

### 1. Identification du professionnel

Nom	Prénom	N° du professionnel	Téléphone
Catégorie de professionnel			
<input type="checkbox"/> Médecin omnipraticien	<input type="checkbox"/> Médecin spécialiste	<input type="checkbox"/> Optométriste	
<input type="checkbox"/> Chirurgien-dentiste	<input type="checkbox"/> Spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale		
<b>Adresse de pratique</b> (cette adresse pourrait être communiquée à des tiers)			
Numéro	Rue		
Ville	Province	Code postal	

### 2. Statut actuel

Vous devez cocher le statut qui correspond à celui qui est en vigueur à la RAMQ au moment de l'envoi de cet avis.

- Professionnel participant**  
Vous exercez dans le cadre du régime d'assurance maladie et êtes rémunéré par la RAMQ aux tarifs prévus à votre entente pour les services de santé couverts que vous rendez à vos patients.
- Professionnel non participant**  
Vous exercez en dehors des cadres du régime d'assurance maladie et n'êtes pas rémunéré selon les tarifs prévus à votre entente.
- Professionnel désengagé**  
Vous exercez en dehors des cadres du régime d'assurance maladie, mais acceptez d'être rémunéré aux tarifs prévus à votre entente.

### 3. Statut demandé

Vous devez cocher un statut différent de celui coché à la section 2.

Vous entendez exercer votre profession selon le statut indiqué ci-dessous conformément à la Loi sur l'assurance maladie (RLRQ, c. A-29).

- Professionnel participant**  
Le réengagement prendra effet le 8<sup>e</sup> jour suivant la date de la mise à la poste de l'avis.
- Professionnel non participant**  
La non-participation prendra effet le 30<sup>e</sup> jour suivant la date de la mise à la poste de l'avis.
- Professionnel désengagé**  
Le désengagement prendra effet le 30<sup>e</sup> jour suivant la date de la mise à la poste de l'avis.

### 4. Signature

<p><b>X</b> _____</p> <p style="text-align: center;">Signature du professionnel</p>	<p>_____</p> <p style="text-align: center;">Date</p>
---	--

Vous devez envoyer, **par courrier recommandé**, l'original de l'avis à l'adresse ci-dessous :

Régie de l'assurance maladie du Québec  
C. P. 500, succ. Terminus  
Québec (Québec) G1K 7B4