

**1. Identification du médecin omnipraticien invalide**

Prénom	Nom	Numéro du professionnel
--------	-----	-------------------------

**2. Période d'invalidité applicable**

Veuillez indiquer la date de début de la période où vous poursuivez vos activités de suivi de clientèle en première ligne selon un autre mode de rémunération que celui à honoraires fixes. La date de début doit être à l'intérieur de votre période d'invalidité totale selon le mode des honoraires fixes.



Date de début		
Année	Mois	Jour

Si vous n'êtes plus en mesure de poursuivre vos activités de première ligne, indiquez la date de suspension de vos activités.



Date de suspension de vos activités		
Année	Mois	Jour

**3. Signature du médecin**

En tant que médecin omnipraticien, je confirme être apte à poursuivre mes activités de suivi de clientèle en première ligne pendant la période mentionnée, bien que je sois invalide pour le mode de rémunération à honoraires fixes.

<hr/> Signature	<hr/> Date
-----------------	------------

## À quoi sert ce formulaire?

Vous devez nous faire parvenir ce formulaire si vous remplissez les deux critères suivants :

- Vous êtes un médecin omnipraticien rémunéré à honoraires fixes qui a une invalidité totale pour ce mode de rémunération;
- Vous poursuivez tout de même vos activités de suivi de clientèle en première ligne sous un autre mode.

Cette information nous permettra de continuer de vous verser toute autre rémunération, incluant les forfaits qui sont prévus pour le suivi de clientèle.

### 1. Identification du médecin omnipraticien invalide

Inscrivez votre prénom, votre nom et votre numéro de professionnel.

### 2. Période d'invalidité applicable

Pour nous aviser une première fois que vous poursuivez votre pratique en première ligne au cours de votre période d'invalidité totale, vous devez inscrire la date de début de cette période. La date de suspension de vos activités n'est pas obligatoire.

Si vous cessez votre pratique en première ligne au cours de votre période d'invalidité totale, veuillez nous transmettre de nouveau ce formulaire en y indiquant la date de suspension de vos activités.

Il n'est pas nécessaire de remplir ce formulaire lors d'un retour progressif ou d'une fin d'invalidité totale.

### 3. Signature du médecin

Signez et datez ce formulaire afin de confirmer votre invalidité pour le mode de rémunération à honoraires fixes pendant la période mentionnée, tout en étant apte à poursuivre vos activités de suivi de clientèle en première ligne.

### Transmission du formulaire

Transmettez-nous ce formulaire par télécopieur au 418 646-8110 ou par la poste :

Régie de l'assurance maladie du Québec  
C. P. 6600, succ. Terminus  
Québec (Québec) G1K 7T3