le montant que la compagnie d'assurance a jugé éligible ou admissible lors du calcul du montant payé pour la ligne de la demande.
<b>COB</b>	Lorsque la coordination des prestations est en vigueur, cette colonne représente le montant payé selon la couverture qui a eu priorité sur la couverture qui s'applique à la réponse.
<b>Déductible</b>	Le cas échéant, cette colonne représente le montant de la franchise conservé pour la ligne de la demande.
<b>Payable à</b>	Le cas échéant, cette colonne représente le pourcentage couvert par la police du patient pour la ligne de la demande.
<b>Montant payé</b>	Cette colonne représente le montant déterminé par la compagnie d'assurance qui sera payé pour la ligne de la demande en vertu de la couverture indiquée dans la section supérieure. Champ
<b>Note(s)</b>	Le cas échéant, cette colonne représente une ou plusieurs notes qui donnent des explications supplémentaires sur la façon dont la ligne de la demande a fait l'objet d'une adjudication (ou d'un traitement).  La colonne indiquera un numéro de note correspondant à une note indiquée dans la section Note(s) figurant sous le champ <b>Date prévue du paiement</b> .
<b>Totaux</b>	Les colonnes <b>Soumis</b> , <b>Éligible</b> et <b>Déductible</b> comportent un montant total.
<b>Total payé</b>	Ce montant représente le montant total que versera la compagnie d'assurance pour toutes les lignes de demande combinées.  La différence entre le <b>Total payé</b> et le montant <b>Soumis</b> correspond à la partie non payée redevable par le patient ou par son parent ou tuteur.



*Ce champ correspond au bénéficiaire à qui le montant sera versé. Dans certains cas, il est possible que ce bénéficiaire soit différent de celui qui figure sur la demande.*

#### 4.1.4 Détails de la demande de prestations imprimés

La partie restante de la page représente la façon dont la compagnie d'assurance du patient a effectué l'adjudication des lignes de la demande soumise ou les a traitées. Les renseignements contenus dans cette section ne peuvent pas être modifiés et fournissent des renseignements qui diffèrent de ceux qui sont affichés.

Date de service	Description du service	Soumis	Éligible	Déductible	Payable à	Montant payé	Note(s)
2018-11-03	Évaluation lors de visite initiale	89,00\$	80,10\$		100%	80,10\$	
<b>Totaux:</b>		<b>89,00\$</b>				<b>80,10\$</b>	

**Remarque(s) relative(s) à l'assureur**

SI VOUS AVEZ DES QUESTIONS, S'IL VOUS PLAÎT APPELEZ L'ASSUREUR AT [REDACTÉ]

Les informations contenues dans ce formulaire a été utilisé pour traiter votre demande par voie électronique. S'il vous plaît vérifier l'exactitude de ces données et signaler toute anomalie. Ne pas envoyer ce formulaire à l'assureur administrateur / Plan.

Les données suivantes sont fournies pour les réponses imprimées :

Champ :	Description
<b>Date de prestation du service</b>	Cette colonne représente la date à laquelle le service a été soumis pour la ligne de la demande.
<b>Description du service</b>	Cette colonne présente une courte description du code correspondant à la ligne de la demande en fonction de la réponse générée par la compagnie d'assurance.
<b>Soumis</b>	Cette colonne représente le montant total soumis initialement pour la ligne de la demande.  Si ce montant est vide, la ligne de la demande a été ajoutée par la compagnie d'assurance. Il devrait y avoir une note expliquant pourquoi une ligne a été ajoutée.
<b>Éligible</b>	Cette colonne représente le montant que la compagnie d'assurance a jugé éligible ou admissible lors du calcul du montant payé pour la ligne de la demande.
<b>Déductible</b>	Le cas échéant, cette colonne représente le montant de la franchise conservé pour la ligne de la demande.
<b>Payable à</b>	Le cas échéant, cette colonne représente le pourcentage couvert par la police du patient pour la ligne de la demande.
<b>Montant payé</b>	Cette colonne représente le montant déterminé par la compagnie d'assurance qui sera payé pour la ligne de la demande en vertu de la couverture indiquée dans la section supérieure. Champ
<b>Note(s)</b>	Le cas échéant, cette colonne représente une ou plusieurs notes qui donnent des explications supplémentaires sur la façon dont la ligne de la demande a fait l'objet d'une adjudication (ou d'un traitement).  La colonne indiquera un numéro de note correspondant à une note indiquée dans la section Note(s) figurant sous la deuxième ligne horizontale.
<b>Totaux</b>	Les colonnes <b>Soumis</b> , <b>Éligible</b> et <b>Déductible</b> comportent un montant total.

Champ :	Description
Note(s) de l'assureur	Cette section présente toutes les notes de la compagnie d'assurance qui s'appliquent aux lignes de demande ou à la demande en général.  Vous y trouverez généralement une note indiquant de quelle façon communiquer avec la compagnie d'assurance.

## 4.2 Accusé de réception d'une demande de règlement

Ce type de réponse est généré lorsque la compagnie d'assurance a bien reçu la demande de règlement, mais n'est pas en mesure de terminer le processus d'adjudication. L'accusé de réception permet simplement d'accuser réception de la demande de règlement.

Les résultats de l'adjudication réels seront fournis à une date ultérieure par la compagnie d'assurance en fonction du bénéficiaire du paiement. Dans certains cas, il est possible que ce bénéficiaire soit différent de celui qui figure sur la demande. Le cas échéant, une note s'affiche habituellement dans la section Note(s) inférieure.

### 4.2.1 Accusé de réception d'une demande de règlement

**TELUS | SANTÉ** Portail des fournisseurs

Accueil CSPAAT eRéclamations Contactez-nous

eRéclamations > Soumettre une réclamation ou voir vos transactions Tina Turner Fin de session

Soumettre une demande ou voir vos transactions

Entrée de la demande Transactions actuelles Transactions antérieures Formulaire d'autorisation Foire aux questions Manuel de l'utilisateur

**Accusé de réception d'une demande de règlement**

**Demande en suspens**

L'assureur révisé actuellement votre demande et communiquera avec vous dès qu'une décision aura été prise. Aucune autre action n'est requise.

Veuillez consulter les notes de l'assureur pour plus de détails. Il est recommandé d'imprimer un PDF pour vos dossiers en utilisant le bouton ci-dessous.

**Notes de l'assureur:**  
724 CLAIM HAS BEEN ACCEPTED FOR FURTHER PROCESSING.  
[Afficher plus](#)

Total payable à: **Assuré/participant**  
 Nom du bénéficiaire: **Clarissa Baron**  
 Date prévue du paiement: **Non disponible**

Date de transmission: **2016-11-03** Compagnie d'assurance: **Simulated Adjudicator**  
 ID demandeur assureur: **9901** Police: **5209**  
 Fournisseur de services: **Clara Turner** Type de régime: **Santé complémentaire**  
 Adresse: **232 Mountain ST**  
**Calgary, AB T5G 3A3**

Adhérent assuré: **Clarissa Baron** Nom du patient: **Clarissa Baron (Titulaire)**  
 ID du titulaire: **8191384** Date de naissance: **1940-11-25**  
 Date de naissance: **1940-11-25**

**Détail de la demande de prestations**

Ligne	Date de service	Description du service	Soumis	Éligible	COB	Déductible	Payable à	Montant payé	Note(s)
1	2016-11-03	Évaluation lors de visite initiale	89,00\$						
<b>Totaux:</b>			<b>89,00\$</b>				<b>Total payé:</b>		

Imprimer PDF Nouvelle demande Nouvelle demande pour la même famille Terminer

En ce qui concerne les accusés de réception d'une demande de règlement, le haut de la page sera presque identique à une réponse affichée relative au Rapport d'indemnités, sauf pour le Sommaire de la réponse et les détails de la demande qui ne fourniront que les renseignements s

soumis et aucun autre détail sur la façon dont la compagnie d'assurance a effectué l'adjudication des services fournis.

Le détail de la demande s'affiche dans le même format qu'un Rapport d'indemnités, mais les renseignements fournis par la compagnie d'assurance demeurent vides, puisqu'aucun d'entre eux n'est fourni pour un Accusé de réception d'une demande de règlement.



*Si la demande indique d'émettre le paiement au fournisseur ou son organisation, ou de modifier le bénéficiaire ou le type de paiement, vous devez d'abord annuler l'accusé de réception (voir [Annulation d'une transaction](#)), puis soumettre de nouveau une demande en prenant soin d'y identifier le titulaire comme bénéficiaire du paiement (champ Total payable à).*

 **Demande en suspens**

L'assureur révisé actuellement votre demande et communiquera avec vous dès qu'une décision aura été prise. Cependant, le paiement pourrait être versé au Titulaire à cause des règles de son régime.

En conséquence, voici ce que nous recommandons:

- 1) Annuler cette demande.
- 2) Soumettre une nouvelle demande payable au Titulaire.
- 3) Demander au Titulaire de payer le montant total de la demande.

Veuillez consulter les notes de l'assureur pour plus de détails.  
Il est recommandé d'imprimer un PDF pour vos dossiers en utilisant le bouton ci-dessous.

**Notes de l'assureur:**

724.CLAIM HAS BEEN ACCEPTED FOR FURTHER PROCESSING.

[Afficher plus](#)

Les renseignements suivants indiquent les différences de champ entre un Rapport d'indemnités et un Accusé de réception d'une demande de règlement :

Champ :	Rapport d'indemnités	Accusé de réception d'une demande de règlement
<b>Total payable à</b>	Disponible, fourni par la compagnie d'assurance.	Peut être disponible, selon la compagnie d'assurance.
<b>Nom du bénéficiaire</b>	Disponible, fourni par la compagnie d'assurance.	Peut être disponible, selon la compagnie d'assurance.
<b>Date prévue du paiement</b>	Peut être disponible, selon la compagnie d'assurance.	Peut être disponible, selon la compagnie d'assurance.
<b>Date de prestation du service</b>	Disponible, fourni par la compagnie d'assurance.	Disponible, en fonction des éléments soumis.
<b>Description du service</b>	Disponible, fourni par la compagnie d'assurance.	Disponible, en fonction des éléments soumis.
<b>Montant soumis</b>	Disponible, fourni par la compagnie d'assurance.	Disponible, en fonction des éléments soumis.
<b>Éligible</b>	Disponible, fourni par la compagnie d'assurance.	Non disponible et vide.
<b>COB</b>	Disponible, mais non utilisée actuellement.	Non disponible et vide.
<b>Code de service</b>	Disponible, fourni par la compagnie d'assurance.	Non disponible et vide.

Champ :	Rapport d'indemnités	Accusé de réception d'une demande de règlement
Payable à	Disponible, fourni par la compagnie d'assurance.	Non disponible et vide.
Montant payé	Disponible, fourni par la compagnie d'assurance.	Non disponible et vide.
Note(s)	Disponible, fourni par la compagnie d'assurance.	Non disponible au niveau de la ligne de la demande.

#### 4.2.2 Accusé de réception d'une demande de règlement imprimé



eRéclamations  
Réclamez & recevez

propulsé par



**Great-West compagnie d'assurance-vie**

### Accusé de réception d'une demande de règlement

Date prévue du paiement: **Non disponible**

Total payable à: **Assuré/participant**

Nom du bénéficiaire: **Clarissa Baron**

Fournisseur de services: **Clara Turner**

No du centre de services: **75160**

No de licence: **717**

ID de la demande de l'assureur: **7703**

Police: **5209 (Santé complémentaire)**

Adhèrent assuré: **Clarissa Baron**

No du participant: **8191384**

Date de naissance: **1940-11-25**

Patient: **Clarissa Baron**

Lien de parenté: **Titulaire**

No du dépendant: **-**

Date de naissance: **1940-11-25**

**🕒 Demande en suspens**

L'assureur révisé actuellement votre demande et communiquera avec vous dès qu'une décision aura été prise.

Aucune autre action n'est requise.

Veuillez consulter les notes de l'assureur pour plus de détails.

No de référence du fournisseur: **98572**

Date soumise: **2016-11-04**

Date de service	Description du service	Soumis
2016-11-03	Évaluation lors de visite initiale	89,00\$
<b>Totaux:</b>		<b>89,00\$</b>

### Remarque(s) relative(s) à l'assureur

724.Demande a été acceptée POUR PLUS DE TRAITEMENT.  
SI VOUS AVEZ DES QUESTIONS, S'IL VOUS PLAÎT APPELEZ L'ASSUREUR AT [REDACTED]  
Cette demande a été soumise électroniquement Ceci est seulement un reçu.

Tout comme les réponses affichées, le haut de la page sera presque identique à une réponse imprimée relative au Rapport d'indemnités, sauf pour le Sommaire de la réponse, et les détails de

chaque ligne ne fourniront que les renseignements sur les détails soumis et aucun autre détail sur la façon dont la compagnie d'assurance a effectué l'adjudication des services soumis.

Les renseignements suivants indiquent les différences entre les champs d'un Rapport d'indemnités et d'un Accusé de réception d'une demande de règlement (veuillez noter que l'exemple type ci-dessus est un exemple dans lequel aucun renseignement sur le paiement n'a été fourni) :

Champ	Rapport d'indemnités	Accusé de réception d'une demande de règlement
<b>Date de prestation du service</b>	Disponible, fourni par la compagnie d'assurance.	Disponible, en fonction des éléments soumis.
<b>Description du service</b>	Disponible, fourni par la compagnie d'assurance.	Disponible, en fonction des éléments soumis.
<b>Soumis</b>	Disponible, fourni par la compagnie d'assurance.	Disponible, en fonction des éléments soumis.
<b>Date prévue du paiement</b>	Peut être disponible, selon la compagnie d'assurance.	Peut être disponible, selon la compagnie d'assurance.
<b>Total payable à</b>	Disponible, fourni par la compagnie d'assurance.	Peut être disponible, selon la compagnie d'assurance.
<b>Nom du bénéficiaire</b>	Disponible, fourni par la compagnie d'assurance.	Peut être disponible, selon la compagnie d'assurance.
<b>Adresse du bénéficiaire</b>	Peut être disponible, fournie par la compagnie d'assurance.	Peut être disponible, selon la compagnie d'assurance.
<b>Note(s)</b>	Disponible, fourni par la compagnie d'assurance.	Non disponible au niveau de la ligne de la demande.

### 4.3 Réponse relative au Détail des prestations d'un plan de traitement

Ce type de réponse est généré lorsque la compagnie d'assurance a correctement traité la demande de plan de traitement. La réponse relative au plan de traitement indique le montant que la compagnie d'assurance aurait payé si les services avaient été fournis à cette date.

### 4.3.1 Détail des prestations d'un plan de traitement affiché


Portail des fournisseurs

Accueil
CSPAAT
eRéclamations
Contactez-nous

eRéclamations > Soumettre une réclamation ou voir vos transactions Tina Turner Fin de session

Soumettre une demande ou voir vos transactions

Entrée de la demande
Transactions actuelles
Transactions antérieures
Formulaires d'autorisation

[Foire aux questions](#)
[Manuel de l'utilisateur](#)

**Détail des prestations d'un plan de traitement**

✔ **Demande de plan de traitement accepté**

La demande de plan de traitement a été acceptée.

Veuillez consulter les notes de l'assureur pour plus de détails.  
Il est recommandé d'imprimer un PDF pour vos dossiers en utilisant le bouton ci-dessous.

**Notes de l'assureur:**

THE ESTIMATED BENEFIT PAYMENT FOR THIS TREATMENT WAS CALCULATED BASED ON THE INFORMATION PROVIDED. HOWEVER ANY OF THE FOLLOWING CONDITIONS MAY RESULT IN A DIFFERENT PAYMENT AMOUNT-  
1. THIS AMOUNT MAY BE LOWER IF THE PLAN HAS AN ANNUAL BENEFIT MAXIMUM AND ADDITIONAL CLAIMS ARE PROCESSED FOR THIS PATIENT BEFORE THE CLAIM FOR THIS TREATMENT IS SUBMITTED. WE RECOMMEND THAT CLAIMANTS REVIEW THEIR CLAIM RECORDS, CONTACT THEIR PLAN ADMINISTRATOR OR CHECK WITH OUR CONTACT CENTRE BEFORE PROCEEDING WITH TREATMENT TO ENSURE BENEFITS WILL NOT BE AFFECTED BY THE PLAN MAXIMUM-  
2. THIS AMOUNT MAY BE HIGHER OR LOWER IF THE PLAN HAS A DEDUCTIBLE THAT WILL BE AFFECTED BY THE DATE OF TREATMENT OR SUBMISSION OF OTHER CLAIMS-  
3. THIS AMOUNT MAY NOT BE PAID IF COVERAGE TERMINATES BEFORE THE TREATMENT IF THE DEPENDENT IS NO LONGER ELIGIBLE ON THE DATE OF TREATMENT OR IF THE CLAIM IS SUBMITTED AFTER THE CLAIM SUBMISSION PERIOD SPECIFIED BY THE PLAN-  
4. THIS AMOUNT MAY CHANGE IF THERE ARE ANY UPDATES TO THE BENEFIT PLAN-  
5. THIS AMOUNT MAY BE LOWER IF THE PATIENT IS ENTITLED TO PAYMENT FOR THESE SERVICES UNDER ANY OTHER PLAN.

[Afficher plus](#)

Date de transmission: **2016-11-03**

No du plan de traitement: **3689**

Fournisseur de services: **Clara Turner**

Adresse: **232 Mountain ST  
Calgary, AB T5G 3A3**

Adhérent assuré: **Clarissa Baron**

ID du titulaire: **8191384**

Date de naissance: **1940-11-25**

Compagnie d'assurance: **Simulated Adjudicator**

Police: **5209**

Type de régime: **Santé complémentaire**

Nom du patient: **Clarissa Baron (Titulaire)**

Date de naissance: **1940-11-25**

**Détail du plan de traitement**

Ligne	Description du service	Soumis	Éligible	COB	Déductible	Payable à	Prestations estimées	Note(s)
1	Évaluation lors de visite initiale	89,00\$	80,10\$			100%	80,10\$	
<b>Total:</b>		<b>89,00\$</b>	<b>80,10\$</b>			<b>Total payé:</b>	<b>80,10\$</b>	

Imprimer PDF
Nouvelle demande
Nouvelle demande pour la même famille

Terminer

Le tableau suivant explique les différences entre une réponse affichée relative au Détail des prestations et une réponse relative au Détail des prestations d'un plan de traitement :

Champ	Rapport d'indemnités	Détail des prestations d'un plan de traitement
<b>Total payable à</b>	Disponible	Non disponible – ne s'affiche pas.
<b>Nom du bénéficiaire</b>	Disponible	Non disponible – ne s'affiche pas.
<b>Date prévue du paiement</b>	Disponible	Non disponible – ne s'affiche pas.
<b>N° réf. de l'assureur</b>	Non disponible – ne s'affiche pas.	Sans objet Il est remplacé par le numéro du plan de traitement.
<b>N° du plan de traitement</b>	Sans objet	Disponible et correspond au numéro généré par la compagnie d'assurance. Utilisez ce numéro lorsque vous communiquez avec la compagnie d'assurance.
<b>Date de prestation du service</b>	Sans objet	Non disponible La compagnie d'assurance utilise la date soumise comme date de service. Elle ne s'affiche pas.
<b>Montant payé</b>	Disponible	Non disponible Il est remplacé par le montant des prestations estimées.
<b>Prestations estimées</b>	Non disponible	Disponible.
<b>Total payé</b>	Correspond au montant total que la compagnie d'assurance va payer pour toutes les lignes de demande	Correspond au montant total que la compagnie d'assurance aurait payé pour toutes les lignes de demande si les services avaient été fournis à cette date.

#### 4.3.2 Détail des prestations d'un plan de traitement imprimé



eRéclamations  
Réclamez & recevez

propulsé par



**Great-West compagnie d'assurance-vie**

## Détail des prestations d'un plan de traitement

Date prévue du paiement: <b>Non disponible</b>	Fournisseur de services: <b>Clara Turner</b>
Total payable à: <b>-</b>	No du centre de services: <b>75160</b>
Nom du bénéficiaire: <b>-</b>	No de licence: <b>717</b>
No de plan de traitement de l'assureur: <b>4660</b>	Patient: <b>Clarissa Baron</b>
Police: <b>5209 (Santé complémentaire)</b>	Lien de parenté: <b>Titulaire</b>
Adhèrent assuré: <b>Clarissa Baron</b>	No du dépendant: <b>-</b>
No du participant: <b>8191384</b>	Date de naissance: <b>1940-11-25</b>
Date de naissance: <b>1940-11-25</b>	

✔ **Demande de plan de traitement accepté**

La demande de plan de traitement a été acceptée.

Veuillez consulter les notes de l'assureur pour plus de détails.

No de référence du fournisseur: **98573**  
Date soumise: **2016-11-04**

Description du service	Soumis	Éligible	Déductible	Payable à	Montant estimé	Note(s)
Évaluation lors de visite initiale	89,00\$	80,10\$		100%	80,10\$	
<b>Totaux:</b>	<b>89,00\$</b>				<b>80,10\$</b>	

### Remarque(s) relative(s) à l'assureur

LE PAIEMENT DES PRESTATIONS POUR ESTIMATION Ce traitement a été calculé sur la base de l'information fournie. CEPENDANT UNE DES CONDITIONS SUIVANTES PEUT PROVOQUER UN MONTANT DU PAIEMENT DIFFÉRENT.

1. Ce montant peut être inférieur si le plan a UNE PRESTATION MAXIMALE ANNUELLE ET REVENDEICATIONS SUPPLÉMENTAIRES SONT TRAITÉES POUR CE PATIENT AVANT LA DEMANDE DE CE TRAITEMENT EST SOUMIS. NOUS RECOMMANDONS QUE LES DEMANDEURS examiner leurs dossiers de réclamation, COMMUNIQUER AVEC LEUR PLAN ADMINISTRATEUR OU CONSULTER NOTRE CENTRE DE CONTACT AVANT DE TRAITEMENT POUR ASSURER LES PRESTATIONS NE SERONT PAS TOUCHÉS PAR LE MAXIMUM PLAN.
2. Ce montant peut être supérieur ou inférieur si le plan A UNE FRANCHISE QUI SERONT AFFECTES PAR LA DATE DE TRAITEMENT OU SOUMISSION DES AUTRES REVENDEICATIONS.
3. Ce montant ne peut être versée que si COUVERTURE TERMINE AVANT LE TRAITEMENT si elle est plus admissible SUR LA DATE DE TRAITEMENT OU SI LA DEMANDE EST PRESENTÉE APRES LA PERIODE DEMANDE DE SOUMISSION SPÉCIFIÉS PAR LE PLAN.
4. Ce montant peut changer s'il y a des mises à jour du RÉGIME DE PRESTATIONS.
5. Ce montant peut être inférieur si le patient a droit au paiement de ces services sous un autre régime.

**SI VOUS AVEZ DES QUESTIONS, S'IL VOUS PLAÎT APPELEZ L'ASSUREUR AT**

Les informations contenues dans ce formulaire a été utilisé pour traiter votre demande par voie électronique. S'il vous plaît vérifier l'exactitude de ces données et signaler toute anomalie. Ne pas envoyer ce formulaire à l'assureur administrateur / Plan.

Le tableau suivant explique les différences entre une réponse imprimée relative à un Rapport d'indemnités et une réponse imprimée relative au Détail des prestations d'un plan de traitement :

Champ :	Rapport d'indemnités	Détail des prestations d'un plan de traitement
<b>Date prévue du paiement</b>	Non disponible – ne s'affiche pas.	Non disponible – ne s'affiche pas.
<b>Total payable à</b>	Disponible	Non disponible – ne s'affiche pas.
<b>Nom du bénéficiaire</b>	Disponible	Non disponible – ne s'affiche pas.
<b>N° de demande de l'assureur</b>	Disponible	Sans objet? Il est remplacé par le numéro de plan de traitement de la compagnie d'assurance.
<b>N° de plan de traitement de l'assureur</b>	Sans objet	Disponible et correspond au numéro généré par la compagnie d'assurance. Utilisez ce numéro lorsque vous communiquez avec la compagnie d'assurance.
<b>Date de prestation du service</b>	Sans objet	Non disponible La compagnie d'assurance utilise la date soumise comme date de service. Elle ne s'affiche pas.
<b>Montant payé</b>	Disponible	Non disponible Il est remplacé par le montant estimé.
<b>Montant estimé</b>	Non disponible	Disponible et correspond au montant que la compagnie d'assurance aurait payé si le service aurait payé pour la ligne si les services avaient été fournis à cette date.

## 4.4 Autres réponses possibles

Cette section décrit les autres réponses qui peuvent être reçues.

### 4.4.1 Problème rencontré

Dans certains cas, il est possible que la compagnie d'assurance ait éprouvé un problème lors du traitement de la demande. La compagnie d'assurance fournira alors les détails du ou des problèmes avec la demande.

Une réponse relative à un problème qui est survenu comportera une boîte dans le haut de la réponse intitulée « Problème rencontré ». L'exemple suivant montre ce à quoi ce type de réponse peut ressembler :

**TELUS | SANTÉ** Portail des fournisseurs

Accueil CSPAAT eRéclamations Contactez-nous

eRéclamations > Soumettre une réclamation ou voir vos transactions Tina Turner Fin de session

Soumettre une demande ou voir vos transactions

Entrée de la demande Transactions actuelles Transactions antérieures Formulaires d'autorisation Foire aux questions Manuel de l'utilisateur

Rapport d'indemnités

**Problème rencontré**

La demande comporte des renseignements non valides, non acceptés ou manquants. Veuillez consulter les notes de l'assureur et apporter les corrections appropriées avant de soumettre à nouveau la demande.

**Type de problème:**  
KEY204 - code d'identification non reconnu

**Notes de l'assureur:**  
NO PATIENT RECORD FOUND. ENSURE POLICY/ID ARE CORRECT AND RETRY OR MAIL IN.

Date de transmission: 2016-11-03 Compagnie d'assurance: Simulated Adjudicator  
ID demande assureur: 3302 Police: 5209  
Fournisseur de services: Clara Turner Type de régime: Santé complémentaire  
Adresse: 232 Mountain ST  
Calgary, AB T5G 3A3  
Adhèrent assuré: Clarissa Baron Nom du patient: Clarissa Baron (Titulaire)  
ID du titulaire: 8191384 Date de naissance: 1940-11-25  
Date de naissance: 1940-11-25

Détail de la demande de prestations

Ligne	Date de service	Description du service	Soumis	Éligible	COB	Déductible	Payable à	Montant payé	Note(s)
1	2016-11-03	Évaluation lors de visite initiale	89,00\$						
<b>Totaux:</b>			<b>89,00\$</b>				<b>Total payé:</b>		

Imprimer PDF Corriger Nouvelle demande Nouvelle demande pour la même famille Terminer

Pour apporter une correction :

1. Vérifiez les erreurs indiquées dans la section Note(s).
2. Si les erreurs peuvent être corrigées, cliquez sur **Corriger** pour revenir à la page d'entrée de la demande dans laquelle vous pourrez apporter les corrections appropriées.
3. Une fois toutes les corrections appropriées effectuées, vous pouvez soumettre de nouveau la demande.

S'il vous est impossible de corriger les erreurs, vous pouvez :

1. Créer une toute nouvelle demande en cliquant sur **Nouvelle demande** OU
2. Soumettre une autre demande pour un membre de la même famille en cliquant sur **Nouvelle demande pour la même famille**.

#### 4.4.2 Erreur de connexion

Dans certains cas, il est possible que le délai de traitement de la demande soit trop long (temps écoulé) s'il y a un problème de connexion entre le Portail et la compagnie d'assurance. Dans une telle situation, après un délai précis suivant la soumission de la demande, vous obtiendrez une page indiquant une erreur de connexion (ou d'expiration).

 **Erreur de connexion**

La connexion a expiré ou une erreur est survenue lorsque vous avez tenté de vous connecter au serveur. Vous pouvez effectuer une autre tentative en cliquant sur « Essayer à nouveau ». Si cette erreur continue, veuillez communiquer avec le Centre de soutien aux fournisseurs de TELUS Santé au 1-866-240-7492, sélectionnez l'option 3, et indiquez l'erreur qui est survenue (code d'erreur : 262799).

**Pour essayer à nouveau plus tard :** Cette demande a été enregistrée conformément au code d'identification de la demande suivant: 956524. Vous pouvez soumettre de nouveau cette demande **aujourd'hui seulement**, à partir de l'onglet « Transactions actuelles », dans lequel vous serez en mesure de la sélectionner, de revenir à la page d'entrée de la demande et de la soumettre de nouveau.

**Essayer à nouveau**   **Nouvelle demande**   **Nouvelle demande pour la même famille**

Vous pouvez également obtenir une erreur de connexion lors d'une demande d'annulation :

 **Erreur de connexion**

La connexion a expiré ou une erreur est survenue lorsque vous avez tenté de vous connecter au serveur. **La demande n'a pas été annulée.** Vous pouvez effectuer une autre tentative en cliquant sur « Essayer à nouveau ».

Si cette erreur continue, veuillez communiquer avec le Centre de soutien aux fournisseurs de TELUS Santé au 1-866-240-7492, sélectionnez l'option 3, et indiquez l'erreur qui est survenue (code d'erreur : 196469).

**Pour essayer à nouveau plus tard :** Sélectionnez de nouveau la demande à partir de l'onglet « Transactions actuelles » et appuyez sur « Annuler ».

**Essayer à nouveau**   **Quitter**   **Nouvelle demande**

Selon la demande soumise, vous pouvez :

1. Essayer de nouveau en cliquant sur **Essayer à nouveau**. L'application eRéclamations soumettra de nouveau la même demande à la compagnie d'assurance.
2. Essayer de nouveau à une date ultérieure. Si la transaction a généré une erreur de connexion, elle sera automatiquement enregistrée et vous pourrez y accéder en cliquant sur l'onglet **[Transactions actuelles]** uniquement pendant cette journée. Il suffit pour ce faire de trouver la demande et de la sélectionner en cliquant sur **Voir la demande soumise**. Lorsque vous aurez accès à la demande, cliquez sur **Essayer à nouveau**.



**Les transactions ayant donné lieu à une erreur de connexion ne sont accessibles que pendant la journée durant laquelle elles ont été initialement soumises. Vous devrez créer une nouvelle demande si vous souhaitez soumettre la demande à nouveau le lendemain ou à une date ultérieure.**

3. Création d'une demande. Il suffit de cliquer sur **Nouvelle demande** pour créer une toute nouvelle demande ou sur **Nouvelle demande pour la même famille** pour créer une demande pour un autre membre de la même famille.
4. Revenir à l'onglet **[Transactions actuelles]** si vous étiez en train d'essayer d'annuler une demande. Il suffit de cliquer sur **Quitter** pour revenir à l'onglet **[Transactions actuelles]**.

### 4.4.3 Message d'erreur concernant une panne du système

Le message d'erreur suivant s'affiche si une demande de règlement, un plan de traitement, ou une demande de règlement annulée sont envoyés à un assureur qui subit une panne de système.

 **Panne de système de l'assureur**

Il y a présentement une panne de système pour cet assureur.  
Pour cette raison, nous n'avons pas pu envoyer votre requête. Veuillez réessayer plus tard **aujourd'hui**.  
Si cette erreur continue, veuillez communiquer avec le Centre de soutien aux fournisseurs de TELUS Santé au 1-866-240-7492, sélectionnez l'option 3.

**Pour essayer à nouveau plus tard:** Cette demande a été enregistrée conformément au code d'identification de la demande suivant: 956524. Vous pouvez soumettre de nouveau cette demande aujourd'hui seulement, à partir de l'onglet « Transactions actuelles », dans lequel vous serez en mesure de la sélectionner, de revenir à la page d'entrée de la demande et de la soumettre de nouveau.

### 4.4.4 Accusé de réception d'un plan de traitement

Selon la compagnie d'assurance, vous pourrez obtenir ce type de réponse si la compagnie d'assurance a bien reçu la demande de plan de traitement, mais n'est pas en mesure de compléter le processus d'adjudication.

La réponse relative à l'Accusé de réception d'un plan de traitement ne fait qu'accuser réception de la demande de plan de traitement.

Le résultat réel du traitement sera fourni à une date ultérieure par la compagnie d'assurance en format papier au fournisseur ou au patient, selon les pratiques de la compagnie d'assurance.

Tout comme pour la réponse relative à un Accusé de réception correspondant à une demande de règlement, les détails de la demande n'indiqueront que les détails qui ont été soumis.

### 4.4.5 Remplacement de code

Dans certains cas, il est possible de remplacer une ou plusieurs lignes de service par des lignes supplémentaires. Dans une telle situation, vous pouvez vous attendre à recevoir une explication sous forme de note pour les lignes ayant été remplacées, ainsi que pour les lignes supplémentaires.

**Portail des fournisseurs**

Accueil CSPAAT eRéclamations Contactez-nous

eRéclamations > Soumettre une réclamation ou voir vos transactions - Loc Physio Clinic File de session

Soumettre une demande ou voir vos transactions

Entrée de la demande Transactions actuelles Transactions antérieures Formulaires d'autorisation Foire aux questions Manuel de l'utilisateur

**Rapport d'indemnités**

**✓ Demande acceptée**  
 La demande a été acceptée et le paiement sera versé au **Titulaire**.  
 Veuillez consulter les notes de l'assureur pour plus de détails sur le rapport d'indemnités. Il est recommandé d'imprimer un PDF pour vos dossiers en utilisant le bouton ci-dessous.  
**Notes de l'assureur:**  
 IF YOU HAVE ANY QUESTIONS, PLEASE CALL THE INSURER AT [REDACTED]  
[Afficher plus](#)

Total payable à: **Assuré/participant**  
 Nom du bénéficiaire: **test test**  
 Date prévue du paiement: **Non disponible**

Date de transmission: **2016-11-04** Compagnie d'assurance: **Simulated Adjudicator**  
 ID demande assureur: **146** Police: **23534534**  
 Fournisseur de services: **Sahil Dev** Type de régime: **Santé complémentaire**

Adresse: **CP 56**  
**Type, ABCD, XYZ**  
**Rochester Hills, NB E4H 2R5**

Adhérent assuré: **test test** Nom du patient: **test test (Titulaire)**  
 ID du titulaire: **5345345** Date de naissance: **1990-09-09**  
 Date de naissance: **1990-09-09**

**Détail de la demande de prestations**

Ligne	Date de service	Description du service	Soumis	Éligible	COB	Déductible	Payable à	Montant payé	Note(s)
1	2016-11-01	Évaluation lors de visite initiale	120,00\$	0,00\$				0,00\$	1
2	2016-11-01	Test	150,00\$	0,00\$				0,00\$	1
3	2016-11-01	Test	270,00\$	270,00\$			100%	270,00\$	2
<b>Totaux:</b>			<b>270,00\$</b>	<b>270,00\$</b>				<b>Total payé:</b>	<b>270,00\$</b>

Imprimer PDF Nouvelle demande Nouvelle demande pour la même famille Terminer

### 4.4.6 Avis de refus d'une demande de règlement

Selon la compagnie d'assurance, vous pourrez recevoir ce type de réponse si la compagnie d'assurance n'est pas en mesure de répondre par voie électronique à votre demande de règlement ou de plan de traitement.

Si cela se produit, vous devriez voir une note vous demandant de soumettre une demande en format papier (ou manuellement) dans la section Note(s), au bas de la réponse.

Il est également possible que certaines compagnies d'assurance vous permettent de communiquer directement avec elles.

### Affiché

**Portail des fournisseurs**

Accueil CSPAAT eRéclamations Contactez-nous

eRéclamations > Soumettre une réclamation ou voir vos transactions Tina Turner File de session

Soumettre une demande ou voir vos transactions

Entrée de la demande Transactions actuelles Transactions antérieures Formulaires d'autorisation Foire aux questions Manuel de l'utilisateur

**Refus d'une demande de règlement**

**✗ Demande rejetée**  
 La demande a été rejetée.  
 Veuillez consulter les notes de l'assureur pour plus de détails.  
**Notes de l'assureur:**  
 CLAIMS FOR THIS PLAN MUST BE SUBMITTED MANUALLY.  
[Afficher plus](#)

Total payable à: **Assuré/participant**  
 Nom du bénéficiaire: **Clarissa Baron**  
 Date prévue du paiement: **Non disponible**

Date de transmission: **2016-11-03** Compagnie d'assurance: **Simulated Adjudicator**  
 ID demande assureur: **728** Police: **5209**  
 Fournisseur de services: **Clara Turner** Type de régime: **Santé complémentaire**

Adresse: **232 Mountain ST**  
**Calgary, AB T5G 3A3**

Adhérent assuré: **Clarissa Baron** Nom du patient: **Clarissa Baron (Titulaire)**  
 ID du titulaire: **8191384** Date de naissance: **1940-11-25**  
 Date de naissance: **1940-11-25**

**Détail de la demande de prestations**

Ligne	Date de service	Description du service	Soumis	Éligible	COB	Déductible	Payable à	Montant payé	Note(s)
1	2016-11-03	Évaluation lors de visite initiale	89,00\$	0,00\$				0,00\$	
<b>Totaux:</b>			<b>89,00\$</b>					<b>Total payé:</b>	<b>0,00\$</b>

Imprimer PDF Nouvelle demande Nouvelle demande pour la même famille Terminer

## Imprimé

		propulsé par 	
<b>Great-West compagnie d'assurance-vie</b>			
<h2>Refus d'une demande de règlement</h2>			
Date prévue du paiement:	Non disponible	Fournisseur de services:	Clara Turner
Total payable à:	Assuré/participant	No du centre de services:	75160
Nom du bénéficiaire:	Clarissa Baron	No de licence:	717
ID de la demande de l'assureur:	5115	Patient:	Clarissa Baron
Police:	5209 (Santé complémentaire)	Lien de parenté:	Titulaire
Adhèrent assuré:	Clarissa Baron	No du dépendant:	-
No du participant:	8191384	Date de naissance:	1940-11-25
Date de naissance:	1940-11-25		
<p><b>✘ Demande rejetée</b></p> <p>La demande a été rejetée. Veuillez consulter les notes de l'assureur pour plus de détails.</p>			
No de référence du fournisseur:	98575		
Date soumise:	2016-11-04		
<b>Date de service</b>	<b>Description du service</b>	<b>Soumis</b>	
2016-11-03	Prescription	89,00\$	
	<b>Total:</b>	<b>89,00\$</b>	
<h2>Remarque(s) relative(s) à l'assureur</h2>			
<p>DEMANDES DE CE PLAN DOIVENT ÊTRE SOUMISES MANUELLE. SI VOUS AVEZ DES QUESTIONS, S'IL VOUS PLAÎT APPELEZ L'ASSUREUR AT [REDACTED]</p> <p>Les informations contenues dans ce formulaire a été utilisé pour traiter votre demande par voie électronique. S'il vous plaît vérifier l'exactitude de ces données et signaler toute anomalie. Ne pas envoyer ce formulaire à l'assureur administrateur / Plan.</p>			

## 5 Affichage de l'historique des transactions

Ce chapitre présente des renseignements sur la façon d'afficher l'historique des transactions et sur les renseignements correspondant à une transaction pouvant être affichés.

L'application eRéclamations offre deux affichages différents dans lesquels parcourir l'historique de transactions d'un fournisseur. Il existe un affichage pour toutes les transactions effectuées durant la journée ainsi qu'un affichage pour les transactions soumises pendant le mois courant et le mois précédent. Les détails complets d'une transaction ne sont accessibles que pendant la journée durant laquelle elle a été créée. À compter du lendemain, vous n'obtiendrez qu'un affichage récapitulatif de la transaction.



**Assurez-vous d'imprimer ou d'enregistrer la réponse générée par la compagnie d'assurance la date à laquelle elle a été générée. À compter du lendemain de la soumission, vous n'obtiendrez qu'un affichage récapitulatif de la demande et de la réponse.**

### Qui devrait lire ce chapitre?

Les utilisateurs qui devront soumettre des demandes de plan de traitement ou règlement de soins de santé aux compagnies d'assurance ou encore rapprocher des paiements de la compagnie d'assurance via eRéclamations.

### 5.1 Transactions actuelles

Vous pouvez accéder aux transactions effectuées durant la journée en cliquant sur l'onglet **[Transactions actuelles]**. Par défaut, toutes les transactions de la journée associées au fournisseur ou son organisation auxquels l'utilisateur est affilié s'affichent.

ID de la demande Web	Fournisseur	Type de demande	Assureur	Statut de la soumission	No. réf. de l'assureur	Statut de la réponse	Nom du patient	Total soumis	Total payé
170211	Lana Bonas	Demande de paiement	Simulad Adjudicator	Soumise	6131	Rapport d'indemnité	Famille, Phénon	185,00\$	92,00\$
170208	Lana Bonas	Demande de paiement	Simulad Adjudicator	En échec		Erreur(s)	Famille, Phénon		
170203	Lana Bonas	Demande de paiement	Simulad Adjudicator	Soumise	2423	Rapport d'indemnité	Famille, Précios	300,00\$	300,00\$
170200	Lana Bonas	Demande de paiement	Simulad Adjudicator	En échec	1287	Annulation-temps écoulé	Famille, Phénon	100,00\$	90,00\$
170190	Lana Bonas	Demande de paiement	Simulad Adjudicator	En échec		Erreur(s)	Famille, Phénon		
170183	Lana Bonas	Demande de paiement	Simulad Adjudicator	Soumise	1652	Problème rencontré	Famille, Phénon	300,00\$	

Au haut de la page **Transactions actuelles**, le nom du fournisseur associé à l'utilisateur s'affiche accompagné de la date d'aujourd'hui.



**Les options disponibles pour une transaction sont basées sur le type de transaction sélectionné. L'application n'affichera que les options disponibles après qu'une transaction ait été sélectionnée.**

### 5.1.1 Recherche de transactions

L'onglet **[Transactions actuelles]** vous permet d'indiquer un ou plusieurs critères pour chercher une transaction particulière.

Le tableau suivant dresse la liste de tous les critères de recherche disponibles.

Champ de recherche	Description
<b>Fournisseur</b>	Ce champ de recherche fournit une liste déroulante des fournisseurs pouvant être sélectionnés, y compris les fournisseurs pour lesquels il est possible qu'aucune transaction n'existe. Cette liste est conçue en fonction des fournisseurs pour lesquels l'utilisateur peut soumettre des demandes.
<b>Type de demande</b>	Ce champ de recherche fournit une liste déroulante des types de transactions pour lesquels une recherche peut être effectuée. Voici les seuls types de transactions possibles : <ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Demande de règlement</b></li> <li>■ <b>Demande de plan de traitement</b></li> </ul>
<b>Compagnie d'assurance</b>	Ce champ de recherche fournit une liste déroulante des compagnies d'assurance qui acceptent les demandes de règlement électroniques de soins de santé complémentaires.
<b>Statut de la soumission</b>	Ce champ de recherche fournit une liste déroulante du statut de soumission de la transaction pour lequel une recherche peut être effectuée. Voici les seuls statuts de soumission possibles : <ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Enregistrée</b> : Pour les transactions ayant été enregistrées par l'utilisateur</li> <li>■ <b>Soumise</b> : Pour les transactions ayant été soumises à la compagnie d'assurance</li> <li>■ <b>En échec</b> : Pour les transactions ayant été soumises mais pour lesquelles la réponse n'a pas été positive. Certaines de ces transactions peuvent être soumises de nouveau</li> </ul>
<b>N° réf. de l'assureur</b>	Ce champ de recherche permet de chercher directement une transaction en entrant le numéro de la demande attribué par la compagnie d'assurance.  Laissez ce champ vide si vous ne voulez pas que l'application tienne compte de ce critère de recherche.  <b>Remarque</b> : Aucun numéro de demande ne sera attribué par la compagnie d'assurance pour les transactions ayant été enregistrées ou soumises de façon erronée.
<b>ID de la demande Web</b>	Ce champ de recherche permet de rechercher directement une demande en entrant l'ID attribué par le Portail.  Laissez ce champ vide si vous ne voulez pas que l'application tienne compte de ce critère de recherche.
<b>Nom de famille du patient</b>	Ce champ de recherche permet de rechercher directement un patient en entrant son nom de famille.  Laissez ce champ vide si vous ne voulez pas que l'application tienne compte de ce critère de recherche.



Puisque l'application vous permet d'enregistrer une transaction, et ce, peu importe qu'un ou plusieurs champs soient remplis, il est possible que la transaction ne soit associée à aucune valeur correspondant à l'un des champs de recherche. Par conséquent, il est possible que la transaction enregistrée ne soit pas sélectionnée durant une recherche.

Pour chercher une ou plusieurs transactions :

1. Cliquez sur l'onglet **[Transactions actuelles]**. Vous pouvez accéder à cet onglet lorsque vous vous trouvez dans d'autres onglets, et ce, sans perdre les renseignements entrés dans les onglets.
2. Utilisez les champs de recherche pour indiquer les critères des transactions que vous souhaitez trouver.
3. Cliquez sur **Rechercher**.

Les résultats de la recherche s'affichent dans la section Résultats de recherche accompagnés d'une ligne récapitulative pour chacune des transactions correspondant aux critères de recherche.

ID de la demande (VMS)	Fournisseur	Type de demande	Statut de la soumission	No ref. de l'assuré	Statut de la réclamation	Nom du patient	TAM soumise	Total payé	
171023	Leta Dates	Demande de paiement	Simulabed Adjudicant	Soumise	2423	Rapport d'invalidité	Famille, Péram	300.00\$	300.00\$

L'application affiche un maximum de 25 enregistrements en même temps (jusqu'à un maximum de 250 enregistrements relevés) et, sous les résultats de recherche; vous pouvez alors voir le nombre d'enregistrements qui s'affichent par rapport au nombre d'enregistrements total :

Enregistrement(s) de 1 à 12 sur 12

Le message suivant ne s'affichera que si un seul enregistrement a été trouvé dans les résultats de recherche :

Fin

Si aucun enregistrement ne correspond aux critères de recherche, l'application affichera le message suivant :

Résultats de recherche  
0 enregistrements ont été trouvés.

4. Pour afficher les 25 enregistrements suivants, cliquez sur [Suivant >>](#) situé au bas à droite de la section Résultats de recherche.
5. Pour revenir aux 25 enregistrements précédents, cliquez sur [<<Précédent](#) situé au bas à gauche de la section Résultats de recherche.

Les renseignements suivants expliquent ce que représentent les en-têtes de colonne pour les colonnes pour lesquelles aucune recherche ne peut être effectuée :

Champ de recherche	Description
<b>Statut de la réponse</b>	<p>Le statut de la réponse est indiqué dans cette colonne si la demande a été au moins soumise une fois. Voici les valeurs pouvant s'afficher :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Rapport d'indemnités</b> : ce statut est utilisé pour indiquer que la demande a généré un Rapport d'indemnités, c'est-à-dire qu'elle a bien fait l'objet d'une adjudication. Ce type de réponse peut être annulé.</li> <li>■ <b>Accusé-demande de règlement</b> : ce statut est utilisé pour indiquer que la demande a généré un accusé de réception, c'est-à-dire que la demande a bien été reçue mais que l'adjudication n'est pas encore complétée. Ce type de réponse peut être annulé.</li> <li>■ <b>Détail-plan de traitement</b> ce statut est utilisé pour indiquer que la demande a généré une réponse Détails des prestations d'un plan de traitement.</li> <li>■ <b>Accusé-plan de traitement</b> : ce statut est utilisé pour indiquer que la demande a généré un accusé de réception d'un plan de traitement, c'est-à-dire que la demande a bien été reçue mais que l'adjudication n'est pas complétée.</li> <li>■ <b>Problème rencontré</b> : ce statut est utilisé pour indiquer que la demande a généré une réponse relative à un Problème rencontré. Il est possible de sélectionner cette demande, d'y apporter des corrections et de la soumettre de nouveau.</li> <li>■ <b>Temps écoulé</b> : ce statut est utilisé pour indiquer que la compagnie d'assurance n'a pas reçu la demande ou que cette dernière n'a pas été traitée dans le délai prévu. Il est possible de sélectionner cette demande et de tenter de la soumettre de nouveau le même jour.</li> <li>■ <b>Annulée</b> : ce statut est utilisé pour indiquer que la demande initialement soumise a été annulée. Seules les réponses relatives au Rapport d'indemnités et à l'Accusé de réception d'une demande de règlement peuvent être annulées.</li> <li>■ <b>Demande d'annulation refusée</b> : ce statut est utilisé pour indiquer que la demande visant à annuler la demande initialement soumise a été refusée. Une raison a été fournie lors du rejet de la demande. La réponse originale (Explication des prestations ou Confirmation) est encore valide.</li> <li>■ <b>Annulation-temps écoulé</b> : ce statut est utilisé pour indiquer que la compagnie d'assurance n'a pas reçu la demande d'annulation ou que cette dernière n'a pas été traitée dans le délai prévu. Il est possible de sélectionner cette demande et de tenter de la soumettre de nouveau le même jour. La réponse originale (Explication des prestations ou Confirmation) est encore valide.</li> <li>■ <b>Erreur(s)</b> : ce statut est utilisé pour indiquer que la demande a généré une ou des erreurs. Une demande ne comportera ce statut de réponse que si l'application a été en mesure d'enregistrer la demande.</li> </ul> <p>Si la transaction a été enregistrée et, de ce fait, jamais soumise, le statut de la réponse sera vide.</p>
<b>Nom du patient</b>	Le nom du patient associé à la demande, le cas échéant, figure à la ligne récapitulative dans un format du type Nom de famille, Prénom.

Champ de recherche	Description
<b>Total soumis</b>	Le montant total soumis correspondant à la demande, le cas échéant, figure à la ligne récapitulative.
<b>Total payé</b>	Le montant total payé par la compagnie d'assurance pour un Rapport d'indemnités ou le montant estimé qui serait payé pour un plan de traitement correspondant à la demande, le cas échéant, figure à la ligne récapitulative.

6. Sélectionnez la transaction voulue en cliquant sur le bouton d'option (  ) à gauche de la ligne récapitulative.

La ligne de la transaction s'affichera en gras.

<input type="radio"/>	170211	Lama Boreis	Demande de paiement	Simulation Adjudicator	Soumise	6131	Rapport d'indemnités	Famille, Prénom	100.000	90.000
<input checked="" type="radio"/>	170209	Lama Boreis	Demande de paiement	Simulation Adjudicator	En echec		Erreur(s)	Famille, Prénom		
<input type="radio"/>	170202	Lama Boreis	Demande de paiement	Simulation Adjudicator	Soumise	2420	Rapport d'indemnités	Famille, Prénom	300.000	300.000

Selon la transaction sélectionnée, plusieurs options s'offriront.

Pour revenir à la liste par défaut dans les résultats de recherche, cliquez sur **Enlever tous les filtres**. Les résultats de recherche permettent d'accéder à toutes les transactions effectuées pendant la journée.

### 5.1.2 Tri des résultats de recherche

L'application permet de trier les résultats en ordre croissant ou décroissant en fonction de certaines colonnes.

Pour trier les résultats :

- Sélectionnez la colonne en fonction de laquelle vous souhaitez que les résultats soient triés.

Les résultats peuvent être triés en fonction des colonnes suivantes (l'en-tête de la colonne est souligné) :

- ID de la demande Web
- Fournisseur
- Type de demande
- Compagnie d'assurance
- Statut de la soumission
- Statut de la réponse
- Nom du patient

- Lorsqu'une colonne est triée, un triangle vers le haut (  ) ou vers le bas (  ) s'affiche à droite de son en-tête.
  - Si le triangle pointe vers le haut (  ), cela indique que les enregistrements seront triés par ordre croissant en fonction des valeurs de cette colonne.
  - Si le triangle pointe vers le bas (  ), cela indique que les enregistrements seront triés par ordre décroissant en fonction des valeurs de cette colonne.

3. Pour inverser l'ordre de tri, il suffit de cliquer de nouveau sur l'en-tête de la colonne.



*Le tri peut comprendre plusieurs colonnes. Le dernier en-tête de colonne sélectionné sera la colonne principale utilisée par l'application pour trier les résultats de recherche.*

*Lorsqu'une colonne est utilisée pour effectuer un deuxième tri, le chiffre [2] s'affiche à côté du triangle; lorsqu'une colonne est utilisée pour effectuer un troisième tri, le chiffre [3] s'affiche à côté du triangle, et ainsi de suite.*

### 5.1.3 Affichage des renseignements soumis

L'option permettant d'afficher les détails des renseignements soumis est disponible pour les transactions dont le **Statut de soumission** est **Soumise** ou **En échec**.

Pour afficher les renseignements soumis :

1. Cliquez sur l'onglet **[Transactions actuelles]**.
2. Sélectionnez la transaction dans la liste (par défaut, elles seront toutes affichées) ou cherchez la transaction pour laquelle vous souhaitez afficher les détails soumis.
3. Dans les résultats de recherche, cliquez sur le bouton d'option (  ) à gauche de la ligne récapitulative correspondant à la demande voulue.

Les boutons appropriés sont offerts.

Remarque : Les boutons seront différents selon que vous aurez sélectionné une demande de paiement ou une demande de plan de traitement.



4. Pour afficher les détails des demandes soumissionnées, cliquez sur **Voir la demande soumise**.

Les renseignements soumis s'afficheront de la même façon que ceux qui ont été soumis sur la page **Réviser et soumettre** au moment de la soumission.

Consultez la section [Étape 3 – Réviser et soumettre](#) pour obtenir de plus amples renseignements sur les renseignements figurant dans cette page.

5. Pour revenir à la page **Transactions actuelles**, cliquez sur **Quitter**.

La page **Transactions actuelles** s'affichera avec les mêmes résultats de recherche et la même transaction sélectionnée.

### 5.1.4 Affichage de la réponse générée

L'option permettant d'afficher la réponse générée par la compagnie d'assurance est disponible pour les transactions dont le **statut de soumission** est **Soumise**.

Pour afficher la réponse à une transaction :

1. Cliquez sur l'onglet **[Transactions actuelles]**.
2. Sélectionnez la transaction dans la liste (elles s'affichent toutes, par défaut) ou cherchez la transaction pour laquelle vous souhaitez voir la réponse.
3. Dans les résultats de recherche, cliquez sur le bouton d'option (  ) à gauche de la ligne récapitulative qui correspond à la demande voulue.

Remarque : Les boutons seront différents selon que vous aurez sélectionné une demande de paiement ou une demande de plan de traitement.



4. Cliquez sur **Voir la réponse**.

La dernière réponse générée pour la demande s'affichera. Les renseignements sont les mêmes que ceux qui ont été initialement présentés au moment où la réponse de la compagnie d'assurance a été reçue.

Consultez la section [Interprétation de la réponse de la compagnie d'assurance](#) pour obtenir de plus amples renseignements sur les renseignements figurant sur la page de réponse.



Une fois la réponse affichée, vous pourrez :

- Imprimer ou enregistrer une copie électronique de cette réponse en cliquant sur **Imprimer PDF**. Consultez la section [Impression et enregistrement de la réponse générée par la compagnie d'assurance](#) pour obtenir de plus amples renseignements sur la façon d'imprimer ou d'enregistrer une réponse.
- Soumettre une nouvelle demande en cliquant sur **Nouvelle demande**.
- Soumettre une demande pour un autre membre de la même famille en cliquant sur **Nouvelle demande pour la même famille**.
- Revenir à la page principale **Transactions actuelles** en cliquant sur **Terminer**.

### 5.1.5 Création d'une demande de paiement en fonction d'un plan de traitement

Vous pouvez créer une demande de paiement en fonction d'un plan de traitement soumis plus tôt le même jour, au lieu de saisir à nouveau les renseignements du plan de traitement dans une nouvelle demande de paiement. Pour ce faire, il s'agit de sélectionner un plan de traitement et de le copier dans une nouvelle demande de paiement.

Une fois que la nouvelle demande de paiement est créée, vous pouvez l'utiliser de la même façon que si elle n'avait pas été copiée à partir d'un plan de traitement, à l'exception des champs suivants qui sont copiés en lecture seule :

- **Compagnie d'assurance**
- **Nom du fournisseur**
- **Fournisseur de services**



*Vous ne pouvez pas remplacer le nom du fournisseur par celui d'un autre fournisseur qui travaille à la même clinique.*

*Lorsque vous créez une demande de paiement en fonction d'un plan de traitement, vous ne pouvez utiliser que les plans de traitement soumis plus tôt dans la journée.*

L'option permettant de copier une demande de plan de traitement en tant que demande de paiement est offerte dans le cas des transactions dont le **statut de réponse** est **Détail-plan de traitement** et le **statut de soumission** est **Soumise**. Vous pouvez utiliser un plan de traitement

comme base pour plusieurs demandes de règlement; les plans de traitement source ne sont pas supprimés lorsqu'ils sont copiés.

1. Pour créer une demande de paiement en fonction d'un plan de traitement : Cliquez sur l'onglet **[Transactions actuelles]**.
2. Sélectionnez le plan de traitement dans la liste (elles s'affichent toutes, par défaut) ou cherchez la transaction que vous souhaitez copier.
3. Dans les résultats de recherche, cliquez sur le bouton d'option (  ) à gauche de la ligne récapitulative qui correspond à la demande voulue.

Au bas de la page, le bouton **Copier en Demande de paiement** s'affiche :

Copier en Demande de paiement

4. Cliquez sur **Copier en Demande de paiement**.

Une demande de paiement est créée. Elle contient les valeurs du plan de traitement sélectionné.

Le message suivant s'affiche en haut de la page :

 **Avertissement**

Tout le contenu de la demande de plan de traitement a été copié. Veuillez vous assurer que ces champs sont remplis correctement:

- Payable à
- Date de service
- Codes de service

5. Vérifiez les renseignements copiés depuis le plan de traitement. Effectuez les mises à jour nécessaires, et veillez à remplir les champs obligatoires.
6. Terminez la demande tel que décrit à l'[Étape 2 – Saisir les détails sur la couverture du patient et de la demande](#) et à l'[Étape 3 – Réviser et soumettre](#).

### 5.1.6 Nouvelle soumission d'une transaction expirée

L'option permettant de soumettre de nouveau une transaction pour laquelle une erreur de connexion ou une expiration s'est produite n'est disponible que pour les transactions dont le **statut de la réponse** est **Temps écoulé** ou **Annulation-temps écoulé**.

Pour soumettre de nouveau une transaction pour laquelle une erreur (ou une expiration) s'est produite :

1. Cliquez sur l'onglet **[Transactions actuelles]**.
2. Sélectionnez la transaction dans la liste (elles s'affichent toutes, par défaut) ou cherchez la transaction que vous souhaitez soumettre de nouveau.
3. Dans les résultats de recherche, cliquez sur le bouton d'option (  ) à gauche de la ligne récapitulative qui correspond à la demande voulue.

Au bas de la page, le bouton **Voir la demande soumise** s'affiche :

Voir la demande soumise

4. Cliquez sur **Voir la demande soumise**.

Les renseignements initialement soumis s'afficheront de la même manière dans la page **Réviser et soumettre** ou **Confirmation de l'annulation** au moment de la soumission, accompagnés des options suivantes :

Essayer à nouveau

Quitter

5. Pour tenter de soumettre la demande de nouveau, cliquez sur **Essayer à nouveau**.
6. Pour revenir à la page **Transactions actuelles**, cliquez sur **Quitter**.

La page **Transactions actuelles** s'affichera avec les mêmes résultats de recherche et la même transaction sélectionnée.

### 5.1.7 Finalisation d'une demande enregistrée

L'application vous permet de revenir à une demande déjà enregistrée afin de la compléter et de la soumettre à la compagnie d'assurance. L'option permettant de soumettre une transaction enregistrée de nouveau n'est disponible que pour les transactions dont le **statut de la soumission** est **Enregistrée**.



*Une transaction enregistrée ne peut être complétée que le jour où elle a été enregistrée. L'option permettant de finaliser une demande n'est disponible que pour les demandes ayant été enregistrées.*

Pour revenir à une transaction enregistrée :

1. Cliquez sur l'onglet **[Transactions actuelles]**.
2. Sélectionnez la transaction dans la liste (toutes les transactions s'affichent par défaut) ou cherchez la transaction que vous souhaitez compléter.
3. Dans les résultats de recherche, cliquez sur le bouton d'option (  ) à gauche de la ligne récapitulative correspondant à la demande enregistrée.

Le bouton Compléter la demande s'affiche au bas de la page :

Compléter la demande

4. Cliquez sur **Compléter la demande**. Vous serez dirigé vers la page **Entrée de la demande** dans laquelle vous pourrez compléter la demande.

Une fois dans la demande, vous pourrez :

1. La compléter en y entrant les renseignements restants (le cas échéant) et en cliquant sur **Continuer**. Pour de plus amples renseignements sur la façon de compléter une demande et de la soumettre, consultez la section [Soumission de demandes de règlement via eRéclamations](#) . Pour revenir à l'onglet **[Transactions actuelles]**, cliquez sur l'onglet **[Transactions actuelles]**.
2. Revenez à l'onglet **[Transactions actuelles]** en cliquant sur **Annuler et sortir**. Si vous avez mis à jour la demande, vous perdrez toutes les modifications que vous y avez apportées.
3. Mettez la demande à jour et cliquez de nouveau sur **Enregistrer pour plus tard** pour revenir à la page **Transactions actuelles**. Vous obtiendrez un message confirmant que la demande a été enregistrée et vous fournissant l'ID de la demande Web. Cliquez sur **OK** pour revenir à l'onglet **[Transactions actuelles]**.



*Si vous choisissez de compléter une demande déjà enregistrée, les renseignements déjà entrés dans l'onglet Entrée de la demande seront remplacés par les renseignements de la demande enregistrée, le cas échéant.*

### 5.1.8 Resoumettre une réponse concernant un problème rencontré

L'option permettant de soumettre de nouveau une transaction ayant généré une réponse Problème rencontré n'est disponible que pour les transactions dont le **statut de la réponse** est **Problème rencontré**.

Pour soumettre de nouveau une transaction dont le statut est Problème rencontré :

1. Cliquez sur l'onglet **[Transactions actuelles]**.
2. Sélectionnez la transaction dans la liste (elles s'affichent toutes, par défaut) ou cherchez la transaction dont le statut de la réponse est Problème rencontré.
3. Dans les résultats de recherche, cliquez sur le bouton d'option (  ) à gauche de la ligne récapitulative qui correspond à la demande voulue.

Au bas de la page, les boutons d'action s'affichent :



4. Cliquez sur **Compléter la demande**.

Vous reviendrez à la page **Compléter les détails sur la couverture du patient et de la demande** dans laquelle vous pourrez mettre la demande à jour et la soumettre de nouveau. Vous disposerez des mêmes options que pour une nouvelle demande :



5. Mettez la demande à jour, le cas échéant.
6. Cliquez sur **Continuer** pour soumettre de nouveau la demande.

La page **Réviser et soumettre** s'affiche. Consultez la section Soumission de demandes de règlement via eRéclamations pour de plus amples renseignements sur la façon de remplir la soumission de la demande.

7. Pour enregistrer les modifications apportées à la transaction, cliquez sur **Enregistrer pour plus tard** puis sur **OK** lorsque vous obtenez un message confirmant l'enregistrement de la transaction. La page **Transactions actuelles** s'affichera avec les mêmes résultats de recherche et la même transaction sélectionnée.
8. Pour revenir à la page **Transactions actuelles**, cliquez sur **Annuler et sortir**. Le système vous avertira que vous perdrez tous les renseignements mis à jour. Vous pourrez toujours accéder à la transaction dans son état initial. La page **Transactions actuelles** s'affichera avec les mêmes résultats de recherche et la même transaction sélectionnée.

### 5.1.9 Option d'annulation

L'application vous permet d'annuler la transaction pour les réponses relatives au Rapport d'indemnités et à l'Accusé de réception d'une demande de règlement. Consultez la section [Annulation d'une demande lorsqu'une réponse a été obtenue](#) pour de plus amples renseignements sur la façon d'annuler une demande.

## 5.2 Transactions antérieures

Vous pouvez accéder à un affichage récapitulatif de la plupart des transactions soumises durant le mois courant (à l'exception du jour actuel) et d'un mois antérieur supplémentaire en cliquant sur l'onglet **[Transactions antérieures]**. Par défaut, les transactions des dix derniers jours correspondants s'affichent.



**Les transactions qui ont été enregistrées ne seront pas accessibles dans l'affichage Transactions antérieures.**

Le nom du fournisseur s'affiche au haut de la page **Transactions antérieures**.



**La date soumise est la date à laquelle la transaction a été soumise à la compagnie d'assurance. Aucun détail sur les lignes de la demande soumise n'est affiché; seul le montant total soumis et payé (ou le montants estimé) est accessible.**

### 5.2.1 Recherche et téléchargement de transactions antérieures

L'application permet d'indiquer un ou plusieurs critères de recherche pour une transaction donnée.

#### Soumettre une demande ou voir vos transactions

Entrée de la demande
Transactions actuelles
Transactions antérieures
Formulaire d'autorisation
Foire aux questions >
Manuel de l'utilisateur

**Transactions antérieures**

Les transactions des 10 derniers jours s'affichent par défaut. Seulement les transactions du mois courant et du mois précédent sont disponibles. Un maximum de 250 transactions peuvent être affichées à la fois. Vous pouvez raffiner les résultats de la recherche en utilisant les filtres disponibles.

Pour trier les résultats, cliquez sur une en-tête de colonne soulignée.  
 Vous pouvez aussi utiliser le caractère de remplacement "%" dans le champ Nom de famille du patient si vous n'êtes pas certain de l'orthographe exacte (ex: "Lec%" pour "Leclerc" ou "Leclair").  
 Pour télécharger les transactions dans un fichier texte délimité (csv), sélectionnez les transactions et cliquez sur le bouton "Télécharger".  
**Nouveau!** Vous pouvez désormais télécharger une réponse relative à une demande de règlement en cliquant sur l'icône PDF dans la colonne « Réponse PDF ». Si le traitement de la demande échoue, aucun fichier PDF n'est créé.

Nom du fournisseur: **REHAB UCD**

Fournisseur	Type de demande	Assureur	No. de réf. de l'assureur
<input type="text" value="Sélectionner"/>	<input type="text" value="Sélectionner"/>	<input type="text" value="Sélectionner"/>	<input type="text"/>

ID de la demande Web	Nom de famille du patient	Prénom du patient	De *	À *	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="2019-08-13"/>	<input type="text" value="2019-08-22"/>	<input type="button" value="Rechercher"/> <input type="button" value="Enlever tous les filtres"/>
			<small>aaaaammj</small>	<small>aaaaammj</small>	



**Par défaut, la période (dates de début et de fin) est réglée à dix jours.**

Le tableau suivant dresse la liste de tous les critères de recherche disponibles. Si la valeur **Sélectionner** est choisie lorsque plusieurs valeurs sont disponibles pour le champ de recherche, l'application ne tiendra pas compte de ce critère de recherche :

Champ de recherche	Description
<b>Fournisseur</b>	Ce champ de recherche fournit une liste déroulante des fournisseurs pouvant être sélectionnés, y compris les fournisseurs pour lesquels il est possible qu'aucune transaction n'existe. Cette liste est conçue en fonction des fournisseurs pour lesquels l'utilisateur peut soumettre des demandes.
<b>Type de demande</b>	Ce champ de recherche fournit une liste déroulante des types de transactions pour lesquels une recherche peut être effectuée. Voici les seuls types de transactions possibles : <ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Demande de paiement</b></li> <li>■ <b>Demande de plan de traitement</b></li> </ul>
<b>Compagnie d'assurance</b>	Ce champ de recherche fournit une liste déroulante des compagnies d'assurance qui acceptent les demandes de règlement électroniques de soins de santé complémentaires.
<b>N° réf. de l'assureur</b>	Ce champ de recherche permet de chercher directement une transaction en entrant le numéro de la demande attribué par la compagnie d'assurance.  Laissez ce champ vide si vous ne voulez pas que l'application tienne compte de ce critère de recherche.
<b>ID de la demande Web</b>	Ce champ de recherche permet de rechercher directement une demande en entrant l'ID attribué par le Portail.  Laissez ce champ vide si vous ne voulez pas que l'application tienne compte de ce critère de recherche.
<b>Nom de famille du patient</b>	Ce champ de recherche permet de rechercher directement un patient en entrant son nom de famille  Laissez ce champ vide si vous ne voulez pas que l'application tienne compte de ce critère de recherche.
<b>De/À</b>	Ces champs de recherche vous permettent de chercher directement des transactions dans une période donnée. Il vous suffit d'indiquer dans les champs <b>De</b> et <b>À</b> le début et la fin de la période durant laquelle vous souhaitez chercher des transactions.  Vous pouvez saisir une date selon le format numérique aaaa-mm-jj, aaaammjj ou aaaa-m-j. La date s'affichera selon le format aaaa-mm-jj. Vous pouvez aussi sélectionner la date en utilisant le calendrier.



*Une fois qu'une ou plusieurs transactions ont été sélectionnées, la seule option possible consiste à enregistrer ou à ouvrir les renseignements récapitulatifs sous forme de fichier texte.*

Pour chercher une ou plusieurs transactions :

1. Cliquez sur l'onglet **[Transactions antérieures]**. Vous pouvez accéder à cet onglet lorsque vous vous trouvez dans d'autres onglets, et ce, sans perdre les renseignements entrés dans les onglets.
2. Utilisez les champs de recherche pour indiquer les critères des transactions que vous souhaitez trouver.
3. Cliquez sur **Rechercher**.

Les résultats de la recherche s'affichent dans la section Résultats de recherche accompagnés d'une ligne récapitulative pour chacune des transactions correspondant aux critères de recherche.

### Soumettre une demande ou voir vos transactions

Entrée de la demande
Transactions actuelles
Transactions antérieures
Formulaires d'autorisation

[Foire aux questions >](#)
[Manuel de l'utilisateur](#)

---

#### Transactions antérieures

Les transactions des 10 derniers jours s'affichent par défaut. Seulement les transactions du mois courant et du mois précédent sont disponibles. Un maximum de 250 transactions peuvent être affichées à la fois. Vous pouvez raffiner les résultats de la recherche en utilisant les filtres disponibles.

Pour trier les résultats, cliquez sur une en-tête de colonne soulignée.  
 Vous pouvez aussi utiliser le caractère de remplacement "%" dans le champ Nom de famille du patient si vous n'êtes pas certain de l'orthographe exacte (ex: "Lect%" pour "Leclerc" ou "Leclair").  
 Pour télécharger les transactions dans un fichier texte délimité (csv), sélectionnez les transactions et cliquez sur le bouton "Télécharger".  
**Nouveau!** Vous pouvez désormais télécharger une réponse relative à une demande de règlement en cliquant sur l'icône PDF dans la colonne « Réponse PDF ». Si le traitement de la demande échoue, aucun fichier PDF n'est créé.

Nom du fournisseur: **REHAB UCD**

Fournisseur

Type de demande

Assureur

No. de réf. de l'assureur

ID de la demande Web

Nom de famille du patient

Prénom du patient

De \*

À \*

**Résultats de recherche**

1 enregistrements ont été trouvés.

ID de la demande Web	Fournisseur	Date soumise	Type de demande	Assureur	No. de réf. de l'assureur	Statut de la réponse	Réponse PDF	Nom du patient	Payable à	Total soumis	Total payé
<input type="checkbox"/> 1331965	MIKE CHIRO-UCD	2019-08-21	Demande de paiement	Simulated Adjudicator	8326	Rapport d'indemnités		Villeneuve, James	Titulaire	242,00\$	217,80\$
Fin											

L'application affiche jusqu'à 25 enregistrements en même temps (pour un maximum de 250 enregistrements relevés) et, sous les résultats de recherche, vous pouvez voir le nombre d'enregistrements qui s'affichent par rapport au nombre total d'enregistrements :

Enregistrement(s) de 1 à 7 sur 7

Le message suivant ne s'affichera que si un seul enregistrement a été trouvé dans les résultats de recherche :

Fin

4. Pour afficher les 25 enregistrements suivants, cliquez sur **Suivant >>** au bas à droite de la section Résultats de recherche.
5. Pour revenir aux 25 enregistrements précédents, cliquez sur **<<Précédent** au bas à gauche de la section Résultats de recherche.
6. Pour afficher la réponse Détails des prestations ou Accusé de réception associée à une transaction particulière, cliquez sur l'icône représentant un document PDF dans la colonne Réponse PDF.

Les renseignements suivants expliquent ce que représentent les en-têtes de colonne pour les colonnes pour lesquelles aucune recherche ne peut être effectuée :

Champ de recherche	Description
<b>Date soumise</b>	La date soumise est la date à laquelle la transaction a été soumise à la compagnie d'assurance.
<b>Statut de la réponse</b>	<p>Le statut de la réponse est indiqué dans cette colonne si la demande a été au moins soumise une fois. Les renseignements suivants fournissent les valeurs possibles dans cet affichage ainsi que leur signification :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Rapport d'indemnités</b> : ce statut est utilisé pour indiquer que la demande a généré un Rapport d'indemnités, c'est-à-dire qu'elle a bien fait l'objet d'une adjudication. Ce type de réponse peut être annulé.</li> <li>■ <b>Accusé-demande de règlement</b> : ce statut est utilisé pour indiquer que la demande a généré un accusé de réception, c'est-à-dire que la demande a bien été reçue mais que l'adjudication n'est pas encore complétée. Ce type de réponse peut être annulé.</li> <li>■ <b>Détail-plan de traitement</b> : ce statut est utilisé pour indiquer que la demande a généré une réponse Détails des prestations d'un plan de traitement.</li> <li>■ <b>Accusé-plan de traitement</b>: ce statut est utilisé pour indiquer que la demande a généré un accusé de réception d'un plan de traitement, c'est-à-dire que la demande a bien été reçue mais que l'adjudication n'est pas complétée.</li> <li>■ <b>Problème rencontré</b> : ce statut est utilisé pour indiquer que la demande a généré une réponse relative à un Problème rencontré. Il est possible de sélectionner cette demande, d'y apporter des corrections et de la soumettre de nouveau.</li> <li>■ <b>Annulée</b> : ce statut est utilisé pour indiquer que la demande initialement soumise a été annulée. Seules les réponses relatives au Rapport d'indemnités et à l'Accusé de réception d'une demande de règlement peuvent être annulées.</li> <li>■ <b>Demande d'annulation refusée</b> : ce statut est utilisé pour indiquer que la demande visant à annuler la demande initialement soumise a été refusée. Une raison a été fournie lors du rejet de la demande. La réponse originale (Explication des prestations ou Confirmation) est encore valide.</li> <li>■ <b>Temps écoulé</b> : ce statut est utilisé pour indiquer que la compagnie d'assurance n'a pas reçu la demande ou que cette dernière n'a pas été traitée dans le délai prévu. Il est possible de sélectionner cette demande et de tenter de la soumettre de nouveau le même jour.</li> <li>■ <b>Annulation-temps écoulé</b> : ce statut est utilisé pour indiquer que la compagnie d'assurance n'a pas reçu la demande d'annulation ou que cette dernière n'a pas été traitée dans le délai prévu. Il est possible de sélectionner cette demande et de tenter de la soumettre de nouveau le même jour. La réponse originale (Explication des prestations ou Confirmation) est encore valide.</li> </ul>
<b>Réponse PDF</b>	Si l'icône représentant un document PDF  apparaît, le fait de cliquer dessus affichera la réponse Détails des prestations ou Accusé de réception.
<b>Nom du patient</b>	Le nom du patient associé à la demande, le cas échéant, figure à la ligne récapitulative dans un format du type Nom de famille, Prénom.
<b>Total soumis</b>	Le montant total soumis correspondant à la demande, le cas échéant, figure

Champ de recherche	Description
	à la ligne récapitulative.
<b>Total payé</b>	Le montant total payé par la compagnie d'assurance pour un Rapport d'indemnités ou le montant estimé qui serait payé pour un plan de traitement correspondant à la demande, le cas échéant, figure à la ligne récapitulative.

Si aucun enregistrement ne correspond aux critères de recherche, l'application affichera le message suivant :

Résultats de recherche  
0 enregistrements ont été trouvés.

Pour sélectionner et télécharger une ou plusieurs transactions dans un fichier, en format csv :

1. Sélectionnez les transactions voulues en cochant la case  à gauche de chacune d'entre elles.
2. Vous pouvez sélectionner toutes les transactions en cochant la case (  ) au haut de la colonne connexe. Cliquez sur  pour décocher toutes les transactions.



*L'option permettant de décocher les transactions n'est disponible que si l'option permettant de sélectionner toutes les transactions a été utilisée.*

3. Cliquez sur **Télécharger**. Le fichier généré est un fichier Excel délimité par un point-virgule ou une virgule (.csv) selon vos paramètres régionaux.



Vous pouvez :

4. Si vous avez accès à Excel, cliquez sur **Ouvrir**. Selon les paramètres de votre navigateur, il est possible qu'Excel devienne ou non la fenêtre active. Il vous suffit de basculer vers Excel pour voir le fichier délimité par des virgules.



*Si la fenêtre d'Excel est réduite, vous devez la configurer en tant que fenêtre active. Si vous restez dans l'écran Transactions antérieures, il vous suffit de basculer vers le fichier qui a été ouvert dans Excel.*

Le fichier s'ouvrira directement dans Excel (selon votre version) :

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
ID de la demande Web	Fournisseur	Date soumise	Type de demande	Assureur	No. de réf. de l'assureur	Statut de la réponse	Nom du patient	Payable à	Total soumis	Total payé
1331965	MIKE CHIRO-UCD	21/08/2019	Demande de paiement	Simulated Adjudicator	8326	Rapport d'indemnités	Villeneuve, James	Titulaire	242,000	217,80\$
1442567	MIKE CHIRO-UCD	23/09/2019	Demande de paiement	Simulated Adjudicator	8400	Rapport d'indemnités	Villeneuve, James	Titulaire	212,000	205,60\$



*Selon vos paramètres régionaux et linguistiques, et la langue dans laquelle vous utilisez le portail, il est possible que le fichier s'ouvre dans Excel avec des champs divisés en colonnes ou incorrectement divisés en colonnes.*



*Si tous les champs se retrouvent dans une seule colonne, sélectionnez la colonne en question et utilisez l'option Texte en colonnes dans la section (ou onglet) Données d'Excel.*



*Vous devrez alors préciser la structure des données. En fonction du séparateur, il vous suffira d'indiquer que le fichier est un fichier délimité en précisant le séparateur qui sera une virgule ou un point-virgule selon la langue dans laquelle vous utilisez le Portail.*

*Si les champs se trouvent incorrectement divisés dans les colonnes, enregistrez le fichier localement en premier et suivez les étapes suivantes :*

1.  *À partir d'Excel, ouvrez un nouveau classeur.*
2.  *Accédez à la fonctionnalité « À partir du texte » dans l'onglet ou menu Données.*
3.  *Naviguez au fichier enregistré localement, sélectionnez-le et cliquez sur sur Importer.*
4.  *À l'aide de l'assistant, identifiez le fichier comme étant un fichier délimité et cliquez sur sur Suivant.*
5.  *Sélectionnez le séparateur approprié (point-virgule pour le portail en français et la virgule pour le portail en anglais). Assurez-vous qu'aucun autre séparateur n'est sélectionné et cliquez sur sur Terminer.*

5. Cliquez sur **Enregistrer**.
6. Parcourez les fichiers pour choisir l'emplacement dans lequel vous souhaitez enregistrer le fichier.
7. Saisissez le nom du fichier sous lequel vous souhaitez enregistrer la transaction. Par défaut, le nom attribué au fichier est « eClaims\_Activity\_aaaa-mm-jj » dans lequel aaaa-mm-jj correspond à la date actuelle.
8. Sélectionnez l'application voulue pour ouvrir le fichier délimité par des virgules ou des points-virgules.
9. Pour revenir à la page **Transactions antérieures**, vous pourrez cliquer sur **Annuler** en tout temps.

## 5.2.2 Données pouvant être téléchargées

Les champs suivants figurent dans le fichier délimité :

Champ de données	Description
<b>ID de la demande Web</b>	Il s'agit du numéro de la demande attribué par le Portail. Utilisez cet ID lorsque vous communiquez avec le Centre de soutien de TELUS Santé.
<b>Fournisseur</b>	Il s'agit du nom du fournisseur correspondant à la transaction. Le nom est conforme au format Prénom d'abord suivi du nom de famille séparé par un espace.
<b>Date soumise</b>	Il s'agit de la date à laquelle la demande a été soumise à la compagnie d'assurance.
<b>Type de demande</b>	Il s'agit du type de demande soumis à la compagnie d'assurance.
<b>Compagnie d'assurance</b>	Il s'agit de la compagnie d'assurance à laquelle la transaction a été soumise.
<b>N° réf. de l'assureur</b>	Il s'agit du numéro de la demande attribué par la compagnie d'assurance. Utilisez ce numéro lorsque vous communiquez avec la compagnie d'assurance.
<b>Statut de la réponse</b>	<p>Il s'agit du statut de la réponse générée. Voici les types de statuts de réponse possibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Rapport d'indemnités</li> <li>■ Accusé de réception d'une demande de règlement</li> <li>■ Plan de traitement</li> <li>■ Accusé-plan de traitement</li> <li>■ Annulée</li> <li>■ Demande d'annulation refusée</li> <li>■ Problème rencontré</li> <li>■ Expiration</li> <li>■ Expiration de l'annulation</li> </ul> <p>Chacun de ces statuts est décrit dans la section précédente.</p>
<b>Nom du patient</b>	Il s'agit du nom du patient correspondant à la demande.
<b>Payable à</b>	Il s'agit du bénéficiaire à qui le paiement de la demande sera émis.
<b>Total soumis</b>	Il s'agit du montant total soumis correspondant à la demande.
<b>Total payé</b>	Représente le montant total payé ou le montant estimé correspondant à la demande. Il s'agit du montant payé au bénéficiaire identifié dans le champ <b>Payable à</b> .

## 5.2.3 Tri des résultats de recherche

L'application permet de trier les résultats en ordre croissant ou décroissant en fonction de certaines colonnes.

Pour trier les résultats :

1. Sélectionnez la colonne en fonction de laquelle vous souhaitez que les résultats soient triés. Par défaut, les transactions sont triées en ordre décroissant par date soumise.

Les résultats peuvent être triés en fonction des colonnes suivantes dont l'en-tête sera souligné :

- ID de la demande Web
- Fournisseur
- Date soumise
- Type de demande
- Compagnie d'assurance
- Statut de la réponse
- Nom du patient

2. Lorsqu'une colonne est triée, un triangle vers le haut () ou vers le bas () s'affiche à droite de l'en-tête de celle-ci.
  - Si le triangle pointe vers le haut (), cela indique que les enregistrements seront triés par ordre croissant en fonction des valeurs de cette colonne.
  - Si le triangle pointe vers le bas (), cela indique que les enregistrements seront triés par ordre décroissant en fonction des valeurs de cette colonne.
3. Pour inverser l'ordre de tri, il suffit de cliquer de nouveau sur l'en-tête de la colonne.



*Le tri peut comprendre plusieurs colonnes. Le dernier en-tête de colonne sélectionné sera la colonne principale utilisée par l'application pour trier les résultats de recherche.*

*Lorsqu'une colonne est utilisée pour effectuer un deuxième tri, le chiffre <sup>[2]</sup> s'affiche à côté du triangle; lorsqu'une colonne est utilisée pour effectuer un troisième tri, le chiffre <sup>[3]</sup> s'affiche à côté du triangle, et ainsi de suite.*

## 6 Annulation d'une demande lorsqu'une réponse a été obtenue

Ce chapitre fournit des renseignements sur la façon d'annuler une demande de règlement une fois qu'elle a été soumise.



*Vous ne pouvez annuler une demande de règlement qu'à la date à laquelle elle a été soumise.*

Vous pouvez annuler une transaction en accédant à l'onglet **[Transactions actuelles]** dans lequel vous pourrez la sélectionner puis l'annuler. Étant donné que vous ne pouvez annuler une transaction qu'à la date à laquelle elle a été soumise, l'option d'annulation n'est accessible que dans l'onglet **[Transactions actuelles]**.



*Vous ne pouvez annuler qu'une demande de règlement pour laquelle une réponse relative au Rapport d'indemnités ou à un Accusé de réception d'une demande a été générée. À l'avenir, il est possible que cette opération soit fondée sur la compagnie d'assurance qui a généré la réponse.*

### Qui devrait lire ce chapitre?

Tous les utilisateurs qui soumettront des demandes de plan de traitement ou de paiement de soins de santé aux compagnies d'assurance et qui doivent annuler une demande déjà soumise via eRéclamations.



*Si vous remarquez une erreur (tel qu'un patient ou un fournisseur erroné) après avoir obtenu la réponse de la compagnie d'assurance, vous devez d'abord annuler la première demande avant d'en générer une nouvelle, en ayant pris soin d'y corriger les renseignements.*

*Vous ne pouvez pas mettre à jour une demande déjà soumise même si la compagnie d'assurance n'a pas encore complété le processus d'adjudication.*

### 6.1.1 Annulation d'une transaction

Pour annuler une transaction, vous devez d'abord accéder à l'onglet **[Transactions actuelles]** pour trouver la demande à annuler. Consultez la section [Transactions actuelles](#) pour de plus amples renseignements sur la façon d'utiliser l'onglet **[Transactions actuelles]**.



*Selon la transaction sélectionnée, plusieurs options seront disponibles.*

Pour chercher une transaction :

1. Cliquez sur l'onglet **[Transactions actuelles]**. Vous pouvez accéder à cet onglet lorsque vous vous trouvez dans d'autres onglets, et ce, sans perdre les renseignements entrés dans les onglets.
2. Utilisez les champs de recherche pour indiquer les critères des transactions que vous souhaitez trouver. Vous pouvez utiliser le numéro de la demande attribué par la compagnie d'assurance pour trouver directement la demande. Vous trouverez ce numéro dans la section supérieure gauche des réponses relatives au Rapport d'indemnités ou à l'Accusé de réception d'une demande de règlement.
3. Cliquez sur **Rechercher**.
4. Sélectionnez la transaction souhaitée dans les résultats de recherche en cliquant sur le bouton d'option (  ) à gauche de la demande que vous souhaitez annuler.

Selon la transaction sélectionnée, plusieurs options s'offriront. Vous disposerez des options suivantes si vous avez sélectionné une transaction pouvant faire l'objet d'une annulation :



5. Cliquez sur **Annuler**.

La page **Confirmation de l'annulation** s'affiche.

Confirmation de l'annulation

Cette page présente la réponse de la compagnie d'assurance.

Date de transaction:	2014-05-21	Compagnie d'assurance:	Simulated Adjudicator
No de référence de la compagnie d'assurance:	0131	Police:	12345
Fournisseur de services:	Lena Dones	Type de régime:	Santé complémentaire
Adresse:	340 Lovely Road Brampton, ON L6X 1C8	ID du titulaire:	Prinson Famille
Nom du patient:	Prinson Famille (Enfant)	Date de naissance:	1979-01-01
Date de naissance:	2005-05-10		

Détail de la demande de prestations

Ligne	Date de service	Description du service	Soumis	Éligible	COB	Déductible	Payable à	Montant payé	Notes
1	2014-05-21	Radiographie	100.005	10.005			100%	10.005	
<b>Total:</b>			<b>100.005</b>	<b>10.005</b>			<b>Total payé:</b>	<b>10.005</b>	

Total payable à: **Assuré/participant**  
 Nom du bénéficiaire: **Prinson Famille**  
 Date prévue du paiement: **Non disponible**

Note(s):

SI VOUS AVEZ DES QUESTIONS, SIL VOUS PLAÎT APPEL L'ASSUREUR AU: [REDACTED]

Les informations contenues dans ce formulaire a été utilisé pour le traitement de votre demande par voie électronique. Si vous préférez vérifier l'exactitude de ces données et de signaler toute anomalie, Ne pas envoyer ce formulaire à l'administrateur accésur / Plan.

Veuillez indiquer la raison pour laquelle vous souhaitez la demande

Raison: \*  Entrée par erreur  Modification de la décision

6. Vérifiez les renseignements figurant sur la page pour confirmer qu'il s'agit bien de la transaction que vous souhaitez annuler.
  7. Sélectionnez la raison pour laquelle vous souhaitez annuler la demande en cliquant sur le bouton d'option correspondant à votre situation.
- Raison: \*  Entrée par erreur  Modification de la décision

Voici les significations de chacune des raisons :

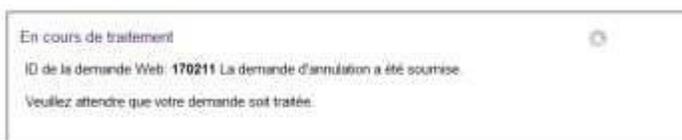
- **Entrée par erreur:** Utilisez cette raison lorsque les renseignements de la demande soumise ont été mal entrés ou entrés dans le mauvais dossier. Par exemple, la demande a été soumise en fonction d'un fournisseur ou d'un patient erronés.
- **Modification de la décision :** Utilisez cette raison si aucune erreur ne s'est produite et que vous ne souhaitez plus accepter la réponse de la compagnie d'assurance.



*Si un accusé de réception d'une demande de règlement est généré et qu'il y est indiqué de verser le paiement au fournisseur ou son organisation, vous devrez d'abord annuler la première demande, puis soumettre de nouveau une demande comportant le titulaire identifié comme bénéficiaire du paiement (payable à) afin de modifier le bénéficiaire. Utilisez la raison « Modification de la décision » dans un tel cas.*

8. Cliquez sur **Confirmer l'annulation** pour confirmer que vous souhaitez soumettre la demande pour annuler la transaction.

La page de traitement s'affichera ensuite, suivie de la confirmation d'annulation de la demande.



Si la demande est correctement annulée, le message « **Demande annulée** » s'affichera au haut de la page.


Portail des fournisseurs

Accueil CSPAAT eRéclamations
Contactez-nous

eRéclamations > Soumettre une réclamation ou voir vos transactions Tina Turner Fin de session

### Soumettre une demande ou voir vos transactions

Entrée de la demande
Transactions actualisées
Transactions antérieures
Formulaires d'autorisation
Foire aux questions
Manuel de l'utilisateur

**Accusé de réception d'une demande de règlement - Annulé**

**— Demande annulée**

La demande a été annulée.  
Veuillez consulter les notes de l'assureur pour plus de détails.

**Notes de l'assureur:**  
724 CLAIM HAS BEEN ACCEPTED FOR FURTHER PROCESSING.  
[Afficher plus](#)

Date de transmission: 2016-11-03	Compagnie d'assurance: Simulated Adjudicator
ID demande assureur: 9901	Police: 5209
Fournisseur de services: Clara Turner	Type de régime: Santé complémentaire
Adresse: 232 Mountain ST Calgary, AB T5G 3A3	
Adhérent assuré: Clarissa Baron	Nom du patient: Clarissa Baron (Titulaire)
ID du titulaire: 8191384	Date de naissance: 1940-11-25
Date de naissance: 1940-11-25	

**Détail de la demande de prestations**

Ligne	Date de service	Description du service	Soumis	Éligible	COB	Déductible	Payable à	Montant payé	Note(s)
1	2016-11-03	Évaluation lors de visite initiale	89,00\$						
<b>Totaux:</b>			<b>89,00\$</b>				<b>Total payé:</b>		<b>Annulé</b>

Imprimer PDF
Terminer

[Statut de la demande](#)
[Formulaires](#)
[Transactions](#)
[Fournisseurs](#)
[Fournisseurs d'adhésion](#)

Faire une question | Mon profil de l'utilisateur

### Rapport d'indemnités - Annulé

Cette page présente la réponse de la compagnie d'assurance.

Date de transmission:	2014-05-21	Compagnie d'assurance:	Simulated Adjudicator
No de référence de la compagnie d'assurance:	6131	Police:	12345
Fournisseur de services:	Lena Bones	Type de régime:	Sans complémentaire
Adresse:	348 Lovely Road Brampton, ON L6R 1C6	Nom du titulaire:	Personne Famille
Nom du patient:	Personne Famille (Enfant)	C du titulaire:	789
Date de naissance:	2000-03-10	Date de naissance:	1975-01-01

#### Détail de la demande de prestations

Ligne	Date de service	Description du service	Montant	Débit	COB	Déductible	Pourcentage	Montant payé	Intéressé
1	2014-05-21	Radiographie	100,000	90,000			100%	10,000	Annulé
<b>Total:</b>			<b>100,000</b>	<b>90,000</b>				<b>10,000</b>	<b>Annulé</b>

**Notes:**

SI VOUS AVEZ DES QUESTIONS, EN VOUS PLAÎT APPELER L'ASSUREUR AU: \_\_\_\_\_

Les renseignements contenus dans ce formulaire à destination de votre compagnie d'assurance sont transmis par voie électronique. Ils ne peuvent être utilisés de quelque manière que ce soit, sans le consentement écrit de l'assuré ou de la compagnie d'assurance.

Si la demande n'est pas annulée, vous obtiendrez l'une des réponses suivantes :

- **Problème rencontré** : cette réponse sera générée si un problème correspondant à l'annulation de la demande s'est produit. Cela permettra également de régler le statut de la réponse de la demande originale à **Demande d'annulation refusée**.
- **Erreur de connexion** : si cette situation se produit, une boîte accompagnée de ce message s'affichera si la compagnie d'assurance n'a pas reçu l'annulation de la demande ou si cette dernière n'a pas été traitée dans le délai prévu.

Consultez la section [Interprétation de la réponse de la compagnie d'assurance](#) pour obtenir de plus amples renseignements sur les réponses indiquées.

### 6.1.2 Et si la transaction que je souhaite annuler n'a pas été effectuée aujourd'hui?

Vous pouvez réaliser qu'une erreur s'est produite seulement un ou plusieurs jours après la soumission de la demande, une fois que la compagnie d'assurance aura généré une réponse. Vous devez alors communiquer directement avec la compagnie d'assurance pour annuler la demande.

Les coordonnées sont généralement fournies dans la réponse, accompagnées des numéros dont la compagnie d'assurance aura besoin pour retracer la demande. Vous pouvez également consulter votre manuel de référence pour obtenir les coordonnées de la compagnie d'assurance.



***Il est important de conserver une copie imprimée ou électronique de la réponse si jamais vous devez communiquer avec la compagnie d'assurance puisqu'elle contient tous les renseignements dont la compagnie d'assurance a besoin pour répondre de manière appropriée à vos demandes de renseignements.***

## 7 Formulaires d'autorisation

Ce chapitre fournit des renseignements sur les formulaires de consentement que vous pourrez utiliser. Ils ne sont pas pré-remplis. Ils devront être remplis par votre patient, ou par son parent ou tuteur.

### Qui devrait lire ce chapitre?

L'utilisateur qui devra soumettre des demandes de paiement ou de plan de traitement de soins de santé aux compagnies d'assurance via eRéclamations.



*Vous devez demander à votre patient, ou son parent ou tuteur, l'autorisation de soumettre sa demande de règlement de soins de santé ou de plan de traitement par voie électronique.*

*Vous devez également obtenir son autorisation chaque fois qu'il souhaite céder les prestations au fournisseur ou à son organisation.*

### 7.1.1 Formulaires de consentement

Utilisez ce formulaire chaque fois que vous soumettez une demande de règlement ou un plan de traitement via eRéclamations au nom de votre patient.

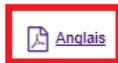
1. Pour accéder aux formulaires, cliquez sur l'onglet [Formulaires d'autorisation].

Les formulaires disponibles y seront affichés.

---

**Formulaire d'autorisation de transmission par voie électronique**  
Obtenez le consentement afin de soumettre des demandes électroniques au nom de votre patient

**Cession de bénéfices**  
Obtenez le consentement pour recevoir le paiement directement de l'assureur du patient



|



## 2. Cliquez sur le lien Formulaire de consentement.

Le formulaire en format PDF s'affichera dans une nouvelle fenêtre.



## Formulaire de consentement et d'autorisation de transmission par voie électronique

Instructions : Le présent formulaire doit être rempli lorsque le fournisseur soumet des demandes de règlement par voie électronique au nom du patient. Veuillez le conserver dans le dossier du patient à des fins de vérification pendant deux ans à compter de la fermeture du dossier du patient.

Fournisseur		
Prénom	Nom	
Adresse		
Ville	Province	Code postal
Patient		
Prénom	Nom	
Assureur/ payeur de la couverture primaire	Nom du titulaire du régime de la couverture primaire	
Numéro de police/groupe/contrat de la couverture primaire		
Numéro de certificat/identifiant du titulaire de la couverture primaire		
(Canada Vie uniquement) Nom du titulaire de la deuxième couverture		

### Consentement à la collecte et à l'échange de renseignements personnels

#### Objectif

Les renseignements personnels que nous recueillons et divulguons à votre sujet sont utilisés par l'assureur ou le gestionnaire de votre régime de garanties collectives et leur(s) fournisseur(s) de services afin d'évaluer l'admissibilité de vos demandes de règlement, de vérifier la souscription, de procéder à des enquêtes et des vérifications, et par ailleurs, de gérer le régime de garanties collectives; ils sont aussi utilisés dans le cadre d'enquêtes liées à la fraude ou à l'abus des garanties, et à des fins de gestion de données internes par des groupes affiliés et d'analyse de données.

#### Autorisation et consentement

J'autorise mon fournisseur de soins de santé à recueillir, utiliser et divulguer à l'assureur ou au gestionnaire de régime et à leur(s) fournisseur(s) de services, pour les besoins précités, les renseignements personnels ayant trait à toute demande de règlement soumise en mon nom.

J'autorise l'assureur ou le gestionnaire de régimes et leur(s) fournisseur(s) de services à :

- utiliser les renseignements personnels me concernant pour les besoins précités;
- échanger ces renseignements personnels avec toute personne physique ou morale, y compris les professionnels de la santé, les agences d'enquête, les assureurs et réassureurs, les gestionnaires de régimes gouvernementaux, avec d'autres organisations ou des fournisseurs de services qui travaillent avec l'assureur, le gestionnaire de régime ou avec toute autre personne précédemment mentionnée, lorsqu'ils sont pertinents pour les besoins précités;
- échanger, au besoin, des renseignements personnels relatifs à toute demande de règlement avec tout bénéficiaire de prestations payables;
- et échanger par voie électronique ou de toute autre façon des renseignements personnels pour les besoins précités.

Je comprends que les renseignements personnels pourraient devoir être divulgués à des personnes autorisées en vertu des lois applicables.

Je comprends que la soumission de demandes frauduleuses constitue un acte criminel, et que les demandes soupçonnées d'être frauduleuses pourraient être signalées à mon employeur ou au preneur de régime, et à tout organisme chargé de l'application de la loi.

Je reconnais que toute photocopie ou copie transmise par voie électronique de la présente autorisation a la même valeur que l'original et demeure valide aux fins de gestion du régime de garanties collectives.

Dans le cas où il y a fraude présumée ou réelle, ou abus des garanties en ce qui touche toute demande de règlement soumise, je reconnais et conviens que l'assureur ou le gestionnaire de régimes et leur(s) fournisseur(s) de services peuvent utiliser les renseignements personnels pertinents et les communiquer à tout organisme pertinent, y compris les organismes chargés de l'application de la loi, les organismes de réglementation, les organismes gouvernementaux, les fournisseurs d'articles médicaux et les autres assureurs, et, le cas échéant, à mon employeur ou preneur de régimes aux fins d'enquête et de prévention de la fraude ou de l'abus des garanties.

S'il y a un trop-perçu, j'accepte que la totalité de la somme versée en trop soit recouvrée au moyen de toute somme payable au titre du régime de garanties collectives, et qu'à cette fin, les renseignements personnels soient échangés avec toute autre personne ou tout autre organisme, y compris les agences d'évaluation du crédit et, le cas échéant, mon preneur de régime.

Si le patient est une personne autre que moi-même, je confirme que le patient a consenti à fournir ses renseignements personnels au fournisseur de soins de santé, à l'assureur ou au gestionnaire de régimes et leur(s) fournisseur(s) de services à des fins d'utilisation et de divulgation de ses renseignements personnels, tel que précité.

J'accepte les modalités

### Consentement pour la cession des prestations

Par la présente, je cède les prestations payables au titre des demandes de règlement admissibles au fournisseur de soins de santé responsable de soumettre mes demandes de règlement par voie électronique dans le cadre du régime de garanties collectives, et j'autorise l'assureur/le gestionnaire de régimes à lui verser directement les prestations. Je comprends que, si ma ou mes demandes de règlement sont refusées par l'assureur/le gestionnaire de régimes, il m'incombait de payer le fournisseur de soins de santé pour les services reçus ou les articles fournis.

Je reconnais et je conviens que l'assureur/le gestionnaire de régimes n'est pas tenu d'accepter ce Consentement pour la cession des prestations, que tous les paiements de prestations effectués conformément au Consentement pour la cession des prestations déchargeront l'assureur/le gestionnaire de régimes de ses obligations à l'égard de ces paiements, et que l'assureur/le gestionnaire de régimes sera également déchargé de ses obligations si les prestations me sont personnellement versées.

Il est entendu que la présente cession s'appliquera à toutes les demandes de règlement admissibles soumises par voie électronique par mon fournisseur de soins de santé et que je peux la révoquer en tout temps en faisant parvenir un avis écrit à l'assureur/au gestionnaire de régimes.

Si j'ai la qualité de conjoint du titulaire, ou de personne à sa charge, j'atteste que le titulaire m'a autorisé à signer le formulaire en vue de la cession des prestations au fournisseur de soins de santé.

J'accepte les modalités



Date

\_\_\_\_\_  
Signature du titulaire de régime

Tous les renseignements contenus aux présentes sont protégés en vertu des législations en matière de protection des renseignements personnels, notamment la loi canadienne sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques (PIPEDA) et les législations provinciales correspondantes. Tous les utilisateurs acceptent de protéger les renseignements personnels sur la santé contenus aux présentes contre toute utilisation non autorisée, divulgation, perte, vol ou exposition à tous risques en conformité avec les législations mentionnées précédemment et en appliquant des précautions au moins égales à celles qu'ils utilisent pour la protection de leurs propres renseignements personnels. Tout accès, divulgation ou utilisation non autorisée de ces renseignements est illégal.

3. Imprimez le formulaire puis remplissez-le. Assurez-vous que votre patient ou son parent ou tuteur signe le formulaire.

## 8 Gestion des mots de passe

La section « Mon profil » de la page d'accueil du Portail des fournisseurs vous permet d'accéder la page de modification du mot de passe.

Pour modifier votre mot de passe :

1. Aller à la page d'Accueil du Portail des fournisseurs, puis à la section Mon Profil, au bas à droite de la page :

## Mon profil

Gérer les détails de votre profil en utilisant les liens suivants.

[Adresse courriel et coordonnées bancaires >](#)

**[Modifier le mot de passe >](#)**

[Autres modifications à mon profil >](#)

2. Cliquez sur **Modifier le mot de passe**.

La page **Modifier le mot de passe** s'affiche :



3. Saisissez le mot de passe que vous utilisez actuellement dans le champ **Mot de passe actuel**.
4. Saisissez le nouveau mot de passe voulu dans le champ **Nouveau mot de passe**.

*Votre mot de passe doit satisfaire les conditions suivantes :*

- *Contenir au moins un caractère alphabétique et un caractère non alphabétique*
- *Comporter de 8 à 10 caractères*
- *Ne pas contenir d'espaces*
- *Ne pas être identique à votre nom utilisateur*
- *Ne pas avoir déjà été utilisé*



5. Saisissez le nouveau mot de passe voulu dans le champ **Confirmer votre mot de passe**.
6. Cliquez sur **Modifier le mot de passe**.

Le message indiquant que le mot de passe a été changé s'affichera.



*Pour obtenir ce message, vous devez saisir correctement votre mot de passe actuel. Vous devez saisir le même mot de passe dans les champs Nouveau mot de passe et Confirmer votre mot de passe.*

## 9 Coordonnées bancaires et adresse courriel

La fonctionnalité Coordonnées bancaires et adresse courriel permet aux fournisseurs inscrits de saisir ou de modifier leurs coordonnées bancaires et l'adresse courriel de la personne-ressource qu'ils fournissent à TELUS Santé.

Les coordonnées bancaires et l'adresse courriel de la personne-ressource sont utilisées par les compagnies d'assurance participantes pour des remboursements par dépôt direct. Nous invitons les utilisateurs inscrits à vérifier et à mettre à jour leurs renseignements fournis pendant l'inscription et, le cas échéant, à fournir leurs coordonnées bancaires et l'adresse courriel de la personne-ressource afin de pouvoir recevoir leurs remboursements directement dans leurs comptes bancaires.

Ouvrez une session via le Portail des fournisseurs, puis allez à la section « Mon Profil », dans le coin inférieur gauche de la page d'accueil du Portail des fournisseurs. Cliquez sur le lien « Coordonnées bancaires et d'adresse courriel » pour afficher la page **Coordonnées bancaires et d'adresse courriel**.

### Mon profil

Gérer les détails de votre profil en utilisant les liens suivants.

[Coordonnées bancaires et d'adresse courriel >](#)

[Modifier le mot de passe >](#)

[Formulaire de demande de changement au profil du fournisseur >](#)

Pour de plus amples renseignements sur le processus d'inscription en ligne, veuillez consulter le manuel d'utilisation du service de paiement par dépôt direct disponible à la page **Coordonnées bancaires et d'adresse courriel**.

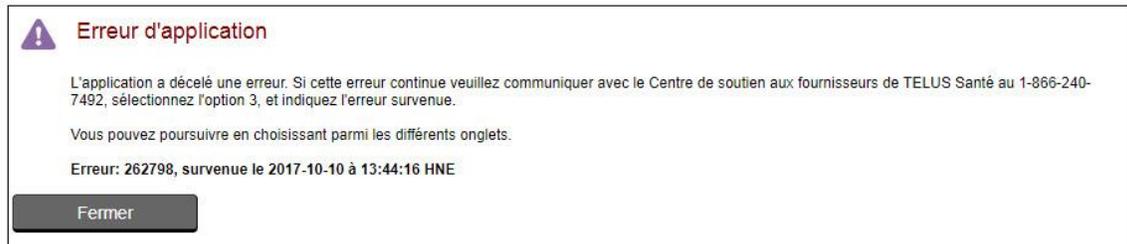
Un nom d'utilisateur et mot de passe sont associés à un rôle dans le système : ce rôle correspond au profil du fournisseur et au(x) service(s) mentionnés dans votre dossier. Si vos coordonnées bancaires et votre adresse courriel n'ont pas encore été fournies à TELUS Santé, un message de rappel s'affichera.

Vous devez fournir vos coordonnées bancaires et l'adresse courriel de la personne-ressource à TELUS Santé.

Pour les fournisseurs qui n'ont pas encore fournis leurs coordonnées bancaires et adresse courriel à TELUS Santé, un message de rappel s'affichera en permanence sous la section « Mon Profil » à la page d'accueil, jusqu'à ce que vos coordonnées bancaires et l'adresse courriel de la personne-ressource soient fournies à TELUS.

## 10 Erreur d'application

Dans de rares cas, il est possible qu'un problème correspondant à l'application se produise et entraîne une défaillance de l'application. Vous obtiendrez une erreur d'application si une erreur imprévue ou inévitable s'est produite dans l'application :



Il est possible que le problème soit temporaire; cependant, si cette erreur se produit souvent, il suffit de communiquer avec le Centre de soutien de TELUS Santé au 1-866-240-7492, option 3, et d'indiquer l'erreur qui est survenue.

Pour continuer à utiliser l'application lorsqu'une erreur de ce type se produit, il suffit de cliquer sur l'un des onglets.

## 11 Glossaire

Cette section comprend une description et une définition des termes utilisés dans cette application.

Terme	Description
<b>Accusé de réception d'une demande de règlement</b>	<p>Ce type de réponse est généré lorsque la compagnie d'assurance a bien reçu la demande de règlement, mais n'est pas en mesure de compléter le processus d'adjudication. Ce relevé sert simplement à accuser réception de la demande de règlement.</p> <p>Annuler Il s'agit de l'annulation ou de la demande de renversement de la réponse d'une demande de règlement.</p>
<b>Adjudication</b>	Il s'agit du processus dans lequel le système de traitement des demandes de la compagnie d'assurance examine une demande avant de générer la réponse à une demande de règlement ou de plan de traitement.
<b>Annuler</b>	Il s'agit de l'annulation ou de la demande de renversement de la réponse d'une demande de règlement. Seuls un Rapport d'indemnités et un Accusé de réception d'une demande de règlement peuvent être annulés.
<b>Assurance provinciale</b>	<p>Il s'agit du régime de soins de santé de la province dans laquelle le patient réside.</p> <p>Dans certains cas, toutes les couvertures en vertu du régime de soins de santé</p>
<b>Cession des bénéfices</b>	Il s'agit du patient ou de son parent ou tuteur qui demande que le montant versé par la compagnie d'assurance soit directement payé au fournisseur ou l'organisation de celui-ci.
<b>COB / Coordination des prestations</b>	Coordination des prestations. Elle s'applique lorsqu'un patient est couvert en vertu de plus d'un régime pouvant appartenir ou non à la même compagnie d'assurance.
<b>Code de service</b>	Il s'agit du code représentant un service ou un produit de soins de santé. La liste des codes de service pouvant être utilisés est basée sur le fournisseur ayant effectué le service.
<b>Compagnie d'assurance</b>	Il s'agit d'une entreprise qui fournit une couverture de soins de santé complémentaires aux titulaires de régime et à leurs personnes à charge, le cas échéant.
<b>Demande de règlement/Demande de paiement</b>	Demande transmise à une compagnie d'assurance demandant le paiement des services de soins de santé reçus par un patient couvert par cette compagnie.
<b>Demande de plan de traitement</b>	Demande transmise à une compagnie d'assurance demandant des renseignements sur la façon dont la compagnie d'assurance effectuera le paiement des services de soins de santé qu'un patient couvert par cette compagnie recevra, le cas échéant.
<b>Éligible/Montant éligible</b>	Il s'agit du montant que la compagnie d'assurance a jugé éligible ou admissible lors du calcul du montant payé pour la ligne de la demande.
<b>Emplacement des services</b>	Il s'agit de l'emplacement dans lequel le patient a reçu ou recevra les services.

Terme	Description
<b>eRéclamations</b>	Il s'agit de la solution qui permet aux fournisseurs de soins de santé complémentaires de gérer les demandes de règlements de leurs patients par voie électronique.
<b>Erreur d'expiration ou de connexion</b>	En cas de problème de connexion correspondant à la compagnie d'assurance ou lorsque le délai de transfert de la réponse de la compagnie d'assurance au Portail est trop long, une erreur d'expiration ou de connexion se produit.
<b>Fournisseur de produits optiques</b>	Il s'agit d'une entreprise qui peut fournir des produits optiques ou services d'optométriste et dont au moins un opticien ou optométriste a été enregistré. <b>Remarque</b> : Au moment de la soumission de la demande, lorsqu'un opticien est sélectionné, il ne fait que représenter la personne responsable de la demande.
<b>Fournisseur de services</b>	Il s'agit du fournisseur qui a fourni un ou plusieurs services au patient ou qui les lui fournira à une date ultérieure. Dans le cas des fournisseurs de produits optiques, il s'agit du fournisseur chargé de la demande.
<b>Déductible</b>	Le cas échéant, il s'agit du montant de la ligne de la franchise conservé par la compagnie d'assurance pour la ligne de la demande. Il s'agit du montant devant être payé avant que la compagnie d'assurance ne puisse payer la ligne d'une demande.
<b>Lien de parenté</b>	Il s'agit du lien de parenté entre le patient et le titulaire de la couverture primaire ou de la couverture secondaire. Par exemple, un patient peut représenter tant le titulaire de la couverture primaire que le conjoint du titulaire de la couverture secondaire.
<b>Montant soumis</b>	Il s'agit du montant total soumis initialement pour la ligne de la demande.
<b>Payable à</b>	Il s'agit de la personne à laquelle le paiement sera versé.
<b>Rapport d'indemnités</b>	Il s'agit du type de réponse générée lorsque la compagnie d'assurance a effectué l'adjudication (ou le traitement) complète de la demande de règlement. Ce relevé fournit les résultats de l'adjudication réels, y compris les montants qui seront payés par la compagnie d'assurance, le cas échéant.
<b>Rôle du prescripteur</b>	Il s'agit du type de professionnel en soins de santé qui exécute une ordonnance ou émet une recommandation.

## **12 Coordination des prestations – détermination de la priorité de couverture**

Les règles relatives à la priorité ou l'ordre de couverture figurent dans le document émis par l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes Inc.

Pour accéder à ce document, cliquez sur le lien suivant :

[http://www.clhia.ca/domino/html/clhia/CLHIA\\_LP4W\\_LND\\_Webstation.nsf/resources/Consumer+Brochures/\\$file/Brochure\\_Guide\\_To\\_CoOrdinationBenefits\\_FR.pdf%20](http://www.clhia.ca/domino/html/clhia/CLHIA_LP4W_LND_Webstation.nsf/resources/Consumer+Brochures/$file/Brochure_Guide_To_CoOrdinationBenefits_FR.pdf%20)