

**IMPORTANT : Un formulaire distinct est requis pour chaque situation d'entente.**

**1. Renseignements sur le chirurgien-dentiste**

PRÉNOM	NOM	NUMÉRO DE PROFESSIONNEL 2
<b>Type d'avis de service :</b> <input type="checkbox"/> 1 <sup>er</sup> avis de service <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Remplacement <input type="checkbox"/> Prolongation <input type="checkbox"/> Modification		Autorisation requise du ministre de la Santé dans certains cas (lisez les instructions dans l'encadré au verso)
<b>Type de nomination :</b> <input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> Autorisation en cas d'urgence (article 11.01) (Tarif horaire seulement) <input type="checkbox"/> Nomination annuelle d'une durée de 6 mois (Période continue) <input type="checkbox"/> Nomination annuelle d'une durée de 6 mois (Périodes discontinues)		
<b>Remplacement</b> NOM DU CHIRURGIEN-DENTISTE REMPLACÉ		
NUMÉRO DE PROFESSIONNEL 2		

**2. Établissement ou installation(s)**

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT OU DE L'INSTALLATION	VILLE	NUMÉRO D'ÉTABLISSEMENT
NOM DU DISPENSAIRE	NUMÉRO D'ÉTABLISSEMENT	NUMÉRO D'ÉTABLISSEMENT
NOM DU DISPENSAIRE	NUMÉRO D'ÉTABLISSEMENT	NUMÉRO D'ÉTABLISSEMENT

**3. Situation d'entente**

**Nomination en vertu de :**

Entente (article 12.01)

Entente particulière (chirurgiens-dentistes travaillant dans des établissements du Nord)  
 Régulier : durée minimale de 1 an, autorisée par le ministre (article 4.08)  
 Remplacement à tarif horaire (aucun minimum) ou à honoraires fixes (durée minimale de 6 mois)  
 Période continue ou périodes discontinues (article 4.A.00)

Accord : précisez le numéro \_\_\_\_\_     Accord 8 (santé publique – établissement du Nord) :     Résident     Non-résident

**4. Conditions d'exercice et de rémunération**

**Tarif horaire**

Nombre d'heures hebdomadaires : \_\_\_\_\_

S'il y a lieu, \_\_\_\_\_ heures en santé publique (Dans ce cas, vous devez faire signer le directeur concerné à la partie 6.)

**Durée de validité :**  
 DU ANNÉE MOIS JOUR AU ANNÉE MOIS JOUR

---

**Honoraires fixes**

Plein temps : \_\_\_\_\_ heures hebdomadaires

Demi-temps : 17,5 heures hebdomadaires

S'il y a lieu, \_\_\_\_\_ heures en santé publique (Dans ce cas, vous devez faire signer le directeur concerné à la partie 6.)

**Durée de validité :**  
 DU ANNÉE MOIS JOUR AU ANNÉE MOIS JOUR

Si rémunération à honoraires fixes, précisez la période d'exemption de garde, s'il y a lieu.  
 DU ANNÉE MOIS JOUR AU ANNÉE MOIS JOUR

**5. Signature de la personne autorisée de l'établissement**

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

**6. Signature du directeur régional de santé publique (s'il y a lieu)**

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

# INSTRUCTIONS

## 1. Renseignements sur le chirurgien-dentiste

### Numéro de professionnel

Ce numéro est composé de 6 chiffres suivis d'un 7<sup>e</sup> chiffre valideur (facultatif).

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

#### 1<sup>er</sup> avis de service

Il s'agit d'une première nomination d'un chirurgien-dentiste dans l'établissement dans le cadre d'une entente donnée selon ce 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.

#### Remplacement

Précisez le nom et le numéro du chirurgien-dentiste remplacé.

#### Prolongation

L'avis de service comporte les mêmes renseignements que celui expédié précédemment, à l'exception de la période de nomination, qui est prolongée.

#### 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<sup>er</sup> avis de service
- Renouvellement d'une nomination en cas d'urgence (article 11.01)
- Remplacement de plus de 20 jours ouvrables consécutifs (entente générale)
- Prolongation de remplacement de plus de 20 jours ouvrables consécutifs (entente générale)
- Modifications :
  - Augmentation du nombre d'heures
  - Changement du mode de rémunération

Vous devez envoyer une copie de cet **avis de service** par courriel : [nomination-dentistes@msss.gouv.qc.ca](mailto:nomination-dentistes@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 chirurgien-dentiste est nommé par le conseil d'administration de l'établissement après recommandation du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens. Dans le cadre de cette nomination, un statut et des privilèges lui sont attribués.

### Autorisation en cas d'urgence

Le chirurgien-dentiste est autorisé à travailler dans un établissement en cas d'urgence à titre exceptionnel et temporaire, et ce, sans nomination par le conseil d'administration (article 11.01 de l'entente).

### Nomination annuelle d'une durée de 6 mois

Le chirurgien-dentiste rémunéré à tarif horaire peut demander une nomination d'une durée de 6 mois répartis sur une période continue ou des périodes discontinues qu'il détermine en accord avec l'établissement. Cette nomination se fait toutefois sur recommandation du chef de département ou du service dentaire ou de la personne qui le remplace. Pour chaque période discontinue, la période minimale de travail est de 1 mois.

### Remplacement

Indiquez le nom et le numéro de professionnel du chirurgien-dentiste permanent absent qui est temporairement remplacé.

## 2. Établissement ou installation(s)

### Nom

Inscrivez le nom de l'installation où les services sont rendus. S'il s'agit d'une nomination au bénéfice d'un établissement du Nord, inscrivez le nom de l'installation ainsi que celui des dispensaires où le chirurgien-dentiste est autorisé à exercer, s'il y a lieu.

### Numéro d'établissement

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

## 3. Situation d'entente

Cochez la situation qui s'applique.

Si la nomination découle de l'Accord 8, veuillez cocher la case « résident » ou « non-résident ». Il s'agit d'indiquer si le chirurgien-dentiste réside et exerce sa profession sur une base régulière dans ou auprès des établissements prévus à l'entente particulière des chirurgiens-dentistes œuvrant dans des établissements du Nord.

## 4. Conditions d'exercice et de rémunération

Cochez le mode de rémunération choisi.

### Tarif horaire

Indiquez le nombre d'heures hebdomadaires ou le nombre d'heures en santé publique.

### 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 hebdomadaires ou le nombre d'heures en santé publique.

### Durée de validité

Autant pour un premier avis de service que pour son renouvellement, la période doit avoir une durée minimale de 12 mois et maximale de 48 mois (sauf pour les établissements du Nord).

## 5. Signature de la personne autorisée de l'établissement

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

## 6. Signature du directeur régional de santé publique

Le nom et la signature du directeur concerné sont obligatoires si vous avez inscrit des heures en santé publique dans la section 4.