

**DEMANDE D'EXEMPTION AUX ACTIVITÉS MÉDICALES  
PARTICULIÈRES (AMP)**

**INVALIDITÉ**

---

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, désire me prévaloir d'une  
exemption aux AMP pour congé d'invalidité \_\_\_\_\_.

Date de début du congé :

Date de fin du congé :

Nom complet et numéro de pratique:

Adresse:

Courriel:

Téléphone:

Signature :

*Prenez note : Conformément à l'article 5.3 de l'Entente sur les AMP, vous devez aussi préciser à la RAMQ les dates de début et de fin de la période d'exemption dont vous voulez vous prévaloir. L'information peut être transmise de différentes façons, soit par la poste ou via la messagerie sécurisée du portail RAMQ.*

**Régie de l'assurance maladie du Québec**

**Case postale 6600, succ. Terminus**

**Québec (Québec) G1K 7T3**

*Une copie des informations acheminées à la RAMQ doit également être transmise au DRMG par courriel à l'adresse : [drmq.monteregie@ssss.gouv.qc.ca](mailto:drmq.monteregie@ssss.gouv.qc.ca)*

## DOCUMENTS À JOINDRE

---

### Invalidité partielle :

Attestation médicale

### Invalidité totale:

Attestation médicale

## Liens utiles

---

Demande initiale – RAMQ

[Formulaire 3913 - Demande initiale – Invalidité | RAMQ \(gouv.qc.ca\)](#)

Services en ligne – RAMQ

<http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/Pages/professionnels.aspx>