

**1- Renseignements sur l'optométriste**

NUMÉRO <b>3</b>	NOM	PRÉNOM	NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE
Type d'avis de service : <input type="checkbox"/> 1 <sup>er</sup> avis de service <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Prolongation <input type="checkbox"/> Modification			
Type de nomination :			
<input type="checkbox"/> RÉGULIER			
<input type="checkbox"/> MOINS DE SEPT HEURES (article 8.05)			
<input type="checkbox"/> AUTORISATION EN CAS D'URGENCE (article 8.04) ①			

**2- Établissement**

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

**3- Conditions d'exercice et de rémunération**

<b>TARIF HORAIRE</b>	<b>HONORAIRES FIXES</b>
Nombre d'heures hebdomadaires : .....	<input type="checkbox"/> Plein temps : ..... heures hebdomadaires
	<input type="checkbox"/> Demi-temps : 17,5 heures hebdomadaires
Durée de validité :	
<b>DU</b>	<b>AU</b>
ANNÉE MOIS JOUR	ANNÉE MOIS JOUR

**4- Signatures**

PERSONNE AUTORISÉE DE L'ÉTABLISSEMENT OU DE L'AGENCE NOM EN LETTRES MAJUSCULES	SIGNATURE	DATE ANNÉE MOIS JOUR
① DIRECTEUR DES SERVICES PROFESSIONNELS OU DIRECTEUR GÉNÉRAL NOM EN LETTRES MAJUSCULES	SIGNATURE	DATE ANNÉE MOIS JOUR

Régie de l'assurance maladie du Québec  
Case postale 500  
Québec (Québec) G1K 7B4  
Télécopieur : 418 646-8110

## GUIDE DE REMPLISSAGE (3628)

L'optométriste est nommé en vertu de l'entente générale.

### **1- RENSEIGNEMENTS SUR L'OPTOMÉTRISTE**

#### **Numéro**

Le numéro de l'optométriste est composé de six chiffres suivis d'un septième 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 optométriste 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 aux renseignements fournis dans l'avis précédent à l'exception de la durée de validité de la nomination.

##### **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.

**Selon l'entente, toute nomination (incluant le remplacement) ou modification au nombre d'heures d'un optométriste à tarif horaire ou à honoraires fixes doit être autorisée par le ministre (article 8).**

#### **TYPE DE NOMINATION** (Cochez une seule case.)

##### **Régulier**

L'optométriste 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.

##### **Moins de sept heures**

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

##### **Autorisation en cas d'urgence**

L'optométriste 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 8.04 de l'entente).

### **2- ÉTABLISSEMENT**

#### **Nom**

Inscrivez le nom de l'établissement et la ville où les services sont rendus. S'il s'agit d'une nomination au bénéfice d'une agence de la santé et des services sociaux, inscrivez son nom.

#### **Numéro**

Le numéro de l'établissement doit correspondre au numéro de facturation octroyé par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

### **3- CONDITIONS D'EXERCICE ET DE RÉMUNÉRATION**

#### **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 trois ans. S'il s'agit d'un renouvellement, la durée minimale est de deux ans, à moins que la demande vise une période moins longue.

### **4- SIGNATURES**

Le nom et la signature de la personne autorisée de l'établissement ou de l'agence de la santé et des services sociaux (ASSS) sont obligatoires. Dans les cas décrits en ❶, le nom et la signature du directeur concerné sont obligatoires.