

**1- Renseignements sur le dentiste**

NUMÉRO <b>2</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"/> Remplacement <input type="checkbox"/> Prolongation <input type="checkbox"/> Modification			
Type de nomination :		NOM DU DENTISTE REMPLACÉ	
<input type="checkbox"/> RÉGULIER		<input type="checkbox"/> REMPLACEMENT	
<input type="checkbox"/> AUTORISATION EN CAS D'URGENCE (article 11.01) (Tarif horaire seulement)		NUMÉRO <b>2</b>	

**2- Établissement**

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

**3- Situation d'entente**

LE DENTISTE EST NOMMÉ EN VERTU DE :

**ENTENTE** - article 12.01

**ENTENTE PARTICULIÈRE**  
 Dentistes travaillant dans des établissements du Nord.  
*(Régulier : durée minimale d'un an, autorisée par le ministre (art. 4.08) ou remplacement : TARIF HORAIRE (aucun minimum)  
 HONORAIRES FIXES (durée minimale de six mois)*

**ACCORD** (Titre et numéro de l'accord) .....

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

<b>TARIF HORAIRE</b>	<b>HONORAIRES FIXES</b>
<input type="checkbox"/> Nombre d'heures hebdomadaires : .....	<input type="checkbox"/> Plein temps : ..... heures hebdomadaires
<input type="checkbox"/> S'il y a lieu, ..... heures en santé publique ①	<input type="checkbox"/> Demi-temps : 17,5 heures hebdomadaires
	<input type="checkbox"/> S'il y a lieu, ..... heures en santé publique ①
	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
Durée de validité :	
	DU   ANNÉE   MOIS   JOUR   AU   ANNÉE   MOIS   JOUR

**5- Signatures**

PERSONNE AUTORISÉE DE L'ÉTABLISSEMENT NOM EN LETTRES MAJUSCULES	SIGNATURE	DATE ANNÉE   MOIS   JOUR
① DIRECTEUR RÉGIONAL DE LA SANTÉ PUBLIQUE (s'il y a lieu) NOM EN LETTRES MAJUSCULES	SIGNATURE	DATE ANNÉE   MOIS   JOUR

## GUIDE DE REMPLISSAGE (3755)

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

### **1- RENSEIGNEMENTS SUR LE DENTISTE**

#### **Numéro**

Le numéro du professionnel 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 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 aux 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 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.

Une nouvelle nomination, une augmentation d'heures ou un remplacement selon l'entente générale doivent être autorisés par le ministre (article 10.01, paragraphe 3).

Aucune autorisation n'est nécessaire dans les cas de renouvellement de nomination et de remplacement d'un dentiste en vertu de l'Entente particulière concernant les établissements du Nord.

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

##### **Régulier**

Le 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 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).

##### **Remplacement**

Indiquez le nom du dentiste dont les services sont retenus temporairement en remplacement d'un professionnel permanent absent.

### **2- ÉTABLISSEMENT**

#### **Nom**

Inscrivez le nom de l'établissement 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- SITUATION D'ENTENTE**

Cochez et inscrivez le titre et/ou le numéro du document en vertu duquel le dentiste est nommé.

Remarque : Un titre abrégé mais significatif peut être utilisé.

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

Cochez le mode de rémunération choisi et inscrivez le nombre d'heures hebdomadaires.

#### **Tarif horaire**

Indiquez le nombre d'heures et/ou, s'il y a lieu, le nombre d'heures en santé publique. ❶

#### **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 et/ou, s'il y a lieu, le nombre d'heures en santé publique. ❶

#### **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.

### **5- SIGNATURES**

Le nom et la signature de la personne autorisée de l'établissement sont obligatoires. Dans les cas décrits en ❶, le nom et la signature du directeur concerné sont obligatoires.