

Monsieur le Directeur de la CPAM 29,
1 rue de Savoie,
29282 BREST Cedex

Dr Prénom NOM

CABINET

adresse-du-cabinet
29xxx COMMUNE

TÉLÉPHONE

0x.xx.xx.xx.xx

RPPS

1000 xx xx xxx

ADELI

29 x xxxxx x

xx mois 202x

Objet : demande de déconventionnement

Monsieur le Directeur,

par la présente, conformément aux dispositions de l'article 79 de la convention médicale du 25 août 2016 reprenant les dispositions de l'article R. 162-54-9 du Code de la Sécurité Sociale, je vous informe que je ne souhaite plus être placé sous le régime de la convention.

Je tiens à vous préciser que ma démarche participe du mouvement de déconventionnement collectif dans l'objectif de défendre une médecine libérale de qualité, centrée sur la relation médecin-patient, qui respecte la qualité des soins et de l'exercice, face à une convention médicale qui impose toujours plus de contraintes et dévalorise notoirement la médecine libérale.

Ce courrier a fait l'objet d'une mise sous séquestre par voie d'huissier et a été délivré à votre Caisse après atteinte d'un seuil prédéfini établissant la volonté d'un déconventionnement massif et collectif.

Cette décision prendra effet un mois après la date de réception du présent courrier.

Je vous prie de croire, Monsieur le Directeur, à l'expression de ma sincère considération.

Dr Prénom NOM