

Lunet Espace Vision Managed Care Guide

LIENS RAPIDES

Cliquez [ICI](#) pour accéder au dossier sur les assurances dans la boîte à outils.

Cliquez sur le carreau ci-dessous pour accéder directement à cette page

[Aperçu du processus](#)

[CROIX BLUE MEDAVIE](#)

[PROGRAMME D'AIDE SOCIAL](#)

[SAAQ](#)

[SSNA](#)

[CNESST](#)

[RAMQ](#)

[Collections](#)

[Ciao! Optical](#)

APERÇU DU PROCESSUS



- Toutes les commandes d'examens, de lunettes et de lentilles de contact (le cas échéant) passées dans le cadre de la gestion des soins (assurance) seront saisies dans Ciao ! Optical en utilisant le chemin d'accès à l'assurance et le numéro d'identification de l'assureur (chaque programme a un numéro d'identification unique indiqué dans ce guide).
- Les plans sont configurés comme des factures réelles, ce qui signifie que vous devez saisir manuellement le montant du remboursement.



- Soumettez la vente. Si le patient doit un montant, vous le percevrez ici. Remarque : pour les lunettes, vous pouvez utiliser l'option de paiement COD (partial, collect on delivery).
- Toutes les commandes de lunettes seront passées par notre système - LPA, Lab Processing Application, à RxO.



- Vous déposerez vos demandes de remboursement sur place. Vous pouvez désigner une personne par clinique pour gérer cela. Le responsable du cabinet devra veiller à ce que le processus permette de déposer toutes les demandes dans les délais impartis.



- Lorsque vous recevrez le paiement de l'indemnité, vous déposerez l'argent sur votre compte bancaire Lunet RBC 1005107. Vous aurez des bordereaux de dépôt distincts et devrez les déposer séparément (votre propre sac et le bordereau de dépôt de l'assurance). Il s'agit du même compte pour les dépôts de Ciao ! Optical, mais notez qu'il doit avoir son propre bordereau et son propre sac, afin qu'ils ne se mélangent pas.
- Les relevés de paiement doivent être envoyés par courrier électronique à **XXXX** afin que l'équipe du back-office puisse enregistrer le paiement dans notre système d'assurance comptable.

Notez que la RAMQ sera un processus différent des fichiers du médecin.

SOINS GÉRÉS / RÉGIMES D'ASSURANCE

Vous trouverez ci-dessous les régimes d'assurance pour les commandes pour lesquelles le site fait la demande et obtient le remboursement. Les programmes pour lesquels le client ou le médecin fait la demande suivent un processus différent (par exemple, la RAMQ). Chaque assureur/programme dispose d'une page pour plus de détails.

Programme	ID du plan Dans Ciao ! Optique
CROIX BLEU MEDAVIE-LUNET	1832209
PROGRAMME D'AIDE SOCIAL-LUNET	1832212
PRESTATIONS DE SANTÉ NON ASSURÉES - LUNET (Première nation, MAI, SSNA)	1832211
SAAQ-LUNET	1832213
CNESST-LUNET	1833675
MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES-LUNET	1833676

Référence rapide sur la manière de saisir les montants des allocations.

Objet	Prix de détail	Le régime paie	Réductions	Participation aux frais	Montant dû (Vous payez)
Objet	Le prix s'affichera automatiquement ici	Montant du remboursement (ce qui vous est remboursé)	Si le patient n'est pas responsable du dépassement, le reste est radié ici.	Ne devrait jamais avoir besoin cette colonne, mais pourraient l'utiliser s'ils avaient un ticket modérateur	Prix - Plan Pays laissera le solde dû par le patient
Exemple avec dépassement d'honoraires pour un patient	100\$	43\$			57\$
Exemple avec une couverture totale	100\$	43\$	57\$		0\$

ATB – RAPPORT MENSUEL SUR LA BALANCE ÂGÉE

- Vous recevrez un rapport ATB mensuel indiquant les demandes en suspens et les remboursements attendus.
- Chaque site travaillera (recherche) sur les éléments énumérés dans son ATB, prendra des notes et renverra par télécopie le PDF annoté au **513-492-6847**, qui sera examiné et travaillé avec l'équipe du back-office (mettra à jour la créance dans notre système SAP). Les questions peuvent être envoyées à ASN-CAN_Lens@luxotticaretail.com et khammer@luxotticaretail.com.
- Pour les chèques Lock Box (indiqués ci-dessous), envoyez-les à **Lenscrafters Canada Inc, PO Box 56363, Postal Station A, Toronto, Ontario, M5W 4L1** (nous partageons la même adresse que LC).

Programme	TYPE DE PAIEMENT
CROIX BLEU MEDAVIE-LUNET	ACH - Site web
PROGRAMME D'AIDE SOCIAL-LUNET	Chèques envoyés à la boîte aux lettres
PRESTATIONS DE SANTÉ NON ASSURÉES - LUNET (Première nation, MAI, SSNA)	ACH - Express Scripts - email Jblevins@luxotticaretail.com lorsque les paiements sont disponibles
SAAQ-LUNET	Chèques envoyés à la boîte aux lettres
CNESST-LUNET	Chèques envoyés à la boîte aux lettres
MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES-LUNET	Chèques envoyés à la boîte aux lettres

CROIX BLUE MEDAVIE

PLAN ID : 1832209

Couverture	Le régime paie (remboursement)	Le patient paie	Notes
Examen	140\$ (inclut les champs visuels et les photos)	\$0	Les services de dilatation et de cycloplégie ne sont pas couverts à moins qu'ils n'aient été autorisés par la Croix Bleue (ils sont alors couverts et remboursés à hauteur de 60 \$ - la colonne de Ciao ! est payée par le régime).
Contacts	Non couvert	Paie le montant total	
Lunettes	375\$	Paie tout ce qui est supérieur à 375\$ d'allocation	<ul style="list-style-type: none"> Le patient dispose généralement d'une allocation de 375 \$. Si l'allocation n'est pas utilisée par une paire, le patient peut choisir une deuxième paire de lunettes.

DÉPOSER DES RÉCLAMATIONS :

- Jennyfer soumettra pour Québec (T141) et Blainville (T143)
- Marie-Andée facturera pour Lévis (T142)
- Possibilité d'introduire une demande en ligne : Medavie.bluecross.ca
- Ou faxer le formulaire au 1 844 859 6155
- Le formulaire se trouve dans la Boîte à outils > Documents > Lunet > Dossier d'assurance

PROGRAMME D'AIDE SOCIAL

PLAN ID : 1832212

Couverture	Le régime paie (remboursement)	Le patient paie	Notes
Examen	L'examen se fera par l'intermédiaire de la RAMQ	40\$ pour la photo rétinienne	Le patient doit apporter son formulaire bleu avec la mention "oui" pour l'examen avant l'examen ophtalmologique.
Contacts	Couvert selon les critères et l'allocation fournis lors de l'autorisation préalable	Paie tout ce qui dépasse l'allocation	
Lunettes	64\$ + barème des frais de lentilles pour un remboursement total	Paie le dépassement	<ul style="list-style-type: none">Le patient doit s'adresser à son agent pour obtenir les formulaires nécessaires.Après avoir reçu le formulaire, ils disposent d'un mois pour commander des lunettes.Le patient paie de sa poche les dépassements d'honoraires.

DÉPOSER DES RÉCLAMATIONS :

- Tous les salariés peuvent remplir le formulaire de demande
- Envoyer le formulaire de demande par la poste

PRESTATIONS DE SANTÉ NON ASSURÉES (Premières nations, AMI, SSNA)

PLAN ID : 1832211

Couverture	Le régime paie (remboursement)	Le patient paie	Notes
Examen	58.75\$	Paie le dépassement (66.25\$)	Appelez le 1-877-483-1575 pour obtenir l'autorisation et les montants de l'allocation.
Contacts	Voir la couverture de l'autorisation	Paie le dépassement	Rx < .5 / add < .75 ne sont pas couverts
Lunettes	Rx < 7.00 275\$ Rx ≥ 7.00 415\$ Rx ≥ +9.00 ou ≥ -12.00 ou Cyl ≥ -3.25 ou anisométrie ≥ 3.00 (lentilles couvertes avec une monture de 125\$).	Paie le dépassement	

DÉPOSER DES RÉCLAMATIONS :

- Jennyfer soumettra pour Québec (T141) et Blainville (T143)
- Marie-Andrée facturera pour Levis (T142)
- Déposer une demande auprès d'Express Scripts ou appeler le 1-888-511-4666 pour joindre Express Scripts.
 - Numéro de compte Lunet.. : VC0510313
 - Numéro de compte Montplaisir : VC0510724
 - Numéro de compte Jarjour : VC0510496
 - Laflamme Compte n° : VC0511035

PRESTATIONS DE SANTÉ NON ASSURÉES (Premières nations, AMI, SSNA)

	Option A	Option B
<p>Autorisation</p> <p>*Faire signer le formulaire reçu par le client le plus souvent possible</p>	<p>En ligne sur Express Script (Intéressant lorsqu'ils sont fermés ou que la demande ne vous a pas été remise) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assurez-vous d'être sur la bonne branche • Onglet de soumission de la pré-demande • Saisir les informations relatives au patient et vérifier • Saisir l'ID de l'article : En cliquant sur le petit ?, vous trouverez les ID et leur signification. (Les plus courants sont VC010 Regular Examination et VC100 For Glasses) • Inscrivez le coût de l'article complet (110 \$ pour l'examen de la vue et le montant total des lunettes). • Indiquez la date du service. • Joindre la facture et le RX (onglet Uploaded) pour soumettre la demande. 	<p>Par téléphone : 1-877-483-1575</p> <p>Heures d'ouverture : Du lundi au vendredi de 8 à 12 heures et de 13 à 16 heures.</p> <p>**Prioriser en cas d'ouverture - beaucoup plus rapide</p>
<p>Demandes de paiement</p>	<p>En ligne sur Express Script (de préférence)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assurez-vous d'être sur la bonne branche • Onglet Soumettre une demande de paiement • Saisir les informations relatives au patient • Cochez non aux questions • Entrez la date du service, l'ID de l'article (lunettes VC100 et examen VC 010), entrez le coût de l'article (58,75 \$ pour l'examen et 275 \$ pour les lunettes, sauf exceptions). • Inscrivez le numéro d'autorisation commençant par un V dans la case Numéro d'autorisation. (Vous le trouverez sur le formulaire que vous avez fait signer au client). • Soumettre et s'assurer qu'aucun code d'erreur n'apparaît dans la case Code d'erreur. 	<p>Envoi par télécopie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Veillez à ce que le formulaire soit signé par le client et rempli (votre signature, le montant total de l'achat et la date du service). • Joindre le reçu au formulaire • Télécopie au 1-888-249-6098 • Conservez des copies au cas où la télécopie n'arriverait pas

SAAQ

PLAN ID : 1832213

Couverture	Le régime paie (remboursement)	Le patient paie	Notes
Examen	Si elle est couverte, la SAAQ rembourse 125\$. S'ils sont âgés de moins de 18 ans ou de 65 ans et plus, la RAMQ paie l'examen.	Lors de la facturation à la RAMQ, le patient paie 40 \$ pour les photos de la rétine.	Le patient doit vous communiquer le numéro de dossier et le nom de son agent.
Contacts	Non couvert		
Lunettes	<ul style="list-style-type: none">L'agent fournira le montant couvertL'allocation pour le cadre est de 222\$ et le patient paie le dépassement.Lentilles prises en charge intégralement (remboursées intégralement)	<ul style="list-style-type: none">L'allocation pour le cadre est de 222\$ et le patient paie le dépassement.	Le patient doit vous communiquer le numéro de dossier et le nom de son agent. Si le patient ne dispose pas de ces informations, nous ne sommes pas en mesure de facturer.

DÉPOSER DES RÉCLAMATIONS :

- Tous les opticiens peuvent remplir le formulaire de demande
- Envoyez par fax une copie de la facture avec le numéro de dossier du patient, notre numéro de fournisseur et la signature du patient.
- Demandez une confirmation de remboursement. La confirmation du paiement peut prendre jusqu'à trois semaines. Veillez donc à ce que le client soit informé des délais et du fait que la procédure peut être plus rapide s'il s'en charge lui-même.
- Ne jamais laisser la commande sans avoir eu confirmation de la SAAQ du paiement à notre égard

CNESST

PLAN ID : 1833675

Couverture	Le régime paie (remboursement)	Le patient paie	Notes
Examen	Différence entre le prix et 67 Si couvert, besoin d'une preuve	Paie 67\$ de la franchise sur l'examen et les lunettes (monture + lentilles)	<ul style="list-style-type: none">• Appelez le 1 844 838 0808 (option 2 suivie de l'option 6) pour obtenir une pré-approbation et connaître les montants de couverture.
Contacts	114\$	Paie le dépassement	
Lunettes	Indemnité de cadre 237 Lentilles - voir grille tarifaire	Paie le dépassement	

DÉPOSER DES RÉCLAMATIONS :

- Jennyfer soumettra pour Québec (T141) et Blainville (T143)
- Marie-andrée facturera pour Levis (T142)
- Faxer le formulaire au 1 855 722 8081
- Le formulaire se trouve dans la Boîte à outils > Documents > Lunet > Dossier d'assurance

CNESST INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Conseils pour le dépôt de la demande d'indemnisation :

- Assurez-vous que vous disposez des informations nécessaires pour remplir l'en-tête du formulaire (numéro de dossier, date de l'événement, numéro d'assurance maladie).
- Remplir le formulaire en utilisant la liste de prix de la CNESST au meilleur de vos connaissances
- Signer le formulaire et le faire signer par le client
- Écrire dans les notes qu'il doit déduire la franchise de 67 \$ et voir le reçu ci-joint pour confirmation du total. (Il peut arriver que le total effectué à l'aide de la liste de prix de la CNESST soit plus élevé que ce qui est facturé, assurez-vous qu'il ne paie pas plus cher).
- Assurez-vous que le paiement est bien destiné au magasin de lunettes.
- Toujours joindre un reçu
- Je demande toujours une confirmation téléphonique du paiement, mais il arrive qu'il ne nous contacte pas et que nous recevions le paiement par chèque avant la fin de l'année.

***NE QUITTEZ PAS LA COMMANDE TANT QUE VOUS N'AVEZ PAS REÇU LA CONFIRMATION QUE NOUS SERONS PAYÉS. ***

Vous recevrez le paiement par chèque avec la référence du client. Il est important de garder une trace du formulaire que vous avez soumis.

Informez le patient qu'il peut s'écouler jusqu'à un mois avant qu'il ne reçoive ses lunettes.

BARÈME D'HONORAIRES POUR LES LENTILLES CNESST

Structure de la codification

XXXXX	2 PREMIERS CHIFFRES	Catégorie (01,11, 14,21 à25,51 à 64,97)
XXXXX	3 ^e CHIFFRE	Caractéristiques (1 puissance,2 Composition, 3 Teinte,4 Supplément ,5 Verre de contact)
XXXXX	2 DERNIERS CHIFFRES	Éléments

Les tarifs sont en vigueur à compter du 1^{er} août 2018 pour une période de 5 ans se terminant en 2023.

CNESST -LISTE DE PRIX DES LENTILLES (PAR LENTILLE)

PUISSANCE CODE	SIMPLE FOYER 011XX	DOUBLE FOYER 111XX	TRIPLE FOYER 211XX	FOYER PROGRESSIF (conventionnel) 141XX
	18/08/01	18/08/01	18/08/01	18/08/01
1.0 Sph. Plano à 4.00 10	48	80	110	144
1.1 Cyl. 0.12 à 2.00 11	48	80	110	144
1.2 Cyl. 2.25 à 4.00 12	48	80	110	144
2.0 Sph. 4.25 à 10.00 20	48	80	110	144
2.1 Cyl. 0.12 à 2.00 21	48	80	110	144
2.2 Cyl. 2.25 à 4.00 22	48	80	110	144
3.0 Sph. 10.25 à 15.00 30	48	80	110	144
3.1 Cyl. 0.12 à 2.00 31	48	80	110	144
3.2 Cyl. 2.25 à 4.00 32	48	80	110	144

BARÈME D'HONORAIRES POUR LES LENTILLES CNESST

PUISSANCE CODE	FOYER PROGRESSIF (numérique) 221XX	FOYER PROGRESSIF(optimisé) 231XX	FOYER PROGRESSIF (personnalisé) 241XX	FOYER PROGRESSIF (dégressif -ordinateur) 251XX
	18/08/01	18/08/01	18/08/01	18/08/01
1.0 Sph. Plano à 4.00 10	173	245	310	140
1.1 Cyl. 0.12 à 2.00 11	173	245	310	140
1.2 Cyl. 2.25 à 4.00 12	173	245	310	140
2.0 Sph. 4.25 à 10.00 20	173	245	310	140
2.1 Cyl. 0.12 à 2.00 21	173	245	310	140
2.2 Cyl. 2.25 à 4.00 22	173	245	310	140
3.0 Sph. 10.25 à 15.00 30	173	245	310	140
3.1 Cyl. 0.12 à 2.00 31	173	245	310	140
3.2 Cyl. 2.25 à 4.00 32	173	245	310	140

Composition des lentilles (par lentille)

XX2XX

Code	Description	Tarif 2018-08-01
04	Haut indice : organique 1.6	35
05	Haut indice : organique 1.67	65
06	Haut indice : organique 1.74	120
07	Lentille polycarbonate simple vision	20
08	Lentille polycarbonate double vision (ST-28)	50
09	Lentille polycarbonate progressif	45

BARÈME D'HONORAIRES POUR LES LENTILLES CNESST

Supplément pour teintes et traitements (par lentille)

XX3XX

Code	Description	Tarif 2018-08-01
01	Teinte unie (organique)	22
02	Teinte graduée (organique)	29
09	Lentille polarisée (double vision)	65
10	Photochromique	75
14	Traitements UV	20
15	Teinte miroir (avec anti-reflet face arrière)	90
17	Traitement anti-reflets : multicouche standard	70
18	Traitement anti-reflets hydrophobe-oléophobe	90
19	Traitement anti-égratignures	35

N.B. S'il y a plus d'un code de teinte ou traitement veuillez inscrire le code 99

Supplément lentilles spéciales (par lentille)

XX4XX

Code	Description	Tarif 2018-08-01
01	Prisme inférieur à 5,00 dioptries	25
02	Prismes 5,00 dioptries et plus	30
04	Prisme compensateur (bicentrique)	160
07	Add.au dessus +/-3 (3.23 à 4 dioptries)	25
08	Add. Au dessus 4.25 dioptries et plus	50
09	Myodisque lenticulaire	120
10	Myodisque blended	250
11	Lentille Fresnel	75
12	Cocher,rainurer	20
15	Polir biseau	15
16	Perçage	50
18	Double foyers spéciaux St-35 (rond)	30
19	Double foyer spéciaux Exécutive	45
21	Vocationnel	80

N.B Supplément : s'il y a plus d'un code de supplément, veuillez inscrire le code 99

BARÈME D'HONORAIRES POUR LES LENTILLES CNESST

Lentilles cataractes organiques (pour aphaques) par lentille

XX4XX

Code	Description	Tarif 2018-08-01
29	Simple foyer asphérique grande vision	108
30	Simple foyer lenticulaire asphérique 40 mm	100
31	Oméga simple vision	121
32	Varilux Omega	170
33	Foyer rond Omega	127

Lentilles cornéennes (par lentille)

XXXXX

Code	Description	Tarif 2018-08-01
51	Lentille rigide : simple foyer	100
52	Lentille rigide : double foyer	208
53	Lentille rigide : lenticulaire	120
54	Lentille rigide : torique	140
55	Lentille souple : simple foyer	100
56	Lentille souple : double foyer	225
57	Lentille souple : torique	200
58	Lentille souple : teintée transparente	200
59	Lentille souple : teintée opaque	200
60	Lentille souple : port prolongé	150
61	Lentille perméable au gaz : simple foyer	125
62	Lentille perméable au gaz : double foyer	200
63	Lentille perméable au gaz : lenticulaire	150
64	Lentille perméable au gaz : torique	160
65	Lentille sclérale ¹	250

Les valeurs à utiliser sont les mêmes que celle du codage soit, 51 à 65 plutôt que 1 à 14.

¹ Cas d'exception; justification médicale de l'optométriste nécessaire

BARÈME D'HONORAIRES POUR LES LENTILLES CNESST

XXXXX

Lentilles cornéennes à remplacement planifié

Code	Description	Tarif 2018-08-01
15	Simple vision-quotidien (boîte de 30 lentilles)	43
16	Simple vision- bi-mensuel (boîte de 6 lentilles)	45
17	Simple vision-mensuel (boîte de 6 lentilles)	65
18	Simple vision-trimestriel (1 lentille)	45
19	Double vision- bi-mensuel (boîte de 6 lentilles)	70
20	Double vision-trimestriel (1 lentille)	75
21	Torique-mensuel (boîte de 6 lentilles)	95
22	Torique-trimestriel (1 lentille)	60
23	Teintée-bi-mensuel (boîte de 6 lentilles)	70
24	Teintée-mensuel (boîte de 6 lentilles)	75
25	Double vision mensuel (boîte de 6 lentilles)	125
26	Double vision torique mensuel	170
27	Torique-mensuel (division 2 ou XR (boîte de 6 lentilles)	140

RAMQ

La RAMQ n'est pas traitée comme les autres régimes d'assurance. Il s'agit d'un service d'examen à 0 \$. Le médecin demandera le remboursement. Vous sélectionnerez NON pour l'assurance et choisirez ensuite l'examen de la RAMQ et les suppléments applicables. Toute somme déboursée par le patient sera perçue au moment de l'examen.

Training Test 

Doctor Services Order Worksheet

Patient Status: New Established

Source:

Doctor Name:

Eye Exam: Contact Lens Eval:

No High Risk Diagnosis

- 65205 FOREIGN BODY REMOVAL, CONJ, SUPERF OD
- 65210 Conjunct Foreign Body Removal OD
- 65220 Corneal Foreign Body Removal OD
- 65222 Corneal Foreign Body Removal OD
- 65435 Removal Corneal Epithelium OD
- 65600 Removal/Dest Proc on Cornea
- 65778 Amniotic Graft OS
- 65855 SLT OS
- 66821 YAG Post Op OD
- 66982 Cataract Post OP OD
- 66984 Cataract Post Op OD
- 66985 IOL Procedure Secondary Implant
- 67938 Removal FB EMB LLL
- 67938 Removal FB EMB RLL
- 68020 Incision Drainage Conjunctiva OD
- 68761 Punctual Plug LLL

- 65205 FOREIGN BODY REMOVAL, CONJ, SUPERF OS
- 65210 Conjunct Foreign Body Removal OS
- 65220 Corneal Foreign Body Removal OS
- 65222 Corneal Foreign Body Removal OS
- 65435 Removal Corneal Epithelium OS
- 65778 Amniotic Graft OD
- 65855 SLT OD
- 66761 Dest Proc on Iris, Ciliary Body
- 66821 YAG Post Op OS
- 66982 Cataract Post OP OS
- 66984 Cataract Post Op OS
- 67820 Epilation
- 67938 Removal FB EMB LUL
- 67938 Removal FB EMB RUL
- 68020 Incision Drainage Conjunctiva OS
- 68761 Punctual Plug LUL

Programme	Package d'examen + Add-on's
RAMQ Moins de 18 ans/65 ans et plus (à l'exclusion des tests supplémentaires)	Forfait d'examen avec suppléments ; 0\$ payé par le patient
RAMQ Moins de 18 ans (comprend des tests supplémentaires)	Forfait d'examen avec suppléments ; 20\$ payés par le patient
RAMQ 65+ (comprend des tests supplémentaires)	Forfait d'examen avec suppléments ; 40\$ payés par le patient

COLLECTIONS

Le **PROGRAMME D'AIDE SOCIAL** et la **SAAQ recevront** des chèques à la clinique. Ces chèques seront déposés sur votre compte Lunet RBA principal MAIS vous devrez utiliser un deuxième bordereau de dépôt et un deuxième sac (non cumulable avec votre dépôt Ciao ! Optical).

Ciao ! Entrée optique

CIAO ! ENTRÉE OPTIQUE

1

Cliquez sur la **coche** pour indiquer que vous souhaitez souscrire une assurance.

Training Test

12/14 Update eye La Mesa, CA 91942

Kmatley84@gmail.com

6198222823

8/7/1980

11/9/2023 8:58 AM

Prescription Type: Single Vision Distance
Doctor: Benkeser, Angela
Date Written: 12/14/2023
Expiration Date: 12/13/2024

SPH	CYL	AXIS
OD(R)	-1.00	
OS(L)	-1.00	

Apply Insurance?

Rx Selected

Customer Order

Location 29103 045000 (Logout)

2

Cliquez sur le bouton bleu de **recherche**

Plan

Plan	Plan Id	Last Used
No Previous Insurance Found.		

None Selected

3

Dans la barre déroulante "**Rechercher**", remplacer "**Nom du plan**" par "**Nom du plan**".

Training Test

Search For: EyeMed/MVC Men

Plan ID:

Member ID:

Member First Name: Training

Member Last Name: Test

Member Date of birth: 8/7/1980

4

- Remplir le **nom** ou l'**identifiant du régime** à partir du livret d'assurance
- Cliquez sur le bouton **Recherche** (loupe)

Training Test

Search For: Plan Name

Plan Name:

Plan ID:

CIAO ! ENTRÉE OPTIQUE

- 5 Sélectionnez le plan dans la liste et cliquez sur la **coche**.

Training Test 

Search For: Plan Name 
Plan Name:
Plan ID:

VSP-ROSIN	Assignment	1824524
-----------	------------	---------

   

 Customer Order
Location 29103 045000 [\(Logout\)](#)

- 6 Vérifiez que vous avez sélectionné le bon plan et cliquez sur la **coche**.

Training Test 

Plan Details

Plan Name: VSP-ROSIN
Plan ID: 1824524
Plan Type: Assignment
Effective Date: 7/14/2023
Termination Date: 12/31/2024

This is an assignment plan that requires authorization. Use the following method to contact the plan.
Open Hours:
Phone #:
Web:

 

 Customer Order
Location 29103 045000 [\(Logout\)](#)

CIAO ! ENTRÉE OPTIQUE

7 Remplir l'écran des données démographiques de l'assurance

A **Cochez** le service que vous êtes en train de saisir et saisissez le numéro d'**autorisation de matériel**.

- Saisir 1234 si ce n'est pas le cas

B Saisir le numéro d'**identification du membre**

- Saisir 1234 si ce n'est pas le cas

C Remplir tous les champs pour les **informations sur le plan client**

- Pour le membre principal, indiquer **Self**
- La sélection de "**Self**" permet d'ignorer les détails du membre principal.

The screenshot shows a web application interface for 'CIAO! Customer Order'. The page title is 'Training Test'. It is divided into several sections:

- Plan Information:** Includes fields for Plan Name (VSP-ROSIN), Phone #, Open Hours, and Plan ID (1824524). Below this is a section for 'Authorized' services with checkboxes for Frame, Lens, Contacts, and Exam. A 'Materials Auth' field contains the value 6783424.
- Customer Information:** Includes Member ID (12345678), SSN, and DOB (8/7/1980).
- Customer Plan Information:** This section is highlighted with a black box. It contains dropdown menus for Employment Status (Full-Time), Employer (Target), Student Status (Not a Student), and Marital Status (Married). A 'Relation to Primary Member' dropdown is set to 'Self' and is also highlighted with a red box. Below these are radio button questions: 'Is condition related to employment?' (Unknown selected), 'Is customer's need accident related?' (No selected), and 'Is there a secondary plan?' (No selected).
- Primary Member Plan Information:** Includes fields for First Name, MI, Last Name, Address, ZIP Code, City, State, Member ID, SSN, and Phone.

At the bottom of the interface, there are navigation buttons (refresh and next), the CIAO! OPTICAL logo, the text 'Customer Order', and the location 'Location 29103 045000 (Logout)'.

CIAO ! ENTRÉE OPTIQUE

- 8 Entrer la sélection de la monture et de l'objectif

Training Test  

Frame Lens Order Worksheet Measurements Order Completion

Clear Sun Photo

Vision Type:

Lens Design:

Material:

Style:

Color:

Available Addons

Oversize Frame Polish

Rimless Drill Roll and Polish

Included Addons

Aspheric Lens
Blue Filter
Premium Anti-Reflective
Scratch Resistant
UV Protection

 

 Customer Order

Location 29103 045000 [\(Logout\)](#)

- 9 Sur la feuille de travail de la commande, cliquez sur le **crayon** pour appliquer les indemnités.

Training Test  

Frame Lens **Order Worksheet** Measurements Order Completion

To proceed with insurance pricing, you must edit the benefit worksheet; otherwise, proceed with main promotion pricing

Category	QTY	Item#	Description	Retail Price
Frame				
	1	8053672027341	RB2132 52 NEW WAYFARER, Brn Tan, Brn C	\$130.00
Lens				
	1	20500001685298	SV Conv Blue Filter Prem AR (Poly)	\$250.00
EPP:			<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
				TOTAL: \$380.00

Main Promotion 

Current Offer: 

Deal Code: 

Associate Sale

Promotion Savings: \$37.50

YOU PAY: \$342.50

Vision Care Plan Pricing 

Vision Care Plan: VSP-ROSLIN

Plan Id: 1824524

Current Offer:

Deal Code: 

Promotion Savings: \$0.00

Vision Care Savings: \$0.00 

YOU PAY: \$380.00

Quote valid through: February 11, 2024

     

 Customer Order

Location 29103 045000 [\(Logout\)](#)

CIAO ! ENTRÉE OPTIQUE

10

Entrez vos **identifiants** pour le réseau EssilorLuxottica

The screenshot shows a dark-themed interface with a table of items and a modal dialog for authentication. The table lists items with their quantities, item numbers, descriptions, and retail prices. A modal dialog is overlaid on the table, asking for 'Approved By' and 'password' with input fields and confirmation buttons.

QTY	Item#	Description	Retail Price
1	8053672027341	RB2132 52 NEW WAYFARER, Brn Tan, Brn C	\$130.00
1	20500001685298	SV Conv Blue Filter Prem AR (Poly)	\$250.00
			TOTAL: \$380.00

Approved By:

password:

✓ ✕

11

Sur la feuille de travail de l'ordonnance, cliquez sur le **crayon** pour appliquer l'**indemnité du patient** dans la ou les **colonne(s) de la rémunération au jeu**.

- Se référer au **barème des droits le cas échéant**

The screenshot shows the 'Order Price Calculator' interface. It includes a progress bar at the top with steps: Frame, Lens, Order Worksheet, Measurements, and Order Completion. Below the progress bar, there is a table of services with columns for Retail Price, Extended Price, Plan Pays, Discount, and Copay. The table lists various services and their corresponding prices.

Plan Name: VSP-ROSLIN Type: Assignment
Group #: Plan ID: 1824524

Services	Retail Price	Extended Price	Plan Pays	Discount	Copay
RB2132 52 NEW WAYFARER, Brn Tan, Brn C	\$130.00		\$ 0.00	\$ 0.00	0.00
Aspheric Lens	\$0.00		\$ 0.00	\$ 0.00	0.00
Blue Filter	\$45.00		\$ 0.00	\$ 0.00	0.00
Premium Anti-Reflective	\$85.00		\$ 0.00	\$ 0.00	0.00
Scratch Resistant	\$0.00		\$ 0.00	\$ 0.00	0.00
UV Protection	\$0.00		\$ 0.00	\$ 0.00	0.00
Single Vision	\$75.00		\$ 0.00	\$ 0.00	0.00
Polycarbonate	\$45.00		\$ 0.00	\$ 0.00	0.00

Benefit Calculation Notes

Customer Order
Location 29103 045000 (Logout)

CIAO ! ENTRÉE OPTIQUE

12

- Saisir les **allocations aux patients**
- Il peut être nécessaire de saisir l'allocation sur plusieurs lignes
- Cliquez sur **Continuer** (flèche)
- Toute somme supérieure à l'allocation sera payée par le patient et le solde sera automatiquement facturé au patient ("vous payez").

Training Test 

Frame → Lens → **Order Worksheet** → Measurements → Order Completion

Order Price Calculator

Plan Name: VSP-ROSIN Type: Assignment
Group #: Plan ID: 1824524

Services	Retail Price	Extended Price	Plan Pays	Discount	Copay
RB2132 52 NEW WAYFARER, Brn Tan, Brn C	\$130.00		\$ 130	\$ 0.00	0.00
Aspheric Lens	\$0.00		\$ 0.00	\$ 0.00	0.00
Blue Filter	\$45.00		\$ 20.00	\$ 0.00	0.00
Premium Anti-Reflective	\$85.00		\$ 0.00	\$ 0.00	0.00
Scratch Resistant	\$0.00		\$ 0.00	\$ 0.00	0.00
UV Protection	\$0.00		\$ 0.00	\$ 0.00	0.00
Single Vision	\$75.00		\$ 0.00	\$ 0.00	0.00
Polycarbonate	\$45.00		\$ 0.00	\$ 0.00	0.00

Benefit Calculation Notes

  

Allocation de 150 dollars

 Customer Order

Location 29103 045000 [\(Logout\)](#)

CIAO ! ENTRÉE OPTIQUE

13 Confirmez que le montant de l'allocation est correct et sélectionnez le bouton radio de tarification du plan de soins de la vue.

Training Test

Frame > Lens > **Order Worksheet** > Measurements > Order Completion

To proceed with insurance pricing, you must edit the benefit worksheet; otherwise, proceed with main promotion pricing

Category	QTY	Item#	Description	Retail Price
Frame	1	8053672027341	RB2132 52 NEW WAYFARER, Brn Tan, Brn C	\$130.00
Lens	1	20500001685298	SV Conv Blue Filter Prem AR (Poly)	\$250.00
EPP:			<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
TOTAL:				\$380.00

Main Promotion

Current Offer: 12903 - 15% OFF LENSES

Deal Code:

Associate Sale

Promotion Savings: \$37.50

YOU PAY: \$342.50

Vision Care Plan Pricing

Vision Care Plan: VSP-ROSI
Plan Id: 1824524

Current Offer:

Deal Code:

Promotion Savings: \$0.00

Vision Care Savings: \$0.00

YOU PAY: \$380.00

Quote valid through: February 11, 2024

Avant l'allocation

Customer Order Location 29103 045000 (Logout)



Training Test

Frame > Lens > **Order Worksheet** > Measurements > Order Completion

Category	QTY	Item#	Description	Retail Price
Frame	1	8053672027341	RB2132 52 NEW WAYFARER, Brn Tan, Brn C	\$130.00
Lens	1	20500001685298	SV Conv Blue Filter Prem AR (Poly)	\$250.00
EPP:			<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
TOTAL:				\$380.00

Main Promotion

Current Offer: 12903 - 15% OFF LENSES

Deal Code:

Associate Sale

Promotion Savings: \$37.50

YOU PAY: \$342.50

Vision Care Plan Pricing

Vision Care Plan: VSP-ROSI

Plan Id: 1824524

Current Offer:

Deal Code:

Promotion Savings: \$0.00

Vision Care Savings: \$150.00

YOU PAY: \$230.00

Quote valid through: February 11, 2024

Après l'allocation

Customer Order Location 29103 045000 (Logout)