

# AVIS DE DÉSENGAGEMENT

Aux personnes assurées par le régime d'assurance maladie du Québec

En conformité avec la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) et les règlements, je vous avise que je suis un(e) professionnel(le) désengagé(e) du régime d'assurance maladie du Québec.

Si vous avez recours à mes services, vous devez transmettre à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) le relevé d'honoraires que je dois remplir et vous remettre. Lorsque la RAMQ vous aura remboursé, suite à la présentation de ce relevé d'honoraires et des renseignements prescrits par la Loi, vous devrez me payer directement le coût des services assurés que je vous aurai fournis.

Le coût que je vous réclamerai pour ces services assurés sera conforme au tarif payable par la RAMQ.

Date \_\_\_\_\_

Dentiste

\_\_\_\_\_

# NOTICE OF WITHDRAWAL

To individuals insured under the Quebec health insurance plan

In accordance with the Health Insurance Act (chapter A-29) and regulations, this is to notify you that I am a professional who has withdrawn from the Quebec health insurance plan.

If you avail yourself of my services, you must send the statement of fees that I must complete and return to you to the Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). When the RAMQ has paid you after you have submitted the statement of fees and the information prescribed in the Act, you must pay the cost of the insured services I have furnished directly to me.

The cost that I will claim for these insured services will be in accordance with the tariff payable by the RAMQ.

Date \_\_\_\_\_

Dentist  
\_\_\_\_\_