Régie de l'assurance maladie Québec

Demande de désistement ou de réengagement

Lettre d'entente nº 393

☐ **Demande de désistement**
Veuillez remplir les sections 1, 2 et 4.

☐ **Demande de réengagement**
Veuillez remplir les sections 1, 3 et 4.

1. Identification du médecin

Prénom	Nom	Numéro du professionnel

2. Demande de désistement

Je désire me désister de la *Lettre d'entente nº 393* à compter de la date ci-dessous.

Veuillez cocher la date de début du trimestre qui suit la date de signature de votre demande.

☐ 1er juin ☐ 1er septembre ☐ 1er décembre ☐ 1er mars

Il est à noter qu'à partir de la date de votre désistement, ce sont les règles du taux d'assiduité prévues à l'article 15.00 de l'*Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle* qui s'appliquent pour le calcul du montant du supplément au volume de patients inscrits.

3. Demande de réengagement

Je désire me réengager à la *Lettre d'entente nº 393* à compter de la date ci-dessous.

Veuillez cocher la date de début du trimestre qui suit la date de signature de votre demande.

☐ 1er juin ☐ 1er septembre ☐ 1er décembre ☐ 1er mars

Il est à noter qu'à partir de la date de votre réengagement, ce sont les règles de l'article 1.20 de la *Lettre d'entente nº 393* qui s'appliquent pour le calcul du montant du supplément au volume de patients inscrits.

4. Consentement du médecin

Je comprends que mon désistement ou mon réengagement s'applique à tous les trimestres qui suivent la date indiquée sur ma demande.

Signature _____ Date _____

Veuillez nous transmettre votre demande à l'adresse de courriel suivante :
registraire.docofficiels@ramq.gouv.qc.ca.