Utilisation d'un système informatisé de classification pour les soins de première ligne:

Trois années d'expérience

YVAN LEDUC, MD, CCMF
MICHEL CAUCHON, MD, CCMF
JEAN-GUY ÉMOND, MD, CCMF
JEAN OUELLET, MD, CCMF

OBJECTIF Développer et utiliser un logiciel intégrant la classification internationale des soins primaires (C.I.S.P.). Créer une banque de données et effectuer une étude descriptive de notre clientèle.

PLAN D'ÉTUDE Expérimentation du logiciel et constitution de la banque de données.

CONTEXTE Unité de médecine familiale de l'Enfant-Jésus à Québec.

PARTICIPANTS Tous les médecins de l'Unité de médecine familiale et les patients vus en consultation entre le 1er juillet 1990 et le 30 juin 1993.

MESURE DES PRINCIPAUX RÉSULTATS Description des problèmes de santé de notre clientèle selon la C.I.S.P.

RÉSULTATS Durant l'étude, 48 415 codes diagnostiques pour 33 033 visites ont été mis en banque. Pour près de 50 % des visites, deux problèmes de santé et plus ont été codés. On observe une bonne corrélation dans la description de notre clientèle comparativement à d'autres études dans la littérature.

CONCLUSION Cet article présente le développement d'une banque de données dans une clinique de médecine familiale à partir d'un logiciel intégrant un système de classification des soins de première ligne. L'expérience sur ces trois années montre que la méthode retenue s'intègre bien à la pratique quotidienne du médecin de famille. Une étude descriptive de notre clientèle est présentée ainsi que quelques exemples parmi les multiples applications d'une telle banque de données.

OBJECTIVE To develop and implement a computerized version of the International Classification of Primary Care. To create a data bank and to conduct a descriptive study of our clinic's clientele.

DESIGN Testing a software program and creating a data bank.

SETTING Family Medicine Unit at Enfant-Jésus Hospital, Quebec City.

PARTICIPANTS All Family Medicine Unit doctors and patients seen between July 1, 1990, and June 30, 1993.

MAIN OUTCOME MEASURE Description of our clientele's health problems using the ICPC.

RESULTS During the study, 48 415 diagnostic codes for 33 033 visits were entered into the bank. For close to 50% of these visits, two or more health problems were coded. There was good correlation between the description of our clientele and descriptions in other studies in the literature.

CONCLUSION This article describes the development of a data bank in a family medicine unit using a software program based on the ICPC. Our 3-year experiment demonstrated that the method works well in family physicians' daily practice. A descriptive study of our clientele is presented, as well as a few examples of the many applications of such a data bank.

Can Fam Physician 1995;41:1338-1345.

Les **docteurs Leduc, Cauchon** *et* **Ouellet** *sont chargés de cours au Département de médecine familiale de l'Université Laval et pratiquent à l'Unité de médecine familiale de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.*

Le docteur Émond *est professeur de clinique au Département de médecine familiale de l'Université Laval et pratique à l'Unité de médecine familiale de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.*

UN SYSTÈME INFORMATISÉ DE classification pour les soins de première ligne peut rendre plus accessible au médecin de famille les informations susceptibles d'améliorer la qualité des soins : suivi de clientèle, relance de l'examen médical périodique, planification des soins, recherche clinique, évaluation de l'acte médical et enseignement avec des externes et résidents en médecine familiale. Nous avons développé et utilisé un logiciel intégrant la classification internationale des soins primaires

(C.I.S.P.) pour créer une banque de données combinant à la fois un fichier clients et un fichier visites des consultations à notre clinique médicale. Nous présentons le fruit de notre expérience concernant la création de cette banque de données ainsi que les applications qui en découlent.

MÉTHODE

L'Unité de médecine familiale (U.M.F.) de l'Enfant-Jésus, établie en 1987, est un milieu de formation des résidents en médecine familiale de l'Université Laval. Elle est située en milieu urbain à 1,5 km de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus, un centre primaire, secondaire et tertiaire de soins à Québec. Au cours des dernières années, on a dénombré à l'U.M.F. en moyenne 12 000 visites sur rendez-vous par année et la clientèle ne cesse de croître; on y accueille plus de 20 résidents en médecine familiale par an. Les neuf médecins de la clinique de médecine familiale ont participé à ce projet en tant que participants volontaires. Nous utilisons la C.I.S.P. comme système de classification diagnostique englobant les diagnostics et les procédures.

La C.I.S.P. a été développée par un comité bi-partite représentant l'O.M.S. (Organisation mondiale de la santé) et la W.O.N.C.A. (World Organisation of National Colleges and Academies) afin de coder les trois éléments principaux d'un contact en soins de santé : le motif de rencontre, le diagnostic (ou problème) et le processus de soins.[1,2] Cette classification comprend 17 chapitres basés principalement sur les systèmes corporels; ces chapitres peuvent être développés selon sept composantes (*figure 1*). La *figure 2* présente un exemple d'un chapitre de la C.I.S.P. On retrouve 685 codes pour décrire les motifs de rencontre et les diagnostics. De plus, la C.I.S.P. est compatible avec la neuvième révision de la Classification Internationale des Maladies (C.I.M.-9). En ce qui concerne sa composante diagnostique, la C.I.S.P. se base sur la seconde révision de l'International Classification of Health Problems in Primary Care (ICHPPC-2). Elle est utilisée en Europe[3,4] mais la littérature sur son

Figure 1. **Chapitres et composantes de la C.I.S.P.**

CHAPITRES DE LA C.I.S.P.

A – Problèmes généraux non-spécifiés
B – Sang, système hématopoïétique, lymphatique, rate
D – Digestif
F – Œil
H – Oreille
K – Circulatoire
L – Ostéo-articulaire
N – Neurologique
P – Psychologique
R – Respiratoire
S – Cutané
T – Endocrinien, métabolique et nutritionnel
U – Urologique
W – Grossesse, accouchement et planification familiale
X – Génital féminin
Y – Génital masculin
Z – Problèmes sociaux

COMPOSANTES DE LA C.I.S.P.

Composante 1 : Symptômes et plaintes
Composante 2 : Procédures diagnostiques et préventives
Composante 3 : Médication, traitement et procédures hérapeutiques
Composante 4 : Résultats
Composante 5 : Administratif
Composante 6 : Références et autres motifs de contact
Composante 7 : Diagnostics, maladies

utilisation en Amérique demeure limitée. Au Québec, la C.I.S.P. sert de classification de base pour le projet de carte-santé informatisée du régime public de l'assurance-maladie (RAMQ). Nous avons opté pour cette classification d'une part à cause de sa structure rationnelle, globale et pertinente en médecine de première ligne et d'autre part à cause de sa facilité d'utilisation, des outils de standardisation (vignettes écrites/entrevues vidéo) et du livre de référence disponible.[2]

Figure 2. **Chapitre K-Circulatoire de la C.I.S.P.**

COMPOSANTE 1

K01	Douleur attribuée au cœur
K02	Oppression / constriction attr. au cœur
K03	Autres douleurs attrib. circulation
K04	Palpitations / percept batt card
K05	Autre batt. / poul anorm. / irrég.
K06	Veines turgescentes
K07	Cheville enflée / œdème
K24	Peur d'avoir une crise cardiaque
K25	Peur de l'hypertension
K27	Peur autre maladie circulation
K28	Fonct. limitée / invalidité
K29	Autres sympt. syst. circul.

COMPOSANTE 7

K70	Maladies infectieuses syst. circul.
K71	RAA / cardiopathie rhum. chron.
K72	Tumeur syst. circulatoire
K73	Anomalies congén. cœur / circul.
K74	Angine de poitrine
K75	Infarctus myocardique aigu
K76	Autres cardiopat. chron. ischémiques
K77	Décompensation cardiaque
K78	Fibrillation auriculaire / flutter
K79	Tachycardie paroxystique
K80	Extrasystoles / tous types
K81	Souffle cardiaque NP
K82	Cœur pulmonaire chronique
K83	Maladie valvul. card. non rhum. NP
K84	Autres maladies cardiaques
K85	Pression élevée (SF K86, K87)
K86	Hypertension non-compliquée
K87	Hypertension avec réperc. org. cible
K88	Hypotension posturale
K89	Ischémie cérébrale transitoire
K90	Accident vasculaire cérébral
K91	Athérosclérose SF cœur / cerveau
K92	Autres obstr. artér. / artérite périph.
K93	Embolie pulmonaire
K94	Phlébite / thrombophlébite
K95	Varices des jambes (SF S97)
K96	Hémorrhoïdes
K99	Autres maladies syst. circ.

Le micro-ordinateur utilisé est un IBM-PC PS/2 modèle 50Z avec une mémoire de 640 K octet et un disque dur de 40 M octet. Un logiciel a été créé pour entrer les données à l'aide du logiciel DBase III PLUS, Version 1.1. Un consultant en informatique a permis au départ d'effectuer la programmation. Le *tableau 1* nous montre les informations contenues dans la banque de données qui comprend un fichier « Clients » et un fichier « Visites ». À chaque visite d'un patient, le médecin a la possibilité d'utiliser trois codes de la C.I.S.P. correspondant au(x) problème(s) de santé évalué(s) lors de cette visite. Les codes sont inscrits sur une fiche standard (*figure 3*) comprenant l'information suivante : le numéro de dossier du patient, la date de la visite, les trois codes C.I.S.P. possibles, visite à domicile ou non, le numéro du médecin traitant et, s'il y lieu, le nom du résident en médecine familiale qui a vu le patient. Cette fiche est placée par les secrétaires sur le dossier du patient à chaque visite et doit être remplie avant que le dossier du patient soit classé. C'est toujours le médecin consulté ou le superviseur qui attribue le code diagnostic à l'aide de la nomenclature abrégée de la C.I.S.P. et, au besoin, à l'aide de l'index alphabétique de la C.I.S.P. Si la fiche standard n'est pas adéquatement remplie, elle est remise au médecin consulté ou au superviseur. La classification est utilisée ici en mode diagnostique englobant les composantes 1 et 7 (*figure 1*), la composante 1 étant utilisée seulement dans les cas où l'on ne peut pas porter un diagnostic étiologique tel que défini dans la composante 7. Les composantes procédures sont aussi utilisées (par

exemple pour les vaccinations, les frottis, les biopsies, etc.). Les codes sont aussi inscrits en marge dans le dossier du patient.

Des séances de formation comprenant des simulations à l'aide de vignettes écrites ont été présentées aux médecins et des rencontres épisodiques permettent de répondre aux interrogations concernant l'utilisation pratique de la classification à l'U.M.F.

L'information est mise dans la banque à partir des fiches par une secrétaire ou par un médecin. Les données complètes sont enregistrées au jour le jour, dans la mesure du possible. Pour que la confidentialité soit respectée, tous les utilisateurs ont un code personnalisé donnant accès aux banques de données via les ordinateurs et les postes de travail. Pour étudier les données recueillies et pour vérifier le contenu de la banque, les analyses ont été effectuées à l'Unité de médecine familiale de l'Enfant-Jésus avec l'aide de notre logiciel de banque de données et les logiciels DBase III PLUS et EPI INFO Version 5.01a. L'étude comprend toutes les visites sur rendez-vous se déroulant sur trois années.

RÉSULTATS

Entre le 1er juillet 1990 et le 30 juin 1993, il y a eu 33 033 visites et on retrouve 48 415 codes au total pour ces visites si on additionne les trois codes relevés pour chaque visite. En cours d'étude, nous avons retrouvé des erreurs au niveau de la codification, 158 codes étaient inexistants pour une proportion de 0,33 %. Ces erreurs ont été corrigées pour la compilation des données présentées ici. Les principales erreurs retrouvées étaient des erreurs de lecture, de transcription ou de frappe. Le temps nécessaire pour enregistrer les données dans la banque est très court dans le cas du fichier visite (quelques secondes); dans le cas du fichier client le temps estimé est un peu plus long (environ 1 minute) mais n'est effectué qu'à une reprise à moins qu'il y ait des changements au niveau des données démographiques. Le *tableau 2* nous indique le nombre de codes analysés dans cette étude et on y constate que 38 % des visites contiennent au moins deux codes et qu'environ 8 % des visites contiennent au moins trois codes. Le *tableau 3* présente la distribution des codes utilisés à l'Unité de médecine familiale pour les différents chapitres de la C.I.S.P. ainsi qu'une comparaison avec d'autres études publiées.[2,8]

Tableau 1. **Contenu des fichiers « Clients » et « Visites »**

FICHIER « CLIENTS »
Nom et prénom
Numéro de la régie de l'assurance-maladie du Québec
Numéro de dossier
Date de naissance
Age
Adresse complète
Numéros de téléphone à domicile et au travail
FICHIER « VISITES »
Numéro de la régie de l'assurance-maladie du Québec
Numéro de dossier
Date de la visite
Visite à domicile
Code diagnostic 1
Code diagnostic 2
Code diagnostic 3
Identification du médecin ou du résident
Identification du médecin superviseur

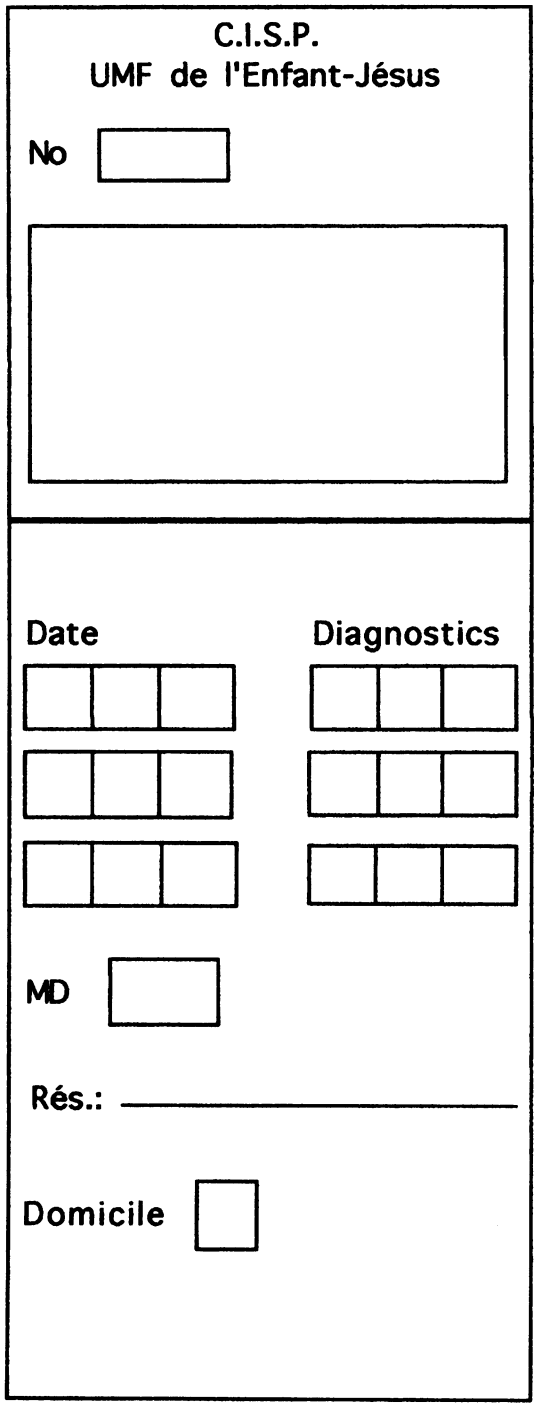
DISCUSSION

On retrouve dans la littérature des articles concernant des banques de données en médecine de première ligne.[5-7] À

notre connaissance, cet article décrit un logiciel correspondant au premier système informatisé intégrant la Classification internationale des soins primaires.

Le logiciel que nous avons mis au point est facile à exploiter et les médecins ont démontré beaucoup d'intérêt à l'utiliser. Au cours des trois années, nous avons pu évaluer son applicabilité. Nous croyons que certaines caractéristiques du milieu comme l'intérêt et la motivation du groupe de médecins ainsi que leur implication dans l'enseignement, peuvent en favoriser l'application. On note un faible taux d'erreurs techniques de collecte de données (0,33 %), mais d'autres erreurs au niveau du processus de codification sont possibles. Nous croyons qu'une entrée directe des diagnostics à partir d'un terminal dans le bureau de consultation permettrait de minimiser certaines erreurs de saisie de données.

Figure 3. **Fiche standard de collecte des données**



La démarche de codification comprend trois grandes étapes; il s'agit d'identifier le problème, de le nommer et d'y trouver un code correspondant. Depuis la création de cette banque de données, la question de la fiabilité et de la variabilité des diagnostics enregistrés par les médecins nous a intéressés. Une évaluation préliminaire a montré une très bonne corrélation à partir de vignettes cliniques et de lecture de notes au dossier. Pour mieux évaluer cet aspect de la démarche de codification et de la concordance inter-médecins, une étude à partir d'entrevues cliniques filmées sur bande vidéo est en cours à notre unité de médecine familiale.

Chacune des consultations permet d'inscrire trois codes diagnostiques dans le fichier « Visites ». Nous nous sommes limités à inscrire les problèmes concernant la consultation du jour et non la liste des problèmes du patient. Il y aurait cependant une possibilité de modifier le logiciel pour y intégrer une liste de problèmes. Plus du tiers des visites comprennent plus d'un code diagnostic, mais un troisième code diagnostic est retrouvé dans moins de 10 % des visites (*tableau 2*), ce qui suggère que, dans la grande majorité des cas, pour une consultation donnée, trois possibilités de codes suffisent.

Dans notre étude, on observe une bonne corrélation dans la description

de notre clientèle (*tableau 3*) comparativement à ce qui à été publié avec la C.I.S.P. ailleurs dans la littérature.[2,8] On retrouve cependant certaines différences au niveau des chapitres L (locomoteur), P (psychologique), R (respiratoire) et T (endocrinien). La plus grande étude sur le sujet a débuté en 1983 et a été conduite dans huit pays différents.[2] Cette étude, qui se limite à la composante 1, contient 90 000 codes et 132 médecins-codeurs participants.[2] Une autre étude faite à plus petite échelle en Australie et comprenant 521 diagnostics a été publiée en 1992.[8] La description du contenu de la pratique en médecine familiale a été étudié par de nombreuses études américaines[9-11] et semble montrer peu de variations dans le profil de clientèle;[12,13] cependant, on connaît peu de chose de la pratique particulière du Québec. Certaines études concernant surtout les motifs de contact ont montré que la C.I.S.P. était fiable et utile en médecine de première ligne.[3,14] Existe-t-il des différences significatives entre la pratique des grands centres et la pratique en région, les consultations avec rendez-vous et sans rendez-vous, entre la pratique privée et la pratique dans les unités d'enseignement de médecine familiale? Les différences retrouvées dans notre milieu pourraient être le reflet de notre type de pratique. Ce champ d'étude reste à développer. D'autres études pourraient chercher à évaluer les différences de clientèle selon le contexte de pratique.

Pour qu'un système de classification en médecine familiale soit pertinent, il doit être utilisé de façon efficace par les médecins de famille. Il se doit d'être simple et de correspondre à la pratique de l'utilisateur. Son emploi doit nécessiter peu de temps et permettre des applications pratiques. Les applications que nous avons développées jusqu'à présent ont comporté des études de clientèle et des études d'évaluation de la qualité de l'acte médical dans des projets de recherche avec les résidents en médecine familiale. Citons comme exemples les études suivantes : « Le dépistage du cancer du sein à l'UMF de l'Enfant-Jésus, est-il fait conformément au consensus canadien actuel ? » et « Étude de la prévalence, du traitement et du suivi des personnes âgées

Tableau 2. **Nombre de codes en mode diagnostic analysés pour l'étude**

CODE(S) PAR VISITE	NOMBRE TOTAL	POURCENTAGE
Un code	33 033	100
Deux codes	12 627	38
Trois codes	2 755	8
Total	48 415	

Tableau 3. **Distribution des codes pour les différents chapitres de la C.I.S.P. dans notre milieu (UMF) et dans les études de Jamoulle[2] et Britt[8]**

	% DE CODES		
CHAPITRES	UMF	2	8
A – Problèmes généraux non-spécifiés	9,7	18,6	11,3
B – Sang, système hémato-poïétique, lymphatique, rate	1,0	1,7	0,8
D – Digestif	6,6	9,7	6,1
F – Œil	0,9	1,8	3,1
H – Oreille	2,8	3,4	4,0
K – Circulatoire	8,8	9,9	12,9
L – Ostéo-articulaire	9,9	9,3	14,3
N – Neurologique	3,0	4,0	7,0
P – Psychologique	13,4	3,5	5,3
R – Respiratoire	11,7	17,7	18,4
S – Cutané	5,9	7,3	9,8
T – Endocrinien, métabolique et nutritionnel	7,7	2,7	2,9
U – Urologique	1,6	2,1	1,0
W – Grossesse, accouchement et planification familiale	6,4	–	0,7
X – Génital féminin	7,0	7,2	2,2
Y – Génital masculin	2,1	0,7	0,2
Z – Problèmes sociaux	1,5	1,3	–

atteintes d'hypertension artérielle à l'UMF de l'Enfant-Jésus». Nous utilisons notre banque de données pour dresser une liste pour le rappel de la vaccination anti-grippale chez les patients à risque et ceux de plus de 65 ans. Sur le plan de l'enseignement, la banque de données est utile pour vérifier l'exposition des résidents aux différentes pathologies et pour effectuer le transfert de patients lors du départ des résidents.

Nous avons donc conçu, développé et mis à l'essai un logiciel informatique simple permettant d'inclure les variables démographiques des patients ainsi que les divers diagnostics posés en utilisant le système de classification de première ligne C.I.S.P. L'expérience des trois dernières années nous a appris que ce système correspond bien à la pratique médicale de première ligne en permettant de codifier l'ensemble des problèmes rencontrés. Toutefois, comme il est relativement simple, il manque parfois de spécificité particulièrement concernant la composante 7 des chapitres L et P. Ce problème peut cependant être résolu en y ajoutant des codes spécifiques. Par exemple dans la C.I.S.P., le code P74 correspond à trouble anxieux; pour permettre plus de spécificité, on pourrait assigner le code P741 à «trouble panique» et P742 à «anxiété généralisée». D'autres codes correspondant à d'autres troubles anxieux et incluant P74 pourraient ainsi être attribués et correspondre même au DSM-III-R. À notre avis, cette flexibilité de la C.I.S.P. est un élément positif d'une classification pour la médecine de première ligne.

L'implication et la motivation de chacun des membres de l'U.M.F. a été essentielle au bon fonctionnement du projet. Ce sont leur participation active dans le processus et leurs commentaires constructifs qui nous ont permis d'évaluer adéquatement ce système informatisé de classification.

Nous sommes convaincus qu'une telle banque de données est utile pour regrouper l'information concernant les patients, aider à assurer la continuité des soins et la relance de l'examen médical périodique, aider à la recherche clinique et améliorer l'enseignement aux résidents en connaissant mieux la clientèle et l'exposition des résidents aux différentes problématiques de santé. En terminant, l'expérience acquise avec ce logiciel pendant ces années nous porte à croire qu'il pourrait être le précurseur d'un système d'application pratique d'une classification bien adaptée à la médecine de première ligne. La création d'un réseau de recherche en médecine familiale en utilisant ce logiciel fait aussi partie de nos projets d'application. ■

Remerciements

Nous désirons remercier nos précieux collaborateurs et collaboratrices soit les docteurs Josée Baril, Michel Brisson, Marie-Josée Latouche, Monique Laurion, Hubert Marcoux, Renée Morin et Claude Topping, nos assistantes de recherche mesdames Monique Comeau et Sylvie Martin, notre consultant en informatique, monsieur Martin Ouellet, et nos secrétaires mesdames Claudette St-Laurent, Lise Laflamme, Chantal Létourneau, Francine Paradis et Paule Thibault.

Correspondance au: *Dr Yvan Leduc, Unité de médecine familiale de l'Enfant-Jésus, 2480 de la Canardière, Québec, QC G1J 2G1*

Références

1. Lambert H. The use and relevance of the International Classification of Primary Care (ICPC) in structuring patient information. Dans: *Present status of computer support in ambulatory care* sous la direction de Reichertz PL, Engelbrecht R, Piccolo U. Berlin: Springer-Verlag, 1987.
2. Jamoulle M, Roland M. *C.I.S.P. Classification internationale des soins primaires.* Lyon: Éditions Alexandre Lacassagne, 1992.
3. Van der Horst F, Metsemakers J, Vissers F, Saenger G, de Geus C. The reason-for-encounter mode of ICPC: reliable, adequate, and feasible. *Scand J Prim Health Care* 1989;7:99-103.
4. Fleming DM. The measurement of morbidity in general practice. *J Epidemiol Community Health* 1991;45:180-3.

5. Bridges-Webb C. A computer summary for general practice medical records: MEDSUM. *J Fam Pract* 1986; 23(4):389-92.
6. Chan DH, Donnan SPB, Chan N, Chow G. A microcomputer-based computerized medical record system for a general practice teaching clinic. *J Fam Pract* 1987;24(5):537-41.
7. Kerr CP. Building an ambulatory clinical information system in a family practice residency. *J Fam Pract* 1989;29(5):553-8.
8. Britt H, Harris M, Driver B, Bridges-Webb C, O'Toole B, Neary S. Reasons for encounter and diagnosed health problem: convergence between doctors and patients. *Fam Pract* 1992; 9(2):191-4.
9. Warrington AM, Ponesse DJ, Hunter ME, Grant DA, Grasset AV, Gray DW, Hayward CD et al. What do family physicians see in practice? *Can Med Assoc J* 1977;117:354-6.
10. Marsland DW, Wood M, Mayo F. The Virginia Study. Dans : *Family practice. Foundation of American health care* sous la direction de Geyman JB. New York : Appleton Century Crofts, 1980.
11. Rosenblatt RA, Cherkin DC, Schneeweiss R, Hart LG, Greenwald H, Kirkwood R, Perkoff GT. The structure and content of family practice: current status and future trends. *J Fam Pract* 1982; 15:681-722.
12. Curry L, MacIntyre K. The content of family practice: do we need more studies? *Can-Fam Physician* 1982;28:124-6.
13. Munro C. The diagnostic content of general practice. *Aust Fam Physician* 1989;18(1):64-6.
14. Hofmans-Okkes I. At the GP's surgery. Views of patients about seeing their GPs. Dans : *Op het spreekuur* sous la direction de Hofmans-Okkes I. Lelystad : MediTekst, 1991:157-65.

• • •

RÉGIME COLLECTIF D'ASSURANCE-VIE ET D'ASSURANCE-REVENU

Pour les membres du Collège des médecins de famille du Canada

❖

RÉGIME COLLECTIF D'ASSURANCE

Le CMFC offre à ses membres toute une gamme de programmes d'assurance. Pour obtenir de plus amples renseignements sur la protection et les taux offerts, veuillez communiquer directement avec la compagnie dont le nom apparaît plus bas.

ASSURANCE

Pour les membres associés qui sont inscrits dans un programme de résidence en médecine familiale

- Programme amélioré moyennant un taux annuel de 25 $ la première année
- Assurance-vie temporaire de 25 000 $
- Prestation mensuelle d'assurance-revenu de 1 000 $

Assurance-vie temporaire

- Couverture de 1 000 000 $ pour le membre et son conjoint
- Exonération de la prime advenant une invalidité totale du membre
- Garantie d'assurance libérée de prime au 70e anniversaire
- Prestation anticipée pour le membre ou le conjoint sur diagnostic d'une maladie au stade terminal
- Rabais considérables pour le membre et le conjoint non-fumeurs âgés de moins de 30 ans

Décès et mutilation accidentels

- Couverture disponible avec l'achat d'assurance-vie temporaire
- Prestation relative à la poursuite des études
- Prestation pour réadaptation

Assurance-revenu/invalidité professionnelle

- Prestation mensuelle pouvant atteindre 6 000 $
- Option d'indexation au coût de la vie
- Option relative à la garantie d'assurabilité
- Rabais considérables pour les non-fumeurs âgés de moins de 30 ans

Frais généraux de bureau

- Prestation mensuelle pouvant atteindre 6 000 $
- Versement de prestations pendant trois ans
- Versement d'une prestation particulière pour acquitter les frais couverts jusqu'à trois mois après le décès.

❖

Communiquez sans frais avec **La Mutuelle d'Omaha** au
1-800-567-7497
ou composez le (416) 598-4321 à Toronto
pour obtenir de plus amples renseigments sur l'un des programmes ci-haut.
Pour plus de détails, communiquez avec
Le Collège des médecins de famille du Canada
Service de l'Administration
2630, avenue Skymark, Mississauga, Ontario, Canada L4W 5A4