

## **Renonciation du patient à l'assurance-maladie**

Le D<sup>r</sup> \_\_\_\_\_ m'a informé qu'il ne participera pas au régime d'assurance-maladie dans le cas des services suivants, qu'il dispensera à

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_,  
(nom du patient) (n<sup>o</sup> d'assurance-maladie)  
et qu'il exigera des honoraires plus élevés que ne le prévoit le régime à cet égard :

Code du service : \_\_\_\_\_

Date du service : \_\_\_\_\_

Je sais qu'en acceptant de recevoir les services dans de telles conditions, je renonce à tous mes droits d'obtenir un remboursement de l'Assurance-maladie.

Le médecin susmentionné m'a également précisé que les services sont dispensés par d'autres médecins qui acceptent les honoraires prévus par le régime d'assurance-maladie.

J'accepte de recevoir les services susmentionnés dans les conditions précitées.

\_\_\_\_\_  
Signature du bénéficiaire

\_\_\_\_\_  
Date

---

---

## **Déclaration de non-participation**

J'ai informé le bénéficiaire susmentionné de ma non-participation au régime, tel qu'il est précisé ci-dessus, et je n'ai aucune raison de croire que mon retrait du régime entrave l'accès raisonnable aux services médicaux dont le patient a besoin.

De plus, le cas pour lequel j'évoque ici mon statut de non-participant ne constitue ni une urgence ni la poursuite de services commencés lorsque je participais au régime. Enfin, dans le cas de services dispensés à l'hôpital, j'ai informé le patient de ma non-participation au régime avant même son admission.

\_\_\_\_\_  
Signature du médecin Date

\_\_\_\_\_