



ARRÊT TROUVEZ LA SITUATION QUI DÉCRIT VOTRE CABINET ET SUIVEZ LES INSTRUCTIONS

J'envoie les demandes électroniques par accès commuté pour tous les dentistes de mon cabinet.

- Excellent! Vous n'avez qu'à remplir un bulletin d'adhésion pour le service de réclamation ITRANS approprié.
- Faites certain de remplir un formulaire d'adhésion pour **chaque dentiste** pour qui vous enverrez les demandes.
- Lorsque le bulletin est traité, nous vous enverrons les prochaines étapes à suivre. C'est fini!

C'est un nouveau cabinet dentaire, nous avons jamais envoyé des demandes d'indemnisation électronique.

- Abonnez à CDAnet par téléphone au 1-800-267-9701. Avisez le représentant de service que vous aimeriez envoyer des demandes électroniques de chez votre nouveau cabinet.
- Faites certain d'inscrire **chaque dentiste** avec CDAnet pour qui vous enverrez des demandes. Le centre d'assistance de CDAnet vous assignera un numéro d'identification unique du cabinet à 4 chiffres et un numéro d'identification unique personnel à 9 chiffres pour chaque dentiste.
- Une fois ces numéros obtenus, vous pouvez remplir un bulletin d'adhésion pour le service de réclamation ITRANS approprié.
- Lorsque le bulletin est traité, nous vous enverrons les prochaines étapes à suivre. C'est fini!

Un nouveau dentiste s'est joint à mon cabinet et j'aimerais envoyer des demandes à son nom. J'utilise déjà ITRANS pour envoyer les demandes des autres dentistes exerçant au cabinet.

- Abonnez à CDAnet par téléphone au 1-800-267-9701. Avisez le représentant de service que vous aimeriez envoyer des demandes électroniques de chez votre nouveau cabinet.
- Faites certain d'inscrire chaque dentiste avec CDAnet pour qui vous enverrez des demandes. Le centre d'assistance CDAnet ajoutera ce dentiste à votre dossier et lui assignera un numéro d'identification unique personnel à 9 chiffres. Vous serez alors autorisé(e) à envoyer des demandes à son nom de chez votre cabinet.
- Une fois ces numéros obtenus, vous pouvez remplir un bulletin d'adhésion pour le service de réclamation ITRANS approprié.
- Lorsque le bulletin est traité, nous vous enverrons les prochaines étapes à suivre. C'est fini!

SVP Notez:

- Les mises à jour pour un nouveau fournisseur et ou les mises à jour pour un nouveau bureau ne sont pas ajoutés aux bases de données de compagnie d'assurance en temps réel. Pour plus d'information sur le processus et la chronologie de mise à jour svp contactez le bureau de CDAnet à 1-800-267-9701.
- Si vous êtes un membre de l'Association des chirurgiens dentistes du Québec (ACDQ) et croyez que vos numéros uniques sont contrôlés par l'ACDQ veuillez contacter le Réseau ACDQ au 1-800-361-3794 au lieu de CDAnet.

Service de réclamation ITRANS - Membre de l'ADC

VEUILLEZ REMPLIR ET
FAXER AU : 613-736-8030**INFORMATION SUR LE DENTISTE *OBLIGATOIRE***

Nom du dentiste: _____

Numéro d'identification du fournisseur (identification unique personnel à 9 chiffres de CDAnet^{MC}): _____

Adresse électronique pour avis d'urgence de ITRANS: _____

INFORMATION SUR LE CABINET *OBLIGATOIRE*Adresse: _____
RUE VILLE PROVINCE CODE POSTALIdentification unique du site à quatre caractères CDAnet^{MC}: _____ Tél: _____ Fax : _____

Envoyer les avis administratifs importants ITRANS à l'adresse électronique suivante: _____

Logiciel de gestion de cabinet: _____

Personne-ressource autorisée: _____

↳ Nom(s) de la (des) personne(s)-ressource(s) ayant la permission d'obtenir votre mot de passe pour le certificate numérique ITRANS.

DESTINATION ALTERNATIVE DE LA LIVRAISON DE L'INFORMATION DE MOT DE PASSE

Veuillez envoyer mon information de mot de passe à l'adresse énumérée ci-dessous au lieu de l'adresse de cabinet spécifié ci-dessus.

Adresse: _____
RUE VILLE PROVINCE CODE POSTAL

Veuillez envoyer mon information de mot de passe au numéro de fax ci-dessous au lieu du numéro de fax du cabinet spécifié ci-dessus.

Fax : _____

CONSENTEMENT À LA TRANSMISSION PAR TÉLÉCOPIEUR

Consentir la transmission par télécopieur décharge Continovation Services Inc. de toute garantie d'obligation. Le dentiste nommé reconnaît que ce mode de communication pourrait ne pas être sûr et les renseignements personnels contenus dans ce document peuvent être perdus ou vus par un tiers. Ceci autorise CSI à envoyer dorénavant le mot de passe par télécopieur à la demande de la personne-ressource autorisée.

Signature du dentiste: _____ Date: _____

AUCUNES ESTAMPILLES S'IL VOUS PLAÎT

SVP Noter : Si la méthode de livraison par fax n'est pas autorisée et une destination alternative de livraison n'est pas spécifié CSI enverra l'information de mot de passe à l'adresse du cabinet dentaire.

PAIEMENT DE FRAIS

Les frais annuels d'accès au service de réclamation ITRANS et le certificat numérique ITRANS sont compris dans votre cotisation annuelle à l'ADC.

CONSENTEMENT POUR LES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Afin de vous offrir les services de transaction et de messagerie de ITRANSMC et de vous fournir un certificat de sécurité numérique de ITRANS^{MC}, Continovation Services Inc. (CSI) se doit de recueillir, conserver, utiliser, divulguer et partager vos renseignements personnels avec les parties suivantes : l'Association dentaire canadienne, votre organisme de réglementation et d'autorisation d'exercer (collège), votre institution financière, Paymentech, les administrateurs de régimes de soins de santé et les payeurs, les fournisseurs de logiciels de gestion du cabinet, les laboratoires et d'autres fournisseurs de services (appelés collectivement, tierces parties). J'autorise CSI et ces tierces parties à recueillir, conserver, utiliser, divulguer et partager mes renseignements personnels; et tout autre renseignement nécessaire à la prestation de ces services. L'énoncé de confidentialité de CSI est disponible sur le Web à l'adresse suivante : www.continovation.com.

Dentist Signature: _____

AUCUNES ESTAMPILLES S'IL VOUS PLAÎT

Date: _____

OBLIGATOIRE