

MieuxEtre Médical

GMF-Centre Médical Mieux-Être Succursale Villeray–110 Boul. Crémazie Ouest, suite 400, Montréal,
H2P 1B9

(T) 514 787-1818 (F) 514 787-1898

28 novembre 2025

**Objet : Changement de lieu de pratique de votre médecin de famille
Dre Dallel Yahia Cherif**

Cher(e) patient(e),

La présente est pour vous aviser de mon changement de lieu de pratique. Il me fera plaisir de poursuivre votre suivi médical en tant que médecin de famille à mon nouveau lieu de travail **le Centre Médical Mieux-Être succursale Villeray** à partir du 05 janvier 2026.

**GMF-Centre Médical Mieux-Être Succursale Villeray–110 Boul. Crémazie O, suite 400, Montréal.
H2P 1B9**
(T) 514 787-1818 (F) 514 787-1898
www.mieuxetre.ca

Il vous sera possible de prendre rendez-vous avec moi dès le mois de décembre 2025 au **Centre Médical Mieux-Être succursale Villeray**. Je serai heureuse de demeurer votre médecin de famille et vous remercie pour votre patience, votre compréhension et votre confiance.

Si vous ne souhaitez pas me suivre à ce nouveau lieu de pratique, j'aimerais vous informer que vous perdrez vos priviléges à la clinique médicale Angus. Je vous inviterai dans ce cas à vous inscrire sans délai au Guichet d'accès à un médecin de famille et de communiquer avec ma nouvelle clinique Centre Médical Mieux-Être succursale Villeray en retournant ce documents signé, par courriel à kamila.k@mieuxetre.ca ou par la poste à l'adresse indiquée dans les **30 jours suivants la date d'envoi de cet avis**. Dans le cas contraire, je considérerai que vous acceptez que je continue d'assurer votre suivi médical, par conséquent, je prévois transférer votre dossier médical à mon nouveau lieu de pratique.

Quelques informations pratiques :

- **Stationnement :** Un stationnement est disponible au **50 Crémazie O.** avec les premières 90 minutes gratuites (Après les 90min : \$5,00/30mns ou \$12,00 max pour la journée).
- **Prise de rendez-vous :** Les rendez-vous doivent être pris via le portail patient. **Pour activer votre compte, il est nécessaire d'appeler la clinique.**
- **Politique :** Tout RDV manqué ou annulé moins de 24h à l'avance entraîne des frais de 35\$.

En toute collaboration,
Dallel Yahia Cherif
Médecin de famille



AVIS DE REFUS DE PRISE EN CHARGE

Je M/Mme _____, refuse que le **Dr Dallel Yahia Cherif**, continue d'assurer mon suivi médical en tant que médecin de famille et, par conséquent, accepte d'être désinscrite de sa liste de patients inscrits. Je comprends, en prenant cette décision, que le **Dr Dallel Yahia Cherif** ne sera plus tenue responsable ni n'aura l'obligation de continuer le suivi de mon dossier médical du moment où je signe cet avis. Toutefois, **Dr Dallel Yahia Cherif** s'engage à compléter le suivi de résultats ou demandes en cours au moment de la signature de cet avis.

DATE: _____

SIGNATURE DU PATIENT _____

VEUILLEZ NOUS FAIRE PARVENIR CE DOCUMENT SIGNÉ:

1. PAR COURRIEL : kamila.k@mieuxetre.ca

OU

2. PAR LA POSTE :

**GMF-Centre Médical Mieux-Être Succursale Villeray– Boul. 110 Crémazie O, suite
400, Montréal, H2P 1B9**