



FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC

Facturation selon les modes des honoraires fixes et du tarif horaire

Michel Desrosiers, m.d., ll.b.

Direction des Affaires professionnelles, FMOQ

Conditions préalables pour les deux modes

- Avis de service
- Vérifiez auprès de l'établissement que votre avis de service soit :
 - complété adéquatement et
 - envoyé à la RAMQ
 - sans oublier de cocher la case « dépassement du nombre maximal d'heures »

Peut-on modifier son mode rémunération ?

- Entre l'acte et le tarif horaire, sans restrictions lors du renouvellement de l'avis de service
- Depuis le 1^{er} octobre 2011, il n'est plus possible nouvellement d'adhérer au mode des honoraires fixes

Mode additionnel de rémunération en CLSC

- Option d'une rémunération à l'acte :
 - le sans rendez-vous
 - les services médico-administratifs de la CSST
 - les visites à domicile ou
 - les interruptions volontaires de grossesse (IVG)

Option pour chaque activité doit être signalé dans votre avis de service

Paramètres de l'exercice de cette option (rémunération à l'acte)

- Lors de la nomination ou de son renouvellement
- En cours de nomination si le service est instauré ou modifié au cours de cette période :
 - sans rendez-vous
 - visite à domicile
 - IVG
- Options sont indépendantes l'une de l'autre

Le temps supplémentaire à tarif horaire

- 3 modalités :
 - taux simple si moins de 1540 heures dans l'année*
 - taux simple pour 880 heures* supplémentaires aux 1540 (inscription nécessaire à l'avis de service)
 - 71,8 % du taux simple dans les autres cas
- * Au cours de votre 1ère année de pratique, 128,3 hres et 73,3 hres relativement par mois de pratique jusqu'au 1^{er} juin (128,3 hres X 12 mois = 1540 et 73,3 hres X 12 mois = 880)*

Le temps supplémentaire à tarif horaire

- Le 880 heures peut servir pour rémunérer de la “garde sur place” (GSP)
- Jusqu’à récemment, ces heures ne pouvaient servir qu’à concurrence de 55 heures par semaine (régulier et GSP)
- Les heures excédentaires de garde sur place son payés selon la colonne 2 (GSP jusqu’à 528 hres par année) ou la colonne 3 selon l’atteinte du plafond annuel

Le temps supplémentaire à honoraires fixes

- 3 modalités :
 - reprise de temps
 - payé à taux simple sans avantages sociaux
 - banque de 880 heures payées à tarif horaire :
 - Inscription nécessaire à l'avis de service
 - Utilisation nécessaire de la demande de paiement à tarif horaire
 - Au cours de votre 1^{re} année de pratique, 73,3 hres par mois de pratique jusqu'au 1^{er} juin (73,3 hres fois 12 mois = 880)

Le temps supplémentaire à honoraires fixes

- Le 880 heures (à tarif horaire) peut servir pour rémunérer de la “garde sur place” (GSP)
- Jusqu’à récemment, ces heures ne pouvaient servir qu’à concurrence de 55 heures par semaine (régulier et GSP)
- Les heures excédentaires de garde sur place sont payés (à honoraires fixes) en garde sur place, avec avantages sociaux réduits

Avantages sociaux (honoraires fixes)

- Annexe VI de l'Entente :
 - Maternité - Adoption
 - Vacances - Congés fériés
 - Perfectionnement
 - Congé sans traitement
 - Assurance-vie et invalidité
 - Fonds de retraite (RREGOP)
 - Congé à traitement différé.

Avantages sociaux (honoraires fixes)

- Valeur monétaire de ces avantages sociaux calculé selon le revenu hebdomadaire moyen d'une période de référence de facturation de 20 semaines :
 - Bien facturer les heures de travail ;
 - Bien codifier les jours de congés pris ;
 - Bien suivre les données fournies au bilan de la facturation.

Primes dans certains secteurs

- Certains secteurs bénéficient de primes sur 95 % des heures effectuées (en CH: longue durée, psychiatrie, soins palliatifs, certains programmes spécifiques, et aussi en CHSP et en CHSLD)
- Primes sont de 14,20 \$ par heure reconnue
- Aucune facturation additionnelle n'est requise du médecin (doit par ailleurs utiliser bons numéro d'établissement ou bons secteurs d'activité)
- Paiement par trimestre en fonction de facturation reçue (constitue honoraires et non salaire)

Suppléments dans certains secteurs

- Dans d'autres secteurs, le médecin peut se prévaloir de l'inscription de clientèle et ainsi percevoir des forfaits annuels et des suppléments pour la clientèle vulnérable
- S'applique aussi pour la clientèle de 0-5 ans et les suppléments pour la clientèle obstétricale
- Exige facturation à l'acte en parallèle
- Constituent exception au principe général qu'un médecin ne peut pas être payé selon deux modes pour le même service

Rédaction de la demande de paiement (brochure RAMQ n° 2)

- Le règlement régit les exigences prévues aux formulaires
- Rédaction détaillée mais obligatoire
- Qualité des informations fournies = paiement conforme et dans les délais
- Assistance de confrères (prudence...)



PROFESSIONNEL

PRENOM _____ NOM _____ NO DU PROFESSIONNEL _____ NO DU GROUPE _____ C.S. _____ NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXÉS _____

ÉTABLISSEMENT

NOM _____ NUMÉRO _____

PÉRIODE
CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE

DÉBUTANT DIMANCHE LE			SE TERMINANT SAMEDI LE		
ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR

QUAN- TIÈME	MODE DE REMUNÉ- RATION	ACTIVITÉS				REF.	CODE D'ACTIVITÉS	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	REF.	CODE D'ACTIVITÉS	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	REF.	CODE D'ACTIVITÉS	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES
		PLAGE HORAIRE (cocher)															
		HEUT	AM	PM	SOIR												
						1				2				3			
						4				5				6			
						7				8				9			
						10				11				12			
						13				14				15			
						16				17				18			
						19				20				21			
						22				23				24			
						25				26				27			
						28				29				30			
						31				32				33			
						34				35				36			
						37				38				39			
						40				41				42			
						43				44				45			

TOTAL
DES HEURES
TRAVAILLÉES _____

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

FRAIS DE DÉPLACEMENT

LIEU DE TRAVAIL HABITUEL (ÉTABLISSEMENT) _____ LIEU D'ARRIVÉE (ÉTABLISSEMENT VISITÉ) _____

DATE D'ARRIVÉE ANNÉE MOIS JOUR _____ HEURE D'ARRIVÉE _____ DISTANCE TOTALE _____ MONTANT RÉCLAMÉ _____

KM

HEURES DE DÉPLACEMENT

NOMBRE _____

SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE

JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE DEMANDE DE PAIEMENT SONT EXACTS.

DATE ANNÉE MOIS JOUR _____

ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

LA PERSONNE QUI SIGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS.

DATE ANNÉE MOIS JOUR _____

SIGNAIRE AUTORISÉ POUR L'ÉTABLISSEMENT _____



Demande de paiement TH : identification

- Inscription du professionnel et de son no RAMQ
- Inscription de l'établissement et de son code
- Inscription de la semaine d'activités

0000

DEMANDE DE PAIEMENT

Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation

Régie de
l'assurance maladie

Québec



PROFESSIONNEL

PRENOM PIERRE	NOM UNTEL	NO DU PROFESSIONNEL 1899994	NO DU GROUPE	C.S.	NOMBRE DE DOCUMENTS ANNEXÉS
------------------	--------------	--------------------------------	--------------	------	--------------------------------

ETABLISSEMENT

NOM Hôtel-Dieu de Lévis	NUMÉRO 03008	PÉRIODE CETTE DEMANDE S'APPLIQUE À LA SEMAINE	DÉBUTANT DIMANCHE LE ANNÉE MOIS JOUR 030615	SE TERMINANT SAMEDI LE ANNÉE MOIS JOUR 030621
----------------------------	-----------------	--	---	---

ACTIVITÉS

QUAN- TIÈME	MODE DE RÉMUÉ- RATION	PLAGE HORAIRE (cocher)			RÉF.	CODE D'ACTIVITÉS	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVILLÉES	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉS	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVILLÉES	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉS	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVILLÉES	
		MAT	AM	PM													SOIR
					1				2				3				

Demande de paiement TH : description des activités

- Quantième
 - Mode de rémunération
 - Plage horaire*
 - Code d'activités
 - Secteur de dispensation
 - Heures travaillées par plage horaire (ou portion de plage horaire)
 - Total des heures travaillées pour la semaine
- * Peut devoir être scindée si horaire défavorable

ACTIVITES																	
QUAN- TIEME	MODE DE REMUNE- RATION	PLAGE HORAIRE (cocher)				REF.	CODE D'ACTIVITES	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLEES	REF.	CODE D'ACTIVITES	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLEES	REF.	CODE D'ACTIVITES	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLEES
		MAT	AM	PM	SOIR												
1,6	TH	X				1	0,0,2,0,3,0	0,1	0,4,0,0	2				3			
1,6	TH	X				4	0,0,2,0,3,0	0,1	0,2,0,0	5	0,0,2,0,3,0	0,1	0,1,0,0	6			
1,7	TH	X				7	0,0,2,0,3,0	0,1	0,4,0,0	8				9			
1,7	TH	X				10	0,0,2,0,3,0	0,1	0,3,0,0	11				12			
1,8	TH	X				13	0,0,2,0,3,0	0,1	0,4,0,0	14				15			
1,8	TH	X				16	0,0,2,0,3,0	0,1	0,3,0,0	17				18			
1,9	TH	X				19	0,0,2,0,3,0	0,1	0,4,0,0	20				21			
1,9	TH	X				22	0,0,2,0,3,0	0,1	0,3,0,0	23				24			
2,0	TH	X				25	0,0,2,0,3,0	0,1	0,4,0,0	26				27			
2,0	TH	X				28	0,0,2,0,3,0	0,1	0,3,0,0	29				30			
						31				32				33			
						34				35				36			
						37				38				39			
						40				41				42			
						43				44				45			
RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES														TOTAL DES HEURES TRAVAILLEES		0,3,5,0,0	

SPECIMEN

Dans certaines situations, dont le dépannage, le médecin peut avoir le droit de facturer:

- des frais de kilométrage
- du temps de déplacement

FRAIS DE DÉPLACEMENT		DATE D'ARRIVÉE			HEURE D'ARRIVÉE		DISTANCE TOTALE		MONTANT RÉCLAMÉ	
LIEU DE TRAVAIL HABITUEL (ÉTABLISSEMENT)	LIEU D'ARRIVÉE (ÉTABLISSEMENT VISITÉ)	ANNÉE	MOIS	JOUR	HEURE	MINUTE	KM			
Granby	Lac Mégantic	03	06	16	08	00	018,7	km	093	50
HEURES DE DÉPLACEMENT		ATTESTATION DE L'ÉTABLISSEMENT		SIGNATURE DU PROFESSIONNEL OU DU MANDATAIRE		DATE		DATE		
NOMBRE	0468	LA PERSONNE QUI SIGNE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS MENTIONNÉS CI-DESSUS SONT EXACTS.		JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LA PRÉSENTE						

Vérifiez si le paiement est conforme à votre facturation !

- Vérifiez votre facturation en tenant compte des messages explicatifs inscrits à l'avis de paiement ;
- Retourner s'il y a lieu une nouvelle demande de paiement corrigée ou une demande de révision ;
- Communiquer avec la RAMQ au besoin (identifier le nom de l'intervenant de la RAMQ) ;
- Consulter en tout temps la FMOQ ou votre association d'omnipraticiens.

ÉTAT DE COMPTE

LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE

NOIR	NOMBRE DU PROFESSIONNEL	NOMBRE DU GROUPE DE DÉLÉGUÉS	NO DU CHEQUE OU VIREMENT	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE
UNTEL ROBERT	0-00000-0	00000	00000000 C	2003-12-19

DEMANDES DE PAIEMENT REÇUES (AUCUN)	NUMÉRO DU PAIEMENT	PAGE
2003-11-28 (P)	OR-52	001 DE 002

1	2	3	4	5	6	7	8
UNTEL ROBERT 1125 CHEMIN ST-LOUIS SILLERY QC G1K 7T3				Pour tout renseignement, communiquez par téléphone à: Québec:.....(418) 643-8210 Montréal:.....(514) 873-3480 Ailleurs au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick (sans frais)1 800 463-4776			
9							

SOMMAIRE

MESSAGES GÉNÉRAUX
 VOUS DÉMÉNAGEZ * AVISEZ-NOUS DE VOS NOUVELLES ADRESSES : CORRESPONDANCE, PRATIQUE, ACHÈMINEMENT DU PAIEMENT (CHEQUE) OU D'ÉTAT DE COMPTE, COURRIEL SI REQUIS.

PAIEMENTS ET RETENUES

PAIEMENTS		
DP payées au montant demandé	4694,40	
TOTAL DU PAIEMENT		4694,40
RETENUES		
DP révisées, décision Régie (tra. 22)	86,40	
Cotisation fédération F.M.O.Q.	239,04-	
TOTAL DES RETENUES		152,64-
MONTANT NET		4541,76

DÉDUCTIONS CUMULATIVES		
Cotisation fédération F.M.O.Q.	349,92	
Cotisation P.A.M.Q.	25,00	

DESCRIPTION DES CODES DE TRANSACTION (TRA)
 00 = Demandes de paiement ayant servi à l'évaluation de la demande de paiement identifiée sur la ligne précédente.
 (AUCUN CODE) = Demande de paiement payée au montant demandé.
 02 = Demande de paiement payée avec modification du montant demandé.
 03 = Demande de paiement payée avant appréciation, paraîtra avec code 10, 11, ou 12, (ne pas faire de demande de révision)
 10 = Rectification après appréciation (déjà paru avec code 03).
 12 = Paiement maintenu après appréciation (déjà paru avec code 03).

ÉTAT DE COMPTE

LES RENSEIGNEMENTS COMPRIS DANS CET ESPACE SONT ESSENTIELS POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT CET ÉTAT DE COMPTE						DEMANDES DE PAIEMENT RÉGLÉS JUSQU'AU	PAIEMENT DU PAIEMENT	PAGE
NOM	NUMÉRO DU PROFESSIONNEL	NUMÉRO DU GROUPE OU DE L'ÉTABLISSEMENT	NUMÉRO C.R.É.Q. OU V.R.É.M.	DATE DE L'ÉTAT DE COMPTE	2003-11-28 (P)		OR-52	002 de 002
UNTEL ROBERT				0-00000-0	00000	00000000 C	2003-12-19	

NO DE LA DEMANDE	DATE DE RECEPTION	CODE TRA	NATURE DU MONTANT	TEMPS PAYE	MONTANT	REF.	MESSAGES			REVISION	
							1	2	3	ANTÉRIEURE	NOUVELLE
1a	2a	3a	4a	5a	6a	7a	8a		9a	10a	
DÉTAIL DU PAIEMENT VACATION ET HONORAIRES FORFAITAIRES											
1001	03-11-26		DU 03-11-09 AU 03-11-15 ACTIVITÉS 002 Serv. médicaux en CH 030 Services cliniques FRAIS DE DÉPLACEMENT FRAIS DE TRANSPORT	21,00 H	1663,20						
1002	03-11-26		DU 03-11-02 AU 03-11-08 ACTIVITÉS 002 Serv. médicaux en CH 030 Services cliniques FRAIS DE DÉPLACEMENT FRAIS DE TRANSPORT	21,00 H	1663,20						
4717	03-11-26	22	DU 03-10-26 AU 03-11-01 FRAIS DE DÉPLACEMENT FRAIS DE TRANSPORT	0 K	86,40	01			160 K	160 K	
4718	03-11-26		DU 03-10-19 AU 03-10-25 ACTIVITÉS 002 Serv. médicaux en CH 030 Services cliniques FRAIS DE DÉPLACEMENT FRAIS DE TRANSPORT	14,00 H	1108,80						
6234	03-11-27	02	DU 03-10-19 AU 03-10-25 ACTIVITÉS 000 DESCRIPTION ABSENTE 000 DESCRIPTION ABSENTE	3,00 H	0,00	10	324				
DESCRIPTION DES CODES DE MESSAGES EXPLICATIFS PAIEMENT VACATION ET HONORAIRES FORFAITAIRES											
324 Le code d'activité est absent, non valide, incomplet ou illisible.											
550 Rectification d'une demande de paiement payée.											
REMARQUE: RESOUMETTRE TOUTE DEMANDE DE PAIEMENT QUI N'APPARAÎT PAS À L'ÉTAT DE COMPTE 45 JOURS APRÈS SON ENVOI À LA RÉGIE											
FIN DU RELEVÉ											

SPÉCIMEN

Refacturation après annulation ou refus de paiement

- Inscrivez la lettre B dans la case « C.S. » de la nouvelle demande de paiement
- Inscrivez le numéro d'identification de la demande de paiement en cause et la date de l'état de compte qui fait état de l'annulation ou du refus dans la case « renseignements complémentaires »
- Vous disposez d'un délai de 3 mois suivant la date de l'état de compte
- **Assurez-vous de ne rien omettre cette fois-ci et d'utiliser les codes adéquats!**

0000

DEMANDE DE PAIEMENT

Tarif horaire, honoraires forfaitaires et vacation

Régie de
l'assurance maladie
Québec 

PROFESSIONNEL

PRENOM

PIERRE

NOM

UNTEL

NO DU PROFESSIONNEL

1|8,9,9,9,4

NO DU GROUPE

S.

BNOMBRE DE DOCUMENTS
ANNEXES

ÉTABLISSEMENT

NOM

Hôtel-Dieu de Lévis

NUMÉRO

0,3,0,0,8

PÉRIODE

CETTE DEMANDE
S'APPLIQUE À LA
SEMAINE

DÉBUTANT DIMANCHE L.E.

ANNÉE MOIS JOUR

0,3 0,6 1,5

SE TERMINANT SAMEDI L.E.

ANNÉE MOIS JOUR

0,3 0,6 2,1

ACTIVITÉS

QUAN- TIÈME	MODE DE RÉMUNÉ- RATION	PLAGE HORAIRE (cocher)				REF.	CODE D'ACTIVITÉS	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	REF.	CODE D'ACTIVITÉS	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	REF.	CODE D'ACTIVITÉS	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES
		NUIT	AM	PM	SOIR												
						1				2				3			

43 44 45

TOTAL
DES HEURES
TRAVAILLÉES

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

**Refacturation. Voir demande no 6234 et état de
compte en date du 19-12-2003**

FRAIS DE DÉPLACEMENT

LIEU DE TRAVAIL HABITUEL (ÉTABLISSEMENT)

LIEU D'ARRIVÉE (ÉTABLISSEMENT VISITÉ)

DATE D'ARRIVÉE

ANNÉE

MOIS

JOUR

HEURE D'ARRIVÉE

DISTANCE TOTALE

MONTANT RECLAMÉ

Lévis

Beauséjour

0 2

0 6

2 1

0 0 0 0

0 0 8 0 km

0 4 0 0 0

FACTURATION À HONORAIRES FIXES

- Semblable à celle du tarif horaire à quelques exceptions près :
 - Les codes de congé et le temps correspondant doivent être inscrits pour être rémunérés. Ne pas oublier d'indiquer le total des jours de congé


CONGÉS

- Les codes de congé et le temps correspondant doivent être inscrits pour être rémunérés
- Le temps de congé doit être facturé en demi-journée (0,50) ou en journée complète (1,00)
- Ne pas oublier d'indiquer le total des jours de congé

0000

DEMANDE DE PAIEMENT

HONORAIRES FIXES ET SALARIAT

Régie de
l'assurance maladie

Québec

PROFESSIONNEL

PRENOM

NOM

NO DU PROFESSIONNEL

C.S.

NOMBRE DE DOCUMENTS
ANNEXÉS

ÉTABLISSEMENT

NOM

NUMÉRO

PÉRIODE

CETTE DEMANDE
S'APPLIQUE À LA
SEMAINE

DÉBUTANT DIMANCHE LE

ANNÉE MOIS JOUR

SE TERMINANT SAMEDI LE

ANNÉE MOIS JOUR

ACTIVITÉS

QUAN- TIÈME	PLAGE HORAIRE (socheur)				RÉF.	CODE D'ACTIVITÉS	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	RÉF.	CODE D'ACTIVITÉS	SECTEUR DISP.	HEURES TRAVAILLÉES	CONGÉS			
	NUIT	AM	PM	SOPR									RÉF.	CODE	DURÉE (JOURS)	
1,7		X			1	0,0,2,0,3,0	0,1	0,4,0,0	2					40		
1,7			X		3	0,0,2,0,3,0	0,1	0,7,0,0	4					41		
1,8		X			5	0,0,2,0,3,0	0,1	0,2,0,0	6	0,0,2,0,3,2	0,1	0,2,0,0		42		
1,8			X		7	0,0,2,0,3,0	0,1	0,4,0,0	8					43		
1,9		X			9	0,0,2,0,3,0	0,1	0,2,0,0	10	0,0,2,0,3,2	0,1	0,1,5,0		44		
1,9			X		11	0,0,2,0,3,0	0,1	0,5,0,0	12					45		
2,0		X			13	0,0,2,0,3,0	0,1	0,4,0,0	14					46		
2,0			X		15	0,0,2,0,3,0	0,1	0,5,0,0	16					47		
2,1					17				18					48	0,2,1,0	0
					19				20					49		

EXEMPLAIRE

Heures supplémentaires

- Sous le mode des honoraires fixes, le médecin peut décider d'accumuler les heures supplémentaires effectuées et les reprendre en « congé » au cours des 20 semaines suivantes
- Il peut également décider de les facturer à tarif horaire
- Sinon, les heures excédentaires à 35 heures seront payées à taux simple du tarif des honoraires fixes, sans avantages sociaux.

Congés pour une période continue et prolongée

Vous pouvez compléter les cases à cette fin et vous évitez d'avoir à remplir une demande de paiement hebdomadaire pendant cette période, par exemple en cas de :

- Congé de maternité

CONGÉS POUR PÉRIODE CONTINUE ET PROLONGÉE										
80	DATE DE DÉBUT			DATE DE FIN			CODE DU CONGÉ	DURÉE (JOURS)		
	ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR				
	0	3	0	5	0	2	02	0	2	0

- Vacances annuelles

CONGÉS POUR PÉRIODE CONTINUE ET PROLONGÉE										
80	DATE DE DÉBUT			DATE DE FIN			CODE DU CONGÉ	DURÉE (JOURS)		
	ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR				
	0	3	0	4	1	5	01	1	0	0

Mise en garde

Cette présentation est un bref survol de la facturation à tarif horaire et des honoraires fixes. Pour des informations complètes, consultez :

**Brochure n° 2
à l'intention des médecins omnipraticiens
(honoraires fixes, honoraires forfaitaires,
vacation)**

Questions ?

Merci

