

LETRE DE RÉSILIATION DE L'ADHÉSION À L'OPTAM-ACO

Mention à supprimer (vous avez déjà signé l'adhésion à l'OPTAM-ACO - OPTAM et vous souhaitez résilier votre adhésion. Vous allez poursuivre votre exercice en secteur2)

[Nom Prénom]

[Adresse pro, Adresse perso]

[No RPPS]

[No Professionnel]

[Mail]

[Tél]

Objet : Résiliation du contrat OPTAM-ACO - OPTAM

LR /AR

À l'attention de Madame, Monsieur le Directeur de la CPAM

et

Madame, Monsieur le.la Conseillère de l'Assurance Maladie

[Lieu], le [Date]

Objet : Résiliation de mon contrat d'adhésion à l'OPTAM-ACO - OPTAM

Madame, Monsieur,

Je vous informe par la présente de ma décision de mettre fin à mon engagement au dispositif OPTAM-ACO - OPTAM auquel j'avais adhéré en tant que médecin anesthésiste-réanimateur chirurgical à la date du [date de votre signature]. Le préavis est d'un mois et cette résiliation prendra effet à compter du [date +1mois].

Je reste néanmoins pleinement engagé dans une prise en charge rigoureuse et de qualité de mes patients, dans le respect du cadre conventionnel en vigueur. Je précise que je reste conventionné en secteur 2.

Je vous remercie de bien vouloir prendre acte de cette résiliation et de m'en confirmer la prise en compte.

Je reste à votre disposition pour tout complément d'information.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Dr

[Signature manuscrite]