

DEMANDE D'INSCRIPTION AU TABLEAU* ET AVIS DE COTISATION POUR L'ANNÉE 2017-2018



* Si vous complétez ce formulaire alors que vous n'avez pas encore obtenu les permis d'exercice de l'optométrie au Québec (permis régulier ou temporaire et permis relatifs aux médicaments), celui-ci sera traité également comme une demande de délivrance des permis en question, en tenant compte des autres documents et renseignements que vous aurez soumis ou qui auront été obtenus par l'Ordre à cette fin. La décision suite au traitement de cette demande sera rendue conformément au processus prévu par le *Code des professions* (L.R.Q., c. C-26), la *Loi sur l'optométrie* (L.R.Q., c. O-7) et les règlements applicables.

1. IDENTIFICATION PERSONNELLE

Nom de famille :

Prénom :

Numéro de membre :

Date de naissance (aaaa-mm-jj) :

2. DOMICILE PROFESSIONNEL ET AUTRES LIEUX D'EXERCICE

Note : Vous devez obligatoirement élire un domicile professionnel, en inscrivant ci-dessous les coordonnées de votre principal lieu d'exercice (si vous n'exercez pas l'optométrie, inscrivez, à votre choix, l'adresse de votre résidence ou celle d'un autre emploi que vous occupez). Vous devez aussi obligatoirement faire connaître, en plus de votre domicile professionnel, toutes les adresses des lieux où vous exercez l'optométrie.

DOMICILE PROFESSIONNEL

↓ RAYEZ SI NON VALIDE

↓ CORRIGEZ OU AJOUTEZ S'IL Y A LIEU

Principal lieu de travail (obligatoire pour les membres en exercice)

Résidence (seulement pour les membres qui n'exercent pas)

Nom du bureau : _____

Adresse : _____

Ville, province, pays : _____

Code postal : _____

Tél. : _____ Téléc. : _____

Votre adresse courriel non partagée (fortement recommandée): _____@_____

Note : En inscrivant une adresse courriel, vous acceptez que l'Ordre communique avec vous par ce moyen, incluant certaines communications pouvant avoir un caractère confidentiel. Donc ne pas inscrire une adresse partagée avec d'autres personnes, comme une adresse générale de bureau. Un membre qui n'inscrit pas son adresse courriel dans le présent formulaire ne recevra pas les publications de l'Ordre (*Opto Presse, etc.*) qui ne sont disponibles qu'en format électronique. Il sera donc de sa responsabilité de consulter le site web de l'Ordre afin de prendre connaissance des informations importantes sur le plan professionnel, déontologique, etc.

AUTRES LIEUX D'EXERCICE

↓ RAYEZ SI NON VALIDE

↓ CORRIGEZ OU AJOUTEZ S'IL Y A LIEU

Nom du bureau : _____

Adresse : _____

Ville, province, pays : _____

Code postal : _____

Tél. : _____ Téléc. : _____

Nom du bureau : _____

Adresse : _____

Ville, province, pays : _____

Code postal : _____

Tél. : _____ Téléc. : _____

- S'IL Y A D'AUTRES ADRESSES D'EXERCICE, VEUILLEZ LES INSCRIRE SUR UNE FEUILLE SÉPARÉE -

3. CONTEXTE DE PRATIQUE

Note : Les données recueillies dans le cadre de cette partie sont notamment destinées à un usage statistique ainsi que pour diriger toute personne qui est à la recherche d'un optométriste pouvant répondre à un besoin particulier.

J'exerce principalement au sein d'un(e) :
Identifiez

- Cabinet privé optométrique/optique
- Clinique d'ophtalmologie
- Établissement de santé (centre de réadaptation, etc.)
- Université/institution académique
- Autre : _____

Mon statut au sein de cette organisation est celui de :

- Propriétaire
- Travailleur autonome
- Salarié
- Autre : _____

Je considère que mes activités professionnelles correspondent principalement à :

- Une pratique optométrique générale (activités diversifiées)
- Une pratique optométrique particulière (activités cliniques concentrées dans un domaine spécifique)
- Activités autres que la pratique clinique en optométrie (enseignement, recherche, administration, etc.)

J'offre généralement des services dans les domaines suivants (cochez plusieurs cases au besoin) :

- Examens oculovisuels courants
- Lunetterie et lentilles cornéennes
- Basse vision et réadaptation
- Orthoptique et rééducation visuelle
- Urgences oculaires/traitements pharmacologiques
- Vision de l'enfant : 0-3 ans > 3 ans
- Vision industrielle/ergonomie visuelle
- Co-suivi en chirurgie réfractive
- Co-suivi en glaucome
- Dépistage de la rétinopathie diabétique (examen sous dilatation)
- Lentilles cornéennes pour besoins spéciaux (« de spécialité »)
- Autres : _____

4. STATUT DE MEMBRE ET COTISATION APPLICABLE

Note : L'Ordre se réserve le droit d'attribuer le statut de membre inactif à un membre qui ne déclare pas être assuré pour la responsabilité professionnelle conformément aux exigences réglementaires (voir partie 5).

Pour les membres qui EXERCENT
l'optométrie au Québec

Membre actif

- Total à payer : **1294.39 \$** (si payé en un versement)
- Rien à payer pour les membres inscrits au Tableau de l'Ordre depuis 50 ans et plus (« membres à vie »)

Pour les membres qui N'EXERCENT PAS
l'optométrie au Québec

Membre inactif

- Total à payer : **199.46 \$**
- Rien à payer pour les membres inscrits au Tableau de l'Ordre depuis 50 ans et plus (« membres à vie ») et pour les membres inactifs émérites

- DÉTAILS ET MODALITÉS DE PAIEMENT -

Membre actif : Cotisation annuelle : **1102.31 \$+ TPS : 55.12 \$ + TVQ : 109.96 \$** + contribution au financement de l'Office des professions du Québec : **27.00 \$**

Option 1 versement : Paiement en ligne ou joindre un chèque encaissable au 1^{er} avril 2017, au montant de **1294.39 \$**.

Option 2 versements : Paiement en ligne non disponible - Joindre un chèque encaissable au 1^{er} avril 2017, au montant de **1006.95 \$** et un autre chèque, postdaté au plus tard le 1^{er} août 2017, au montant de **298.94 \$ (11.50 \$ de frais d'administration inclus)**.

Membre inactif : Cotisation annuelle : **150.00 \$ + TPS : 7.50 \$ + TVQ : 14.96 \$** + Contribution au financement de l'Office des professions du Québec : **27.00 \$**

1 versement seulement : Paiement en ligne ou joindre un chèque encaissable au 1^{er} avril 2017 au montant de **199.46 \$**.

Pour le paiement en ligne : Voir la section réservée aux membres dans le site Web de l'Ordre au www.oog.org/membres

5. DÉCLARATION RELATIVE À L'ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE OBLIGATOIRE

Note : Pour être autorisé à exercer l'optométrie au Québec, **vous devez obligatoirement** être un membre actif et être couvert par un contrat d'assurance responsabilité conforme au *Règlement sur l'assurance responsabilité professionnelle des membres de l'Ordre des optométristes du Québec*.

Je déclare solennellement être assuré, du 1^{er} avril 2017 jusqu'au 31 mars 2018, conformément au *Règlement sur l'assurance responsabilité professionnelle des membres de l'Ordre des optométristes du Québec* :

OUI → À titre de membre actif, je suis assuré par l'entremise de l'Association des optométristes du Québec (AOQ)

Note : En déclarant être assuré par l'entremise de l'AOQ, vous autorisez l'Ordre à recueillir, auprès de l'AOQ ou de toute autre personne physique ou morale, les renseignements personnels vous concernant permettant, s'il y a lieu, de vérifier que vous êtes couvert par un contrat d'assurance-responsabilité professionnelle conforme aux exigences réglementaires.

OUI → À titre de membre actif, je suis assuré autrement que par l'entremise de l'AOQ

Nom de l'assureur : _____

Note : Si vous déclarez être assuré autrement que par l'entremise de l'AOQ, **vous devez obligatoirement** joindre au présent formulaire les deux (2) documents suivants : 1- une preuve d'assurance; 2- une copie du contrat d'assurance.

NON → À titre de membre inactif, je n'exercerai pas l'optométrie au Québec au cours de l'année 2017-2018

Note : Si vous déclarez ne pas être assuré conformément au règlement parce que vous n'exercerez pas l'optométrie au Québec au cours de l'année 2017-2018, vous vous engagez solennellement à aviser préalablement le secrétaire de l'Ordre par écrit si vous deviez recommencer à exercer l'optométrie au Québec au cours de cette année, lui fournir une déclaration écrite à l'effet que vous êtes couvert par un contrat d'assurance responsabilité conforme au *Règlement sur l'assurance-responsabilité professionnelle des membres de l'Ordre des optométristes du Québec* et, à sa demande, lui fournir la preuve de cette couverture et copie du contrat.

6. EXERCICE DE L'OPTOMÉTRIE EN SOCIÉTÉ (SPA et SENCRL)

L'Ordre vous a-t-il déjà délivré un avis d'autorisation d'exercice de l'optométrie en société par actions (SPA) ou en société en nom collectif à responsabilité limitée (SENCRL)? Non Oui

Si oui, y-a-t-il des changements (nouveaux administrateurs, droits de vote, nom et adresse de la société, etc.) à apporter à la déclaration que vous avez soumise antérieurement afin d'obtenir cet avis d'autorisation de l'Ordre? Non Oui

Si oui, l'optométriste répondant pour la société **doit informer l'Ordre de ces changements** en complétant à nouveau la déclaration requise (disponible notamment dans le site web de l'Ordre) et en la retournant avec la présente demande.

7. NOMBRE D'HEURES D'EXERCICE DE L'OPTOMÉTRIE AU COURS DE L'ANNÉE PRÉCÉDENTE

Note : La déclaration ci-après est exigée aux fins de l'application de l'article 2 du *Règlement sur les stages et les cours de perfectionnement de l'Ordre des optométristes du Québec*, (c. O-7, r. 17.1), suivant lequel un optométriste qui a exercé moins de 750 heures au cours d'une période de référence de 3 ans peut se voir imposer des stages ou cours de perfectionnement, avec ou sans suspension ou limitation de droit d'exercice.

Je déclare avoir consacré approximativement _____ heures à l'exercice de l'optométrie entre le 1^{er} avril 2016 et le 31 mars 2017 et je comprends qu'un représentant autorisé de l'Ordre des optométristes du Québec pourra procéder à une vérification à ce sujet à tout moment, notamment au sein de mes livres, dossiers et registres ou auprès de toute personne physique ou morale susceptible de détenir des informations de nature à confirmer ou infirmer cette déclaration.

8. ANTÉCÉDENTS PROFESSIONNELS, DISCIPLINAIRES ET JUDICIAIRES

a) Depuis le 1^{er} avril 2016, avez-vous déclaré un sinistre à votre assureur pour votre responsabilité professionnelle ou celui-ci a-t-il reçu un avis relatif à une réclamation formulée contre vous (mise en demeure ou procédure transmise par un patient, par son procureur, etc.)?

Non Oui Objet de la réclamation : _____

b) Avez-vous déjà fait l'objet d'une décision disciplinaire d'un autre ordre professionnel (ou d'un organisme semblable à l'extérieur du Québec) vous imposant une sanction disciplinaire?

Non Oui Si oui : Province/Territoire/Pays: _____

Date de la décision (aaaa-mm-jj) : _____ N° de dossier: _____

Nature de l'infraction : _____ Sanction imposée: _____

Profession exercée : _____

Organisme professionnel dont vous êtes ou étiez membre : _____

N° de membre : _____ Valable du (aaaa-mm-jj) : _____ au : _____

c) Avez-vous déjà fait l'objet d'une décision d'un tribunal canadien ou étranger vous déclarant coupable d'une infraction criminelle ou d'une infraction relative à l'exercice illégal d'une profession ou à l'usurpation de titre d'une profession?

Répondez non si vous en avez obtenu le pardon.

Non Oui Si oui : Province/Territoire/Pays : _____

Date du jugement (aaaa-mm-jj) : _____ No de dossier: _____

Cour : _____ District : _____

Nature de l'infraction : _____ Peine imposée : _____

Note : Suivant l'article 59.3 du *Code des professions*, chaque optométriste doit, dans les 10 jours à compter de celui où il en est lui-même informé, aviser le secrétaire de l'Ordre qu'il fait ou a fait l'objet d'une décision judiciaire ou disciplinaire ci-avant visée.

9. COMMUNICATIONS ET PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

En plus des situations où la loi le permet déjà, j'autorise l'Ordre : 1) à utiliser ou à communiquer des renseignements personnels me concernant aux personnes et organisations suivantes, pour les raisons indiquées et **à des fins autres que commerciales**; 2) à communiquer par courriel avec moi pour les mêmes raisons et les mêmes fins que celles indiquées ci-après:

- Pour permettre au public de trouver mes coordonnées dans le site web de l'Ordre, à partir de critères autres que mon nom (ville, région, etc.).
- À des professionnels de la santé (ophtalmologistes, opticiens d'ordonnances, pharmaciens, etc.), aux fins de références diverses.
- À des organisations gouvernementales ou professionnelles, aux fins de validation de mon statut, notamment dans un répertoire public.
- À tout demandeur, pour la réalisation d'un projet ou d'une activité à caractère professionnel (ex.: formation continue), scientifique, social ou philanthropique.

Note : Les renseignements recueillis dans le cadre du présent formulaire sont requis en vue notamment de permettre à l'Ordre des optométristes du Québec de s'acquitter de sa mission de protection du public, entre autres en ce qui concerne l'admission à l'exercice de l'optométrie. Les personnes autorisées par l'Ordre, dont notamment ses administrateurs, dirigeants et employés et mandataires, pourront accéder à ces renseignements dans le cadre de leurs fonctions. Le fait de ne pas donner certains renseignements demandés dans le cadre du présent formulaire peut notamment entraîner le refus d'inscription au Tableau de l'Ordre ou de la délivrance d'un permis. Les droits d'accès et de rectification à l'égard des renseignements ainsi recueillis sont notamment ceux prévus par le *Code des professions*, la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* (L.R.Q., c. A-2.1) et la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé* (L.R.Q., c. P-39.1). Plusieurs de ces renseignements étant inscrits au Tableau de l'Ordre, ils ont un caractère public et peuvent donc être communiqués à des tiers, sans autorisation de votre part, notamment dans le cadre des activités de l'Ordre en matière de contrôle de l'exercice de la profession. Par ailleurs, l'Ordre pourrait aussi avoir l'occasion de communiquer ces renseignements à différentes personnes ou organisations sérieuses, **à des fins autres que commerciales**, si vous y consentez spécifiquement.

10. DÉCLARATION SOLENNELLE

Je, soussigné(e), demande mon inscription au Tableau de l'Ordre des optométristes du Québec sur la base des renseignements inscrits sur le présent formulaire, déclare solennellement que ces renseignements sont exacts et confirme les autorisations qui y sont inscrites.

Signature : _____ Date de la signature (aaaa-mm-jj) : _____

Ce formulaire dûment complété doit être reçu avec le paiement des sommes dues
au plus tard le 31 mars 2017 à l'adresse suivante :

Ordre des optométristes du Québec
1265 rue Berri, bureau 505
Montréal, Québec H2L 4X4