



# Manuel d'introduction au Réseau ACDQ à l'intention des cabinets dentaires

<b>1</b>	<b>INTRODUCTION AU RÉSEAU ACDQ</b>	<b>1</b>
1.1	<i>Qu'est-ce que le Réseau ACDQ?</i>	1
1.2	<i>Abonnement au Réseau ACDQ</i>	1
1.3	<i>Conditions d'adhésion</i>	1
1.4	<i>Modifications touchant le cabinet dentaire</i>	2
<b>2</b>	<b>CONFIGURATION ET MISE A JOUR</b>	<b>2</b>
2.1	<i>Installation du module de télétransmission</i>	2
2.2	<i>Configuration du logiciel d'administration</i>	2
<b>3</b>	<b>TELETRANSMISSION DES DEMANDES DE PRESTATIONS</b>	<b>3</b>
3.1	<i>Renseignements requis</i>	3
3.2	<i>Autorisation du patient</i>	3
3.3	<i>Gestion des cartes d'assurance</i>	3
3.4	<i>Paiement direct de Dentaide</i>	3
3.5	<i>Délégation de paiement (cession des bénéfices) avec les assureurs non participant à Dentaide</i>	4
3.6	<i>Autorisation de délégation de paiement du patient</i>	4
<b>4</b>	<b>TRAITEMENT DES TRANSACTIONS</b>	<b>5</b>
4.1	<i>Délai de transmission</i>	5
4.2	<i>Traitement en temps réel</i>	5
4.3	<i>Détail des prestations</i>	5
4.4	<i>Accusé de réception d'une demande de prestations</i>	5
4.5	<i>Demande relative aux transactions en suspens</i>	6
4.6	<i>Plan de traitement</i>	6
4.7	<i>Coordination des prestations</i>	7
	<b>ANNEXE A – QUESTIONS FRÉQUENTES</b>	<b>8</b>
	<b>ANNEXE B – MESSAGES D'ERREURS</b>	<b>11</b>
	<b>ANNEXE C - LIGNES DIRECTRICES DE L'ACCAP</b>	<b>15</b>
	<b>ANNEXE D – LISTE DES ASSUREURS PARTICIPANTS</b>	<b>16</b>

# **1 INTRODUCTION AU RÉSEAU ACDQ**

## **1.1 Qu'est-ce que le Réseau ACDQ?**

Le Réseau ACDQ est un service que l'Association des chirurgiens dentistes du Québec offre gratuitement à ses membres. Il permet aux dentistes de s'inscrire à la télétransmission. Les dentistes abonnés peuvent télétransmettre leurs demandes de prestations d'assurance soins dentaires directement aux assureurs participants et, dans la majorité des cas, de connaître sur-le-champ la portion assurée des soins.

## **1.2 Abonnement au Réseau ACDQ**

Un dentiste qui désire s'abonner au Réseau ACDQ doit être membre de l'ACDQ ou participant à Dentaide. L'abonnement est exclusif et n'est pas transférable à un autre dentiste ou à un autre cabinet. Un dentiste doit donc s'abonner dans chaque cabinet où il pratique.

Il faut prévoir environ deux semaines entre la réception de la demande d'abonnement et l'activation de la télétransmission par tous les assureurs.

Si le nom d'un dentiste est ajouté au système de télétransmission d'un cabinet et que le dentiste n'en a pas au préalable informé le Réseau ACDQ, les transactions envoyées en son nom seront refusées.

## **1.3 Conditions d'adhésion**

Pour qu'un dentiste puisse utiliser le Réseau ACDQ, le cabinet doit être informatisé et posséder un logiciel d'administration homologué par le Réseau ACDQ. Il doit ensuite télétransmettre les demandes de prestations par Internet. Ce type de communication requiert un lien Internet haute vitesse et un lien sécurisé de type Net<sup>+</sup> ACDQ. Pour vous abonner à Net<sup>+</sup> ACDQ ou pour toutes questions, veuillez communiquer avec Net<sup>+</sup> ACDQ par courriel à [info@net-plus.ca](mailto:info@net-plus.ca) ou par téléphone au **514 284-1985** ou **1 800 361-5305**.

## **1.4 Modifications touchant le cabinet dentaire**

Il est essentiel d'informer le Réseau ACDQ des changements suivants :

- changement des coordonnées de votre cabinet (adresse, numéro de téléphone, etc.) ;
- arrivée ou départ d'un dentiste;
- changement de fournisseur de logiciel;
- cessation de l'utilisation de la télétransmission.

Le Réseau ACDQ se charge de transmettre aux assureurs toute modification concernant votre abonnement.

## **2 CONFIGURATION ET MISE À JOUR**

### **2.1 Installation du module de télétransmission**

Le fournisseur de logiciels installe le module de télétransmission du Réseau ACDQ appelé CCD (Common Communication Driver) et en effectue les mises à jour automatiquement.

Veillez noter que les mises à jour du module de télétransmission du Réseau ACDQ diffèrent de celles que le fournisseur apporte à son logiciel, ces dernières étant à la discrétion du dentiste.

### **2.2 Configuration du logiciel d'administration**

Votre fournisseur de logiciel dentaire doit configurer votre logiciel d'administration pour que vous puissiez télétransmettre les demandes de prestations aux assureurs. Il doit notamment inscrire le nom et le numéro du dentiste ainsi que le numéro du cabinet dentaire. Ces renseignements vous sont communiqués dans la lettre de confirmation d'inscription du Réseau ACDQ lors de l'abonnement.

### **3 TÉLÉTRANSMISSION DES DEMANDES DE PRESTATIONS**

#### **3.1 Renseignements requis**

Une demande de prestations doit contenir des renseignements complets sur le patient et sur les soins.

Aussi, afin de prévenir le rejet d'une demande, vous devez, avant de la télétransmettre, vérifier auprès du patient la validité de ses renseignements personnels tels que son adresse, son numéro de contrat, et son numéro de certificat.

Si une demande est rejetée parce qu'elle contient des erreurs, un message indiquant la cause du rejet apparaît à l'écran. Vous devez corriger l'erreur et télétransmettre la demande de nouveau. Vous trouverez la liste des messages d'erreurs à l'annexe B du présent manuel.

#### **3.2 Autorisation du patient**

Chaque patient pour lequel vous soumettez des demandes de prestations par voie électronique doit signer la déclaration suivante :

*Par la présente, j'autorise la télétransmission de tous les renseignements contenus dans mes demandes de prestations d'assurance soins dentaires à l'administrateur de mon régime ou à ses mandataires. Cette autorisation demeurera en vigueur jusqu'à ce que je la révoque.*

*Signature du patient ou du parent/tuteur \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_*

#### **3.3 Gestion des cartes d'assurance**

Chaque assureur utilise un modèle de carte qui lui est propre. Il importe de vérifier si la carte permet la télétransmission, et il est de la responsabilité du patient de présenter une carte valide contenant tous les renseignements requis pour la télétransmission.

#### **3.4 Paiement direct de Dentaide**

Dentaide est un système de paiement direct balisé par des contrats. Dans ce cas, le patient paie au dentiste la portion non assurée par son régime, et Dentaide fait un dépôt direct dans le compte du dentiste ou émet un chèque à son ordre. Dentaide offre la seule garantie de paiement direct sur le marché, car le

dentiste et l'assureur ont des engagements contractuels. En cas de litige, Dentaide agit à titre d'intermédiaire entre eux.

Pour pouvoir utiliser le paiement direct de Dentaide :

1. le dentiste doit être abonné aux services de Dentaide
2. l'assureur doit utiliser Dentaide:
  - SSQ Groupe Financier
  - Desjardins Sécurité financière
  - La Capitale
  - Industrielle Alliance
  - Commission de la construction du Québec (voir Green Shield Canada)
  - Syndicat des fonctionnaires municipaux de Montréal
  - UV Assurance
  - Segic
  - Green Shield Canada

### **3.5 Délégation de paiement (cession des bénéfices) avec les assureurs non participant à Dentaide**

Le patient doit signer l'autorisation de délégation de paiement (voir section 3.6 de ce guide). La délégation de paiement signifie que le patient cède au dentiste les prestations payables en vertu d'une demande et consent à ce qu'elles soient versées à ce dernier directement.

Contrairement au paiement direct de Dentaide (Voir 3.4), la délégation de paiement avec les assureurs non participant à Dentaide n'offre aucun lien contractuel entre le dentiste et l'assureur. Le dentiste accepte donc d'assumer entièrement les contraintes, les risques et les conséquences en cas de litige avec les assureurs. L'ACDQ recommande de ne pas accepter la délégation de paiement avec les assureurs non participant à Dentaide, afin de préserver l'autonomie professionnelle des dentistes et éviter les risques et contraintes qui y sont associés.

Si le dentiste choisi tout de même d'accepter ce mode de paiement, il doit obtenir l'autorisation écrite de chaque patient pour lequel il l'accepte (Voir section 3.6).

### **3.6 Autorisation de délégation de paiement du patient**

Que ce soit pour le paiement direct de Dentaide (section 3.4), ou pour la délégation de paiement avec les autres assureurs (section 3.5), vous devez obtenir l'autorisation écrite de chaque patient pour lequel vous acceptez la délégation de paiement en lui faisant signer la déclaration suivante :

*Par la présente, je délègue au Dr \_\_\_\_\_ les prestations payables au titre de mes demandes et j'autorise mon assureur à lui envoyer le paiement directement. Cette autorisation demeurera en vigueur jusqu'à ce que le soussigné la révoque.*

*Signature du patient ou du parent/tuteur \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_*

## **4 TRAITEMENT DES TRANSACTIONS**

### **4.1 Délai de transmission**

Une demande de prestations doit être soumise le jour même où l'acte professionnel est effectué. Cependant, en cas de difficulté de télétransmission, vous disposez normalement de 7 à 365 jours civils pour la transmettre aux assureurs. Le délai diffère selon l'assureur.

### **4.2 Traitement en temps réel**

Le traitement en temps réel signifie que l'assureur évalue la demande de prestations et répond sur-le-champ, soit au moyen d'un *détail des prestations*, d'un *accusé de réception* ou d'une *demande relative aux transactions en suspens*.

### **4.3 Détail des prestations**

Le *détail des prestations* vous fournit toute l'information nécessaire pour clore la transaction avec le patient. Si un *détail des prestations* est traité en temps réel, vous devez remettre au patient une copie imprimée du formulaire pour confirmer que sa demande a bel et bien été transmise.

### **4.4 Accusé de réception d'une demande de prestations**

Un assureur qui traite les transactions en temps réel peut répondre par un *accusé de réception* dans les cas suivants :

- Dans les cas complexes qui doivent être révisés par un dentiste-conseil ou qui nécessitent des renseignements supplémentaires;
- Si la transaction comporte des erreurs;
- Lorsqu'il y a une note dans le dossier de l'assuré ou que le dossier est en suspens;
- S'il s'agit d'un groupe annulé ou suspendu;

- Si le paiement des primes est en retard;
- Lorsqu'il s'agit d'un plan de traitement;
- En cas de traitement des prestations en différé (par lots);
- Lorsque le numéro de plan de traitement (fourni préalablement par l'assureur) n'a pas été soumis en même temps que la demande. Dans ce cas, l'assureur rembourse automatiquement le patient.

*L'accusé de réception vous avise que la demande sera traitée ultérieurement. Dans ce cas, vous devez remettre au patient une copie imprimée des formulaires d'*accusé de réception d'une demande de prestations*, de *validation par l'employeur* ou de la *demande de prestations* manuelle. Le patient doit alors vous verser la totalité des honoraires, et il recevra le remboursement de l'assurance par la poste.*

#### **4.5 Demande relative aux transactions en suspens**

##### Réseau Telus Groupe A (anciennement Emergis)

Depuis le 1 décembre 2018, aucun assureur ne fait parti du réseau Telus Groupe A.

##### Réseau Telus Groupe B (anciennement NDC)

Le réseau Telus Groupe B n'accepte pas la récupération des transactions en suspens. En cas de traitement remis à plus tard, la réponse est directement expédiée par la poste.

#### **4.6 Plan de traitement**

Le Réseau ACDQ vous permet de télétransmettre des plans de traitement aux assureurs qui acceptent cette transaction électroniquement. Elle est semblable à une demande de prestations, sauf qu'elle ne comporte aucune date de soins.

La réponse au plan de traitement est expédiée par voie électronique ou par la poste au dentiste ou au patient. Dans cette réponse, l'assureur peut exiger des renseignements supplémentaires relatifs au plan de traitement (par exemple, des radiographies).



## 4.7 Coordination des prestations

La coordination des prestations a lieu (1) lorsqu'une personne est couverte par plus d'un assureur ou (2) si une personne est couverte à la fois comme titulaire, conjoint ou personne à charge de deux titulaires de polices auprès du même assureur (par exemple, deux conjoints travaillant au sein de la même entreprise).

Lorsqu'il s'agit d'une *demande de prestations* sujette à la coordination, vous pouvez, une fois que le premier assureur a rendu sa décision, (c.-à-d. un *détail des prestations* transmis en temps réel) et que la proportion des prestations payées par ce dernier est inférieure à 100 %, adresser au second assureur le détail des prestations payées afin que l'assuré obtienne le remboursement des prestations non payées. Cette demande au second assureur se fait par la poste ou par voie électronique dans certains cas. Notez que la coordination des prestations par voie électronique est facultative. Le logiciel dentaire indique normalement la manière dont chaque assureur traite la coordination des prestations.

L'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes (ACCAP) fournit les critères déterminant quel assureur agit comme premier ou second assureur. Vous trouverez ces informations à l'annexe C du présent manuel.

## ANNEXE A – QUESTIONS FRÉQUENTES

**L'assureur répond que le dentiste ou le cabinet n'a pas accès au Réseau ACDQ, par exemple : le fournisseur est introuvable; le dentiste n'est pas autorisé à télétransmettre; le numéro du dentiste ou du cabinet est absent ou invalide; il y a un code d'erreur 007, 008 ou 047 ?**

*Vous devez :*

- *vous assurer que le dentiste est abonné au Réseau ACDQ;*
- *vérifier que le numéro du dentiste et celui du cabinet sont bien inscrits dans le logiciel dentaire;*
- *communiquer avec le Réseau ACDQ.*
- *ne jamais facturer les soins fournis à un patient au nom d'un autre dentiste*

**La réponse de l'assureur indique qu'il y a une erreur au sujet du patient (numéro de police, numéro de certificat, nom ou prénom, lien de parenté, etc.)**

- *Vérifiez que l'information du patient est exacte dans le logiciel dentaire et qu'elle correspond aux renseignements indiqués sur la carte de l'assuré. Si le message d'erreur persiste, supprimez les signes de ponctuation.*
- *Communiquez avec l'assureur, car il possède les renseignements à jour sur les assurés.*

**Vous recevez le message « nombre d'actes invalide ».**

*En général, ce message indique que vous tentez d'envoyer plus de sept (7) actes à la fois, ce qui n'est pas permis. Veuillez soumettre les sept (7) premiers actes, puis les autres dans une autre transaction.*

**Vous recevez le message « Veuillez soumettre manuellement » à la suite d'une demande de prestations.**

*Cela signifie que l'assureur désire recevoir cette transaction sur papier plutôt que par voie électronique afin de la traiter manuellement. Dans ce cas, envoyez la demande par la poste.*

### **Pour quelles raisons une transaction doit-elle être soumise manuellement ?**

- *L'admissibilité du demandeur doit être confirmée par l'employeur.*
- *L'employeur ne veut pas offrir ce service à ses employés (groupe syndiqué ou autogéré).*
- *Il s'agit de traitements complexes.*
- *Des renseignements ou des documents supplémentaires sont exigés (radiographies ou autres).*
- *Le traitement a été effectué il y a plus de sept jours.*
- *La couverture dentaire est en cours de changement.*
- *Les primes n'ont pas été payées.*
- *Pour ce qui est de Dentaide, lorsqu'un patient a deux assurances.*

### **Dans quels cas l'assureur transmet-il un accusé de réception au lieu d'un détail des prestations ?**

- *L'assureur n'a pas développé la transaction détail des prestations.*
- *Dans les cas plus complexes qui doivent être révisés par un dentiste-conseil ou qui nécessitent des renseignements supplémentaires.*
- *Lorsqu'il y a une note dans le dossier de l'assuré ou que le dossier est en suspens.*
- *S'il s'agit d'un groupe annulé ou suspendu.*
- *Si le paiement des primes est en retard.*
- *Lorsqu'il s'agit d'un plan de traitement.*

### **Que dois-je faire si une demande de prestations ou un plan de traitement est rejeté ?**

*Dans le cas d'une erreur, vous verrez le message indiquant le motif du rejet apparaître à l'écran. Corrigez l'erreur, ou les erreurs, et renvoyez la demande de prestations ou le plan de traitement.*

### **Que signifie le message « erreur du système central » ou « le réseau ne répond pas » ?**

*Certains assureurs n'acceptent pas les transactions après une certaine heure. Il se peut aussi que le système d'un assureur ou d'un réseau soit temporairement hors service. Cette situation dure en général quelques instants et, plus rarement, quelques heures. Veuillez attendre et réessayer plus tard.*

**Comment faut-il procéder pour annuler une transaction?**

*L'annulation d'une transaction par voie électronique doit être faite le jour même. Pour annuler une transaction le lendemain de sa transmission, vous devez communiquer avec le Service à la clientèle de l'assureur, ou avec Dentaide si l'assureur et le dentiste sont participants à Dentaide.*

**Est-ce que je peux envoyer une demande de prestations d'assurance soins dentaires en dehors des heures d'ouverture ou la fin de semaine ?**

*Oui, chez la plupart des assureurs. Vous recevrez alors un accusé de réception de la demande quelques secondes après l'avoir envoyée. Cependant, certains assureurs n'acceptent pas les transactions après une certaine heure.*

## ANNEXE B – MESSAGES D'ERREURS

Il peut arriver qu'une transaction soit rejetée parce qu'elle contient une erreur. Dans ce cas, vous voyez apparaître à l'écran un message indiquant la cause du rejet. Vous devez corriger l'erreur à l'aide de la ressource associée au message d'erreur et envoyer la demande de nouveau.

Code	Message	Ressource	Champ
001	Préfixe de la transaction absent ou invalide	> Fournisseur de logiciel	A01
002	Numéro de la demande de prestations absent ou invalide	> Fournisseur de logiciel	A02
003	Numéro de la version absent ou invalide	> Fournisseur de logiciel	A03
004	Code de la transaction absent ou invalide	> Fournisseur de logiciel	A04
005	Numéro de l'assureur absent ou invalide	> Vérifier le code de l'assureur et voir à utiliser le bon réseau (Telus Groupe A ou Groupe B)	A05
006	Numéro de logiciel dentaire absent ou invalide	> Fournisseur de logiciel	A06
007	Numéro de dentiste (ADC) absent ou invalide	> Vérifier le n° du fournisseur du dentiste (9 chiffres)	B01
008	Numéro du cabinet absent ou invalide	> Vérifier le n° du cabinet (4 chiffres)	B02
009	Numéro de police ou régime absent ou invalide	> Patient / Assureur	C01
010	Numéro de section ou de division absent ou invalide	> Patient / Assureur	C11
011	Numéro du titulaire de l'assurance absent ou invalide	> Patient / Assureur	C02
012	Code indiquant lien de parenté du titulaire absent ou invalide	> Patient / Assureur	C03
013	Sexe du patient absent ou invalide	> Patient / Assureur	C04
014	Date de naissance du patient absente ou invalide	> Patient / Assureur	C05
015	Nom de famille du patient absent ou invalide	> Patient / Assureur	C06
016	Prénom du patient absent ou invalide	> Patient / Assureur	C07
017	Code indiquant exception quant à l'admissibilité absent ou invalide	> Patient / Assureur	C09
018	Nom de l'institution absent	> Nom de l'école si l'assuré a + de 18 ans	C10
019	Nom de famille du titulaire absent, non conforme au dossier	> Patient / Assureur	D02
020	Prénom du titulaire absent, non conforme au dossier	> Patient / Assureur	D03
021	Adresse du titulaire de l'assurance absente	> Patient / Assureur	D05, D06
022	Ville du titulaire de l'assurance absente	> Patient / Assureur	D07
023	Code postal du titulaire de l'assurance absent ou invalide	> Patient / Assureur	D09
024	Langue du titulaire de l'assurance invalide	> Patient / Assureur	D10
025	Date de naissance du titulaire absente ou invalide	> Patient / Assureur	D01
026	Numéro du second assureur invalide	> Voir message 005	E01
027	Numéro police, régime (seconde assurance) absent ou invalide	> Patient / Assureur	E02
028	Numéro de division ou section absent ou invalide	> Patient / Assureur	E05
029	Numéro du titulaire (seconde assurance) absent ou invalide	> Patient / Assureur	E03
030	Date de naissance du titulaire absente ou invalide	> Patient / Assureur	E04
031	Demande doit d'abord être soumise au second assureur		

Code	Message	Ressource	Champ
032	Destinataire du paiement absent ou invalide	> Peut signifier que le contrat d'assurance ne permet pas la délégation de paiement (cession des bénéficiaires) : le paiement doit être fait à l'assuré	F01
033	Date de l'accident invalide	> Valider l'information saisie	F02
034	Nombre d'actes exécutés absent ou invalide	> Max. 7 actes / transaction	F06
035	Code de l'acte absent ou invalide	> Guide des tarifs ACDQ	F08
036	Date à laquelle l'acte a été exécuté absente ou invalide	> Valider l'information saisie	F09
037	Numéro de la dent absent ou invalide	> Guide des tarifs ACDQ	F10
038	Surface de la dent absente ou invalide	> Guide des tarifs ACDQ	F11
039	Date de la mise en bouche initiale au maxillaire invalide	> Valider l'information saisie	F04
040	Réponse absente ou invalide : s'agit-il d'un traitement en vue de soins d'orthodontie ?	> Valider l'information saisie	F05
041	Honoraires demandés absents ou invalides	> Guide des tarifs ACDQ	F12
042	Frais de laboratoire absents ou invalides	> Guide des tarifs ACDQ	F13
043	Unités de temps absentes ou invalides	> Guide des tarifs ACDQ	
044	Longueur du message indiquée non identique à longueur du message reçu	> Vérifier si plus de 7 actes	A07
045	Indicateur de courrier électronique ou d'informations supplémentaires absent ou invalide	> Non utilisé pour le moment	A08
046	Numéro de référence de la <i>demande de prestations</i> absent ou invalide	> Fournisseur de logiciel	G01
047	Dentiste n'a pas accès au Réseau ACDQ	> Voir message 007	
048	Veuillez soumettre la demande manuellement	> Joindre l'assureur	
049	Pas de réponse en suspens provenant du réseau		
050	Numéro de ligne de l'acte absent ou invalide	> Fournisseur de logiciel	F07
051	Numéro du <i>plan de traitement</i> introuvable	Valider l'information saisie	F03
052	<i>Demande de prestations</i> ou <i>plan de traitement</i> doit contenir au moins un acte	> Vérifier également si plus de 7 actes	
053	Province du titulaire de l'assurance absente ou invalide	> PQ ou QC	D08
054	Numéro du titulaire dans l'annulation non conforme à la demande originale	> Valider le titulaire de la demande originale	
055	L'annulation ne concerne pas la transaction du jour	> Joindre l'assureur ou Dentaide	
056	Code de spécialité du dentiste non conforme au dossier	> Fournisseur de logiciel	
057	Réponse absente ou invalide : s'agit-il d'une mise en bouche initiale au maxillaire ?	> Valider l'information saisie	F15
058	Nombre d'actes non conforme au nombre indiqué	> Fournisseur de logiciel	
059	Logiciel dentaire du cabinet non autorisé à transmettre transactions au Réseau ACDQ	> Fournisseur de logiciel	
060	Annulation ne peut-être acceptée maintenant – Réessayer plus tard aujourd'hui		
061	Erreur du réseau – Veuillez resoumettre la transaction		
062	Numéro du dentiste recevant le paiement absent ou invalide	> Fournisseur de logiciel	B03
063	Numéro du cabinet recevant le paiement absent ou invalide	> Fournisseur de logiciel	B04
064	Dentiste demandant la consultation absent ou invalide	> Fournisseur de logiciel	B05
065	Code indiquant motif de consultation absent ou invalide	> Guide des tarifs ACDQ	B06

066	Indicateur de régime absent ou invalide	> Valider l'information saisie	C12
-----	---	--------------------------------	-----

Code	Message	Ressource	Champ
067	Champs se rapportant au régime SSNA absents	> Valider l'information saisie	
068	Numéro de la bande absent ou invalide	> Valider l'information saisie	C13
069	Numéro de la famille absent ou invalide	> Valider l'information saisie	C14
070	Odontogramme des dents manquantes absent ou invalide	> Valider l'information saisie	C15
071	Code indiquant parenté du titulaire (seconde assurance) absent ou invalide	> Patient / Assureur	E06
072	Code indiquant type d'achat absent ou invalide	> Guide des tarifs ACDQ	F16
073	Code de la remarque absent ou invalide	> Fournisseur de logiciel	F17
074	Date à laquelle l'acte a été exécuté est ultérieure	> Valider l'information saisie	F09
075	Date à laquelle l'acte a été exécuté est au-delà d'un an	> Valider l'information saisie	F09
076	Groupe non accepté pour l'échange électronique	> Assureur	
077	Type d'acte non couvert par l'assureur	> Assureur	
078	Veuillez soumettre <i>plan de traitement</i> manuellement	> Assureur	
079	Duplicata d'une <i>demande de prestations</i>	> Demande déjà envoyée (voir message 061)	
080	Compteur des transactions par assureur absent ou invalide	> Fournisseur de logiciel	A09
081	Date d'admissibilité invalide	> Patient / Assureur	C16
082	Numéro de séquence ou version de la carte invalide	> Patient / Assureur	D11
083	Nom de famille du titulaire (seconde assurance) absent ou invalide	> Patient / Assureur	E08
084	Prénom du titulaire (seconde assurance) absent ou invalide	> Patient / Assureur	E09
085	Initiale du second prénom du titulaire (seconde assurance) invalide	> Patient / Assureur	E10
086	Première ligne de l'adresse du titulaire (seconde assurance) absente	> Patient / Assureur	E11
087	Ville du titulaire (seconde assurance) absente	> Patient / Assureur	E13
088	Province ou État du titulaire (seconde assurance) absent	> PQ ou QC	E14
089	Code postal ou zip du titulaire (seconde assurance) invalide	> Patient / Assureur	E15
090	Réponse absente ou invalide : s'agit-il d'une mise en bouche initiale à la mandibule ?	> Valider l'information saisie	F18
091	Date de la première mise en bouche à la mandibule absente ou invalide	> Valider l'information saisie	F19
092	Matériau de la prothèse précédente au maxillaire absent ou invalide	> Valider l'information saisie	F20
093	Matériau de la prothèse précédente à la mandibule absent ou invalide	> Valider l'information saisie	F21
094	Nombre de dents extraites absent ou invalide	> Valider l'information saisie	F22
095	Numéro de la dent extraite absent ou invalide	> Valider l'information saisie	F23
096	Date de l'extraction absente ou invalide	> Valider l'information saisie	F24
097	Date du rapprochement invalide	> Valider l'information saisie	F33
098	Code des frais de laboratoire absent ou invalide	> Valider l'information saisie	F34
099	Code de cryptage invalide	> Fournisseur de logiciel	A10
100	Cryptage invalide	> Fournisseur de logiciel	
101	Initiale du second prénom du titulaire invalide	> Valider l'information saisie	D04
102	Initiale du second prénom du patient invalide	> Valider l'information saisie	C08

103	Code de la personne à charge (première assurance) absent ou invalide	> Valider l'information saisie	C17
<b>Code</b>	<b>Message</b>	<b>Ressource</b>	<b>Champ</b>
104	Code de la personne à charge (seconde assurance) absent ou invalide	> Valider l'information saisie	E17
105	N° de séquence/version de la carte (seconde assurance) absent ou invalide	> Valider l'information saisie	E07
106	Langue du titulaire (seconde assurance) absente ou invalide	> Valider l'information saisie	E16
107	Indicateur de régime (seconde assurance) absent ou invalide	> Valider l'information saisie	E18
108	Champs portant sur la seconde assurance absents	> Valider l'information saisie	
109	Numéro de séquence (seconde assurance) absent ou invalide	> Fournisseur de logiciel	E19
110	Indicateur de <i>plan de traitement</i> d'orthodontie absent ou invalide	> Valider l'information saisie > Fournisseur de logiciel	F25
111	Tarif du premier examen absent ou invalide	> Valider l'information saisie	F26
112	Tarif de la phase diagnostique absent ou invalide	> Valider l'information saisie	F27
113	Paiement initial absent ou invalide	> Valider l'information saisie	F28
114	Mode de paiement absent ou invalide	> Valider l'information saisie	F29
115	Durée du traitement absente ou invalide	> Valider l'information saisie	F30
116	Nombre prévu de paiements absent ou invalide	> Valider l'information saisie	F31
117	Montant prévu du paiement absent ou invalide	> Valider l'information saisie	F32
118	Code de frais de laboratoire #2 absent ou invalide	> Valider l'information saisie	F35
119	Frais de laboratoire #2 absents ou invalides	> Valider l'information saisie	F36
120	Début prévu du traitement absent ou invalide	> Valider l'information saisie	F37
121	<i>Détail des prestations</i> (première assurance) différent de l'original	> Réseau ACDQ	E0B
122	Date plus disponible	> Réseau ACDQ	F33
123	Numéro de page du rapprochement absent ou invalide	> Fournisseur de logiciel	F38
124	Transaction non acceptée par l'assureur	> Fournisseur de logiciel	A04
125	Version de la transaction non acceptée	> Fournisseur de logiciel	A03
126	Code du diagnostic absent ou invalide	> Valider l'information saisie	F39
127	Code de l'établissement absent ou invalide	> Valider l'information saisie	F40
128	Numéro de page courante du plan de traitement absent ou invalide	> Fournisseur de logiciel	G46
129	Numéro de dernière page du plan de traitement absent ou invalide	> Fournisseur de logiciel	G47
130	Indicateur de modalités d'un régime public absent ou invalide	> Valider l'information saisie > Fournisseur de logiciel	C18
131	Modalités d'un régime public absentes ou invalides	> Valider l'information saisie > Fournisseur de logiciel	C19
132	Indicateur de champs concernant la seconde assurance absent ou invalide	> Valider l'information saisie > Fournisseur de logiciel	E20
997	Dernière transaction illisible	> Fournisseur de logiciel	
998	Pour usage futur par l'ADC		
999	Erreur du système central – Veuillez soumettre la demande manuellement.	Réessayer plus tard	



## ANNEXE C - LIGNES DIRECTRICES DE L'ACCAP

Les logiciels d'administration sont programmés de manière à appliquer les lignes directrices portant sur la coordination des prestations de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes (ACCAP).

Voici un sommaire des lignes directrices en vigueur au moment de l'édition du manuel du Réseau ACDQ. Ces renseignements sont fournis à titre informatif seulement. Le patient doit se référer à son assureur pour obtenir les règles de coordination des prestations en vigueur.

### **Couverture en tant que participant et personne à charge**

- Si la personne est couverte en tant que participant à un régime, ce régime sera toujours le premier payeur par rapport à tout autre la couvrant en tant que personne à charge. Si elle est couverte au même titre par plus d'un régime, le régime la couvrant depuis le plus longtemps est le premier payeur.

### **Sinistres touchant les enfants à charge**

- Lorsque les deux parents bénéficient chacun d'un régime couvrant leurs enfants en tant que personnes à charge, le régime du parent dont l'anniversaire arrive en premier dans l'année civile est le premier payeur.
- Si les deux parents ont la même date d'anniversaire, le régime de celui dont l'initiale du prénom vient en premier dans l'alphabet est le premier payeur.
- Dans les cas de garde exclusive, c'est-à-dire qu'un seul parent a la garde de l'enfant : le régime du parent avec qui réside l'enfant (c'est à-dire celui du parent qui en a la garde) est le premier payeur.
- Le régime du conjoint du parent ayant la garde est le deuxième payeur.
- Le régime du parent n'ayant pas la garde est le troisième payeur.
- Dans les cas de garde conjointe, et si les deux parents bénéficient chacun d'un régime couvrant leurs enfants en tant que personnes à charge, le régime du parent dont l'anniversaire arrive en premier dans l'année civile est le premier payeur.

### **Sinistres touchant les étudiants de niveau postsecondaire (université ou collège)**

- Les étudiants bénéficient parfois d'une protection d'assurance maladie ou d'assurance dentaire par l'entremise de leur établissement d'enseignement ou dans le cadre d'un emploi à temps partiel.
- De tels régimes sont toujours les premiers payeurs par rapport à tout autre régime couvrant l'étudiant en tant que personne à charge.

### **Sinistre par suite d'accident**

- Si l'assuré requiert des soins par suite d'un accident et qu'il participe à la fois à un régime de soins dentaires et à un régime d'assurance-maladie couvrant les lésions accidentelles aux dents, ce dernier a la priorité quant au remboursement des prestations.

## ANNEXE D – LISTE DES ASSUREURS PARTICIPANTS



### Réseau Telus (Groupe B) (anciennement NDC)

• Centre de service à la clientèle de Telus Solutions en santé : 1 866 272-2204		
Assureur	Version Réseau ACDQ	Numéro d'identification
Accerta	4	311140
Association des policières et policiers du Québec (APPQ) (Voir SEGIC)		
Assomption Vie	4	610191
Assurance vie Équitable du Canada	4	000029
Automated Benefits Inc. (par lots)	4	628151
Benecaid Health Benefit Solutions	4	610708
Benefits Trust (par lots)	2	610146
Canada Vie (Great West, London Life, Canada Vie)	4	000011
CCQ-MÉDIC Construction(Commission de la construction du Québec) Voir Green Shield Canada		
Co-operators	4	606258
Coughlin	4	610105
Cowan Wright Beauchamp	4	610153
Saskatchewan Blue Cross	2	000096
Croix Bleue Medavie – Assurance collective	4	610047
Desjardins Sécurité Financière	4	000051
Empire Vie	4	000033
ESORSE Corporation	4	610650
FAS	4	610614
Financière Manuvie	2	610059
Financière Manuvie – Marchés des groupes à affinités (anciennement Liberté Santé) (par lots)	2	311113
Green Shield Canada	4	000102
Groupe financier AGA Inc.	4	610226
Groupe Premier Médical (GPM)	4	610266
Global Benefits	4	000040
GMS – Group Medical Services	4	610217

GMS SK – Group Medical Services	4	610218
GroupHEALTH Benefit Solutions	4	000125
GroupSource	4	605064
Humania (anciennement La Survivance)	4	000080
Industrielle Alliance	2	000060
Industrielle Alliance Pacifique	2	000024
Industrielle Alliance - La Nationale Vie	2	000021
Johnson	4	627265
La Capitale	4	600502
Lee-Power & Associates Inc. (par lots)	2	627585
Manion Wilkins & Associates Ltd.	4	610158
MDM Insurance Services Inc.	2	601052
NexgenRx	4	610634
NIHB – First Canadian Health (SSNA)	4	610124
RWAM	4	610616
RBC Assurances	4	000124
SécurIndemnité/ClaimSecure (Merx)	4	610099
SES Benefits	4	610196
Segic	4	610360
SSQ	4	000079
Standard Life	4	000020
Sun Life	4	000016
Syndicat des fonctionnaires municipaux de Montréal – SFMM	4	610677
TELUS Adjudicare	4	000034
UV Assurance (anciennement Union Vie, l'Internationale)	4	610643
Wawanesa Mutual Insurance Co (voir Green Shield Canada)		

**Autres Réseaux :**

**Réseau Instream**

Assureur	Version	Numéro d'identification
ADSC	4	000105
Alberta Blue Cross	2,4	000090
Deltaware Systems	4	610172
Johnston Group(par lots)	2	627223
Manitoba Blue Cross	4	000094
Ontario Ironworkers	4	000123
Pacific Blue Cross	4	000064
PBAS	4	610256
Quikcard	4	000103