

1. Renseignements sur l'optométriste

PRÉNOM	NOM	NUMÉRO DE PROFESSIONNEL 3
Type d'avis de service : <input type="checkbox"/> 1 ^{er} avis de service <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Modification		Autorisation requise du ministre de la Santé dans certains cas (lisez les instructions dans l'encadré au verso)
Type de nomination : <input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> Moins de 7 heures (article 8.05)		

2. Établissement

NOM	VILLE	NUMÉRO D'ÉTABLISSEMENT
-----	-------	------------------------

3. Conditions d'exercice et de rémunération

Tarif horaire <input type="checkbox"/> Nombre d'heures hebdomadaires : _____	Durée de validité : DU _____ ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____ AU _____ ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____
Honoraires fixes <input type="checkbox"/> Plein temps : _____ heures hebdomadaires <input type="checkbox"/> Demi-temps : 17,5 heures hebdomadaires	Durée de validité : DU _____ ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____ AU _____ ANNÉE _____ MOIS _____ JOUR _____
Activités professionnelles visées par la nomination <input checked="" type="checkbox"/> Services cliniques <input checked="" type="checkbox"/> Rencontres multidisciplinaires <input type="checkbox"/> Supervision et encadrement d'étudiants en optométrie <input type="checkbox"/> Formation en basse vision dispensée à des optométristes détenant une nomination au sein d'un établissement <input checked="" type="checkbox"/> Participation à des activités de formation en basse vision dispensées dans un établissement énuméré à l'annexe VII <input type="checkbox"/> Dépassement du nombre maximal d'heures (chapitre III, articles 8.14 et 8.17)	

4. Signature de la personne autorisée de l'établissement

NOM EN LETTRES MAJUSCULES	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	SIGNATURE	DATE ANNÉE MOIS JOUR
---------------------------	---------------------	-----------	-------------------------

INSTRUCTIONS

La nomination de l'optométriste est effectuée en vertu de l'entente générale.

1. Renseignements sur l'optométriste

Numéro de professionnel

Ce numéro est composé de 6 chiffres suivis d'un 7^e chiffre valideur (facultatif).

Type d'avis de service (Cochez une seule case.)

1^{er} avis de service

Il s'agit d'une première nomination dans l'établissement dans le cadre de l'entente selon le mode de rémunération.

Renouvellement

L'avis de service est renouvelé sans interruption et sans aucune modification des renseignements fournis dans l'avis précédent, à l'exception de la durée de validité de la nomination.

Modification

Il s'agit d'une modification lorsqu'un ou des renseignements sont différents de ceux figurant sur l'avis de service expédié précédemment.

Autorisation requise par le ministre dans les situations suivantes :

- 1^{er} avis de service
- Remplacement
- Modification : augmentation du nombre d'heures

Vous devez envoyer une copie de cet **avis de service** par courriel :
ententes_professionnels_sante@msss.gouv.qc.ca.

Dans tous les cas, vous devez nous transmettre cet **avis de service** par télécopieur ou par la poste :

Télécopieur :
418 646-8110

Régie de l'assurance maladie du Québec
C. P. 6600, succ. Terminus
Québec (Québec) G1K 7T3

Type de nomination (Cochez une seule case.)

Régulier

Le conseil d'administration de l'établissement nomme l'optométriste après recommandation du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens. Dans le cadre de cette nomination, un statut et des privilèges lui sont attribués.

Moins de 7 heures

La nomination ne vaut que pour la période déterminée et prend fin à la date fixée. L'optométriste ne bénéficie pas des dispositions relatives aux renouvellements prévues à l'entente.

2. Établissement

Nom

Inscrivez le nom de l'établissement et la ville où les services sont rendus.

Numéro

Le numéro de l'établissement doit correspondre au numéro de facturation octroyé par la RAMQ.

3. Conditions d'exercice et de rémunération

Cochez le mode de rémunération choisi.

Tarif horaire

Indiquez le nombre d'heures.

Honoraires fixes

Cochez s'il s'agit d'un plein temps ou d'un demi-temps. Dans le cas du plein temps, indiquez le nombre d'heures.

Durée de validité

S'il s'agit d'un premier avis de service, la durée maximale est de 3 ans. S'il s'agit d'un renouvellement, la durée minimale est de 2 ans, à moins que la demande vise une période moins longue.

Activités professionnelles visées par la nomination

Cochez la ou les cases correspondant aux activités professionnelles visées par la nomination.

Dépassement du nombre maximal d'heures

Un supplément d'heures (100 heures/année) est prévu lorsque la réquisition des services optométriques entraîne le dépassement du nombre maximal prévu pour la période régulière.

Cochez cette case lorsqu'il y a dépassement du nombre maximal d'heures pour l'optométriste recevant une rémunération à tarif horaire ou à honoraires fixes sur une base régulière.

4. Signature de la personne autorisée de l'établissement

Le nom et la signature de la personne autorisée de l'établissement sont obligatoires.