

> Médecins omnipraticiens

## Nouvelles lettres d'entente concernant l'accès à l'offre de services en première ligne et l'interdisciplinarité

### Amendement n° 195

Pour améliorer l'accessibilité aux services médicaux de première ligne, les représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et de votre fédération ont convenu des lettres d'entente n<sup>os</sup> 368, 370, 372, 374 et 376. Ces lettres d'entente entrent en vigueur rétroactivement au **1<sup>er</sup> juin 2022**.

Les trimestres d'application de ces lettres d'entente sont les suivants :

- 1<sup>er</sup> juin au 31 août;
- 1<sup>er</sup> septembre au 30 novembre;
- 1<sup>er</sup> décembre au 28 février (ou 29 février);
- 1<sup>er</sup> mars au 31 mai.

#### SOMMAIRE

1	Lettre d'entente n° 368 visant à accroître l'accès à l'offre de services en première ligne et l'interdisciplinarité .....	2
1.1	Inscription de groupe pour les patients en attente au GAMF .....	2
1.2	Accès aux patients sans médecin de famille – GMF-AR .....	4
1.3	Accès en temps opportun pour les patients inscrits à un médecin de famille .....	5
1.4	Autres modalités .....	6
2	Lettre d'entente n° 370 .....	6
3	Lettre d'entente n° 372 .....	6
4	Lettre d'entente n° 374 .....	7
4.1	Modalités de rémunération .....	7
5	Lettre d'entente n° 376 .....	8
	Annexe 1 – Tableau des forfaits pour la mesure d'accès aux patients sans médecin de famille .....	9
	Annexe 2 – Tableau des forfaits pour la mesure d'accès en temps opportun .....	9
	Annexe 3 – Tableau des forfaits pour la mesure d'accès en sans rendez-vous populationnel .....	9

c. c. Agences de facturation commerciales

#### Courriel, site Web et fils RSS

[www.ramq.gouv.qc.ca/courriel](http://www.ramq.gouv.qc.ca/courriel)  
[www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels](http://www.ramq.gouv.qc.ca/professionnels)  
Abonnez-vous à nos fils RSS 

#### Téléphone

Québec 418 780-4208  
Montréal 514 687-3612  
Ailleurs au Québec 1 888 330-3023

#### Heures d'ouverture

Du lundi au vendredi,  
de 8 h 30 à 12 h et de 13 h à 16 h 30  
(mercredi de 10 h à 12 h et de 13 h à 16 h 30)

# 1 Lettre d'entente n° 368 visant à accroître l'accès à l'offre de services en première ligne et l'interdisciplinarité

## 1.1 Inscription de groupe pour les patients en attente au GAMF

Depuis le 1<sup>er</sup> juin 2022, les médecins exerçant dans un lieu d'inscription en première ligne peuvent, sur une base volontaire, former un groupe de médecins afin de prendre en charge un nombre de patients en attente au Guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF). Les médecins qui travaillent dans un cabinet sont réputés être un seul groupe. Lorsqu'un GMF comprend plusieurs sites, il doit y avoir un groupe par site.

On entend par *lieu d'inscription en première ligne* (ci-après « cabinet ») les lieux suivants :

- cabinet GMF;
- cabinet non GMF codifié;
- GMF-U en cabinet;
- CLSC GMF ou non;
- GMF-U en établissement.

Pour ce faire, le groupe de médecins qui exercent dans un lieu prévu doivent s'adresser à leur département régional de médecine générale (DRMG) afin de prendre entente sur le nombre de patients qui seront inscrits en groupe. À la suite de cette entente, le médecin responsable avise le Guichet d'accès pour la clientèle orpheline (GACO) afin que celui-ci attribue les patients.

Une fois les patients attribués aux médecins par le GACO, ils sont alors considérés inscrits auprès du cabinet. Ils ne sont donc plus considérés comme étant orphelins ou en attente au GAMF.

Les patients demeurent toutefois inscrits auprès du GAMF puisqu'ils pourront être pris en charge individuellement par un médecin.

Une lettre sera transmise par la RAMQ aux patients visés par l'inscription en groupe afin de les informer du groupe qui les prendra en charge. Pour prendre rendez-vous, ces patients seront dirigés auprès du [Guichet d'accès à la première ligne](#) (GAP) de leur région, qui s'occupera de fixer le rendez-vous par le biais de l'orchestrateur. Toutefois, pour un suivi convenu entre le patient et vous, la prise de rendez-vous est assurée directement par le lieu d'inscription en première ligne. Dans ce cas, la visite est comptabilisée dans votre offre de services attendue.

Vous pouvez consulter la page Web [Inscription d'un groupe de patients à un groupe de médecins](#).

### 1.1.1 Modalités générales

Lorsque vous participez à cette mesure, c'est le GACO de votre réseau local de services (RLS) qui attribue les patients en attente au GAMF. La priorité est donnée aux patients vulnérables identifiés A, B ou C.

L'objectif de cette mesure vise à inscrire collectivement 500 000 patients en attente au GAMF d'ici le 31 mars 2023. Pour plus d'informations sur les cibles collectives à atteindre, consultez le [paragraphe 1.8](#) de la présente lettre d'entente.

#### Offre aux patients

L'offre de services médicaux du groupe de médecins, mesurée par l'orchestrateur, doit être d'une plage de rendez-vous par année, par patient inscrit collectivement au cabinet.

Le patient inscrit en groupe doit bénéficier de la même offre de services que celle dont bénéficient les patients inscrits à l'un ou l'autre des médecins du cabinet.

Notez que pour le patient inscrit en groupe, vous ne pouvez pas vous prévaloir des modalités de l'[Entente particulière relative aux services de médecine de famille, de prise en charge et de suivi de la clientèle](#) (40), ni du forfait de prise en charge et de suivi de la clientèle en GMF (code de facturation **08875**) prévu à l'[Entente particulière relative à certaines conditions d'exercice et de rémunération du médecin qui exerce sa profession dans un groupe de médecine de famille \(GMF\)](#) (33).

Toutefois, le fait qu'un patient soit inscrit en groupe dans votre cabinet ne vous empêche pas de l'inscrire individuellement auprès de vous. Si vous inscrivez le patient auprès de vous, vous pouvez alors bénéficier des modalités et des conditions de rémunération liées à l'inscription individuelle d'un patient en vertu de l'EP 40 – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle, comme si le patient provenait directement du GAMF. Vous bénéficiez aussi du forfait de prise en charge et de suivi de la clientèle en GMF (code de facturation **08875**) lorsqu'applicable.

Le cabinet doit conserver les informations relatives aux consultations effectuées par chaque professionnel autre qu'un médecin avec les patients inscrits en groupe. Ces informations n'ont pas à nous être transmises.

### **1.1.2 Modalités de rémunération**

Lorsque vous vous prévaliez des modalités de la *Lettre d'entente n° 368*, votre groupe de médecins peut bénéficier d'une rémunération forfaitaire de 30 \$ par patient (code de facturation **42251**) qui s'ajoute à votre rémunération habituelle.

Le nombre de forfaits alloués correspond au nombre de patients inscrits en groupe au cabinet. Ce nombre est déterminé le jour précédent chaque trimestre d'application, à l'exception du 1<sup>er</sup> trimestre pour lequel le nombre de patients est déterminé le 30 juin 2022.

De façon exceptionnelle en raison du démarrage de la mesure, le versement des forfaits au groupe de médecins pour le 1<sup>er</sup> trimestre est lié à l'atteinte de l'offre médicale qui sera mesurée pour le 2<sup>e</sup> trimestre. Ainsi, les forfaits du 1<sup>er</sup> et du 2<sup>e</sup> trimestres seront versés simultanément. Pour bénéficier de la présente disposition, le groupe de médecins ne doit toutefois pas avoir réduit le nombre de patients inscrits en groupe au 2<sup>e</sup> trimestre.

Notez que si la prestation de services collective ne répond pas aux attentes, les forfaits de la présente lettre d'entente ne pourront être payés pour le trimestre visé.

#### **Exemple**

Trimestre du 1<sup>er</sup> décembre 2022 au 28 février 2023 :

Le 15 novembre 2022, 5 médecins d'une clinique prennent en charge 500 patients.

Le 20 novembre 2022, ces mêmes médecins prennent en charge 250 patients.

Ainsi, au 30 novembre, 750 patients sont pris en charge par ces médecins.

Par conséquent, si l'offre de services liée à l'orchestrateur est respectée pour le trimestre du 1<sup>er</sup> décembre 2022 au 28 février 2023, les 5 médecins peuvent se partager le nombre de forfaits, selon la répartition effectuée par le médecin responsable :

$$750 \text{ patients} \times 30 \$ = 22\,500 \$$$

Avant de facturer les forfaits, les médecins doivent s'assurer qu'ils respectent l'offre médicale liée aux données de l'orchestrateur en consultant le rapport transmis.

Ces mêmes médecins prennent un autre lot de 500 patients le 27 février 2023. Donc, pour le trimestre de mars à mai, il y a 1 250 patients au total, soit 37 500 \$ à partager entre les médecins.

Après le trimestre, le médecin responsable doit s'assurer du respect de l'offre de services liée à l'orchestrateur.

#### **Médecin responsable**

Un médecin responsable devra être désigné dans chacun des cabinets. Vous n'avez pas à nous transmettre le nom du médecin responsable.

En tant que médecin responsable, vous devez vous assurer du respect des seuils établis selon les données extraites de l'orchestrateur. Un rapport vous sera fourni après chaque trimestre.

Si les seuils établis sont respectés, vous devrez répartir les forfaits entre les médecins participants, selon la participation de chacun aux services rendus aux patients inscrits en groupe.

À des fins de vérifications ultérieures, vous devez conserver les informations quant à la répartition des forfaits pour chacun des trimestres.

Aucune rémunération additionnelle n'est prévue pour le médecin responsable.

### Médecin participant à la mesure

Lorsque vous participez à la mesure, vous pouvez vous prévaloir du nombre de forfaits qui vous ont été accordés par le médecin responsable.

Vous devez indiquer comme date de service le dernier jour du trimestre d'application.

De façon exceptionnelle, pour le 1<sup>er</sup> et le 2<sup>e</sup> trimestres, vous pouvez utiliser le code de facturation **42251** à partir du **30 novembre 2022**. Vous devez indiquer comme date de service le 31 août 2022 pour le 1<sup>er</sup> trimestre et le 30 novembre 2022 pour le 2<sup>e</sup> trimestre. Vous avez **90 jours** à compter du 30 novembre 2022 pour facturer les forfaits qui vous sont accordés.

Si vous atteignez la cible lors du 2<sup>e</sup> trimestre, vous êtes réputés avoir atteint la cible du 1<sup>er</sup> trimestre.

### Modalité d'exception

Si vous effectuez une visite pour un patient inscrit en groupe, vous pouvez bénéficier d'une modalité d'exception. Au lieu de la visite ponctuelle mineure et de la visite ponctuelle complexe, qui sont normalement applicables dans le cadre du sans rendez-vous, vous pouvez facturer la visite de suivi prévue pour les patients inscrits vulnérables ou non ([par. 2.2.6 A c\) 3\) du Préambule général](#)). Veuillez vous référer à l'Entente générale.

Vous devez utiliser l'élément de contexte **Patient inscrit en groupe selon la LE – Accès à l'offre de services en première ligne**.

Vous avez **90 jours** pour facturer les services rendus ou pour modifier votre facturation, s'il y a lieu.

### 1.1.3 Autres modalités

Aux fins des subventions prévues aux programmes GMF, l'inscription de groupe est considérée comme une inscription individuelle. Les visites médicales des patients inscrits en groupe sont considérées pour la mesure 8.4 du [Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille \(GMF\)](#).

Lors du départ à la retraite d'un médecin, d'une réorientation de pratique, de son déménagement ou de son décès, le médecin (ou le coordonnateur médical local) peut choisir de transférer ses patients :

- en totalité ou en partie, selon la [Lettre d'entente n° 304](#);
- en totalité ou en partie, au groupe de médecins de son lieu de pratique s'ils ont adhéré à la présente mesure. Dans ce dernier cas, les modalités de la [Lettre d'entente n° 304](#) ne s'appliquent pas aux patients inscrits en groupe;
- une partie de ses patients selon la [Lettre d'entente n° 304](#) et l'autre partie au groupe de médecins.

Un nouveau formulaire permettant le transfert de patients à un groupe de médecins sera disponible sous peu sur notre site Web. Plus de détails vous seront fournis ultérieurement.

## 1.2 Accès aux patients sans médecin de famille – GMF-AR

Cette mesure vise l'ensemble des médecins qui exercent dans les GMF-AR et qui rendent des services auprès des patients suivants, qui n'auront pas été inscrits en groupe :

- patients en attente au GAMF, qu'ils soient orphelins ou non;
- patients orphelins non inscrits au GAMF;
- patients inscrits ailleurs, dans une autre clinique ou dans un autre GMF.

Ces patients pourront être dirigés vers une offre réservée de sans rendez-vous populationnel.

La prise de rendez-vous est assurée par le GAP via l'orchestrateur ou selon le plan de contingence établi par les DRMG. Toutefois, pour un suivi convenu entre le patient et vous, la prise de rendez-vous est assurée directement par le cabinet. Dans ce cas, la visite est comptabilisée dans votre offre de services attendue.

## Offre médicale liée à l'orchestrateur

Les médecins des GMF-AR de chaque territoire doivent s'assurer de réserver à l'usage du GAP le nombre de plages de sans rendez-vous médical nécessaires aux besoins des patients sans médecin de famille. Que les plages de sans rendez-vous soient utilisées ou non, vous êtes considéré comme ayant rempli votre obligation.

### 1.2.1 Modalités de rémunération

Si vous participez à la présente mesure, vous recevrez une rémunération forfaitaire établie selon le nombre de visites effectuées trimestriellement auprès de patients orphelins ou inscrits ailleurs. Vous trouverez à l'[annexe 1](#) de la présente infolettre, le tableau détaillant les forfaits.

Les forfaits sont versés rétroactivement après chaque trimestre.

#### Exemple

Trimestre du 1<sup>er</sup> juin au 31 août 2022 :

Nombre de visites effectuées durant ce trimestre : 142 visites\*.

Montant versé par la RAMQ : 3 750 \$.

\* Notez que considérant le délai de facturation de 90 jours, l'évaluation du nombre de visites est effectuée postérieurement à ce délai.

## 1.3 Accès en temps opportun pour les patients inscrits à un médecin de famille

La mesure d'accès en temps opportun vise à permettre aux patients inscrits ayant une condition urgente ou semi-urgente d'avoir accès à son médecin de famille ou à son groupe dans un court délai.

On entend par *visite en accès en temps opportun* une visite réalisée par le médecin dont la plage de rendez-vous a été prise par le patient moins de 72 heures auparavant. Pour se prévaloir de cette modalité, le tiers de ces consultations devront être réalisées en moins de 36 heures.

Ces plages de rendez-vous sont accessibles à vos patients inscrits et pourraient être utilisées, à des fins de réorientation, par des professionnels des services d'urgence et des autres lieux de première ligne.

Pour chacun des trimestres suivants, vous devez avoir réalisé les cibles indiquées pour les visites considérées comme des visites en temps opportun :

- 1<sup>er</sup> trimestre : 10 %;
- 2<sup>e</sup> trimestre : 15 %;
- 3<sup>e</sup> trimestre : 20 %;
- 4<sup>e</sup> trimestre et trimestres suivants : 30 %.

Pour le détail des cibles associées au changement de pratique vers l'accès adapté, consultez les [paragraphe 3.4 et 3.5](#) de la *Lettre d'entente n° 368*.

Les plages que vous ou votre groupe offrez sont déployées par votre système de prise de rendez-vous sur l'orchestrateur.

Vous et votre cabinet êtes responsables d'informer vos patients des moyens permettant l'accès à ces plages de rendez-vous.

### 1.3.1 Modalités de rémunération

Lorsque vous respectez l'offre médicale liée aux données de l'orchestrateur, vous pouvez vous prévaloir d'une rémunération selon votre nombre de patients inscrits. Nous déterminons le nombre de patients inscrits le premier jour du mois précédent le trimestre d'application.

Chaque médecin doit s'assurer du respect des seuils établis selon les données extraites de l'orchestrateur. Un rapport lui sera fourni postérieurement à chacun des trimestres.

Si vous respectez les seuils établis, vous devez utiliser le code de facturation **42252** et indiquer comme date de service le dernier jour du mois du trimestre d'application.

De façon exceptionnelle, pour le 1<sup>er</sup> et le 2<sup>e</sup> trimestres, vous pouvez utiliser le code de facturation **42252** à partir du **30 novembre 2022**. Vous devez indiquer comme date de service le 31 août 2022 pour le 1<sup>er</sup> trimestre et le 30 novembre 2022 pour le 2<sup>e</sup> trimestre. Vous avez **90 jours** à compter du 30 novembre 2022 pour facturer les forfaits qui vous sont accordés.

Si vous atteignez la cible lors du 2<sup>e</sup> trimestre, vous êtes réputés avoir atteint la cible du 1<sup>er</sup> trimestre.

Dans un premier temps, le montant correspondant à l'intervalle de 100 à 249 patients vous sera accordé, soit 250 \$. À la suite de la modification de nos systèmes, nous procéderons à une réévaluation de la facturation et nous ajusterons le montant selon le nombre de patients inscrits. Ainsi, un délai additionnel de quelques semaines est à prévoir pour le paiement total de la présente mesure.

À des fins de vérifications ultérieures, vous devez conserver les informations relatives à l'atteinte des seuils établis.

Vous trouverez à l'[annexe 2](#) de la présente infolettre, le tableau détaillant les forfaits.

#### Exemple

Trimestre du 1<sup>er</sup> décembre 2022 au 28 février 2023 :

Nombre de patients inscrits au 1<sup>er</sup> novembre 2022 : 1 100.

Lorsque vous recevez le rapport concernant les données de l'orchestrateur, vous constatez que vous respectez les seuils établis.

Vous pouvez donc utiliser, en date du 28 février 2023, le code de facturation **42252**.

Montant versé par la RAMQ après réévaluation : 3 750 \$.

## 1.4 Autres modalités

Si vous participez à l'une ou l'autre des mesures indiquées dans les sections 1.1 à 1.3 de la présente infolettre, les répercussions financières qui découlent du taux d'assiduité du [paragraphe 15.06](#) de l'EP 40 – Médecine de famille, prise en charge et suivi de la clientèle sont suspendues. Nous considérons que vous participez à l'une des mesures lorsque vous vous prévaluez des forfaits indiqués aux sections 1.1 et 1.3 de la présente infolettre ou que nous vous versons le forfait indiqué à la section 1.2. Les incidences sur le supplément au volume de patients inscrits vous seront présentées dans une prochaine infolettre.

La rémunération forfaitaire est sujette à l'application des annexes XII et XII-A sur la rémunération différente. De plus, elle est exclue du calcul du revenu brut trimestriel.

## 2 Lettre d'entente n° 370

La [Lettre d'entente n° 370](#) relative au versement de montants forfaitaires au médecin qui exerce en deuxième ligne (centres hospitaliers, centres de détention, santé publique) entre en vigueur le **1<sup>er</sup> juin 2022 et se termine au plus tard le 31 mai 2024**.

Pour la période entre le 1<sup>er</sup> juin 2022 et le 31 mai 2024, un montant forfaitaire est versé trimestriellement pour les services rendus en établissement. Pour les services exclus, consultez la présente lettre d'entente.

Les montants forfaitaires seront versés trimestriellement, dont le premier versement sera vers le 30 novembre 2022 pour la période du 1<sup>er</sup> juin 2022 au 31 août 2022.

Ces montants forfaitaires sont exclus du calcul du revenu brut trimestriel.

## 3 Lettre d'entente n° 372

La [Lettre d'entente n° 372](#) relative au versement de montants forfaitaires au médecin qui exerce en première ligne dans des territoires insuffisamment pourvus de professionnels de la santé entre en vigueur le **1<sup>er</sup> juin 2022 et se termine au plus tard le 31 mai 2024**.

Pour la période entre le 1<sup>er</sup> juin 2022 et le 31 mai 2024, un montant forfaitaire est versé trimestriellement pour les services rendus en première ligne dans des territoires insuffisamment pourvus de professionnels de la santé selon l'Annexe XII. Pour les services exclus, consultez la présente lettre d'entente. Ce forfait permet de combler la différence entre le montant que vous avez reçu, majoré selon le taux applicable en cabinet, et le montant que vous auriez reçu selon la majoration applicable en établissement.

Le premier montant forfaitaire sera versé vers le 30 novembre 2022 pour la période du 1<sup>er</sup> juin 2022 au 31 août 2022. Ce montant forfaitaire est exclu du calcul du revenu brut trimestriel.

## 4 Lettre d'entente n° 374

La [Lettre d'entente n° 374](#) vise à accroître l'accès en sans rendez-vous populationnel dans les milieux non GMF.

Les patients en attente au GAMF et les patients orphelins non inscrits au GAMF peuvent être dirigés vers des cabinets codifiés ou des CLSC non GMF, qui ont une offre réservée de sans rendez-vous populationnel.

Les médecins du cabinet ou du CLSC doivent convenir avec leur DRMG du nombre de plages offertes au sans rendez-vous populationnel pour chaque trimestre d'application.

Pour prendre rendez-vous, les patients en attente au GAMF seront dirigés auprès du GAP de leur région, qui s'occupera de fixer le rendez-vous par le biais de l'orchestrateur. Quant aux patients sans médecin de famille non inscrits au GAMF, ils seront dirigés vers le sans rendez-vous populationnel, selon les mécanismes habituels. Toutefois, pour un suivi convenu entre le patient et vous, la prise de rendez-vous est assurée directement par le cabinet ou le CLSC non GMF. Dans ce cas, la visite est comptabilisée dans votre offre de services attendue.

### 4.1 Modalités de rémunération

Un montant forfaitaire est accordé selon le nombre de plages offertes trimestriellement par l'ensemble des médecins participants (codes de facturation **42253** à **42264**). Vous trouverez à l'[annexe 3](#) de la présente infolettre, le tableau détaillant les forfaits.

À la suite de la réception d'un rapport trimestriel concernant les données de l'orchestrateur, si l'atteinte de l'offre médicale est respectée, le médecin responsable répartit le montant du forfait trimestriel entre les médecins selon l'importance de l'offre de chacun.

Chaque médecin peut alors facturer le forfait selon la répartition effectuée par le médecin responsable et indiquer comme date de service le dernier jour du trimestre d'application.

Malgré le fait qu'il est indiqué *Nombre de forfaits* sur la ligne de facture des services médicaux, lors de votre facturation vous devez indiquer le **montant accordé par le médecin responsable. Ce montant doit être entier, sans décimale.**

#### Exemple

Trimestre du 1<sup>er</sup> juin au 31 août 2022 :

Durant ce trimestre, 2 médecins participent à la présente mesure. Ils offrent 650 plages. À la suite de la réception du rapport, le médecin responsable divise le montant de 10 553 \$ entre les 2 médecins.

Les 2 médecins ont offert la même offre de service. Ainsi, l'un peut utiliser le code de facturation **42255** pour un montant de 5276 \$ et le second peut utiliser le code de facturation **42255** pour un montant de 5277 \$.

Vous pouvez facturer les forfaits de la présente mesure à compter du **31 août 2022**.

## 5 Lettre d'entente n° 376

La [Lettre d'entente n° 376](#) relative au versement de montants forfaitaires au médecin qui exerce auprès de clientèles spécifiques entre en vigueur le **1<sup>er</sup> juin 2022**.

Pour la période entre le 1<sup>er</sup> juin 2022 et le 31 mai 2024, un montant forfaitaire est versé trimestriellement pour les services rendus en première ligne dans les secteurs suivants :

- enseignement;
- gériatrie ambulatoire;
- itinérance;
- interruption volontaire de grossesse;
- musculosquelettique;
- santé mentale;
- pédiatrie sociale;
- réfugiés;
- soins à domicile;
- suivi de grossesse;
- soins palliatifs;
- toxicomanie.

Les montants forfaitaires seront versés trimestriellement. Le premier versement sera vers le 30 novembre 2022 pour la période du 1<sup>er</sup> juin 2022 au 31 août 2022.

Ces montants forfaitaires sont exclus du calcul du revenu brut trimestriel.

### Annexe 1 – Tableau des forfaits pour la mesure d'accès aux patients sans médecin de famille

Nombre de visites de patients inscrits ailleurs ou orphelins	Forfait trimestriel par médecin (\$)
25 à 62	625
63 à 124	1 250
125 à 187	3 750
188 à 249	6 250
250 à 312	8 750
313 à 374	11 250
375 et plus	13 750

### Annexe 2 – Tableau des forfaits pour la mesure d'accès en temps opportun

Nombre de patients inscrits	Forfait trimestriel par médecin (\$)
100 à 249	250
250 à 499	625
500 à 749	1 250
750 à 999	2 500
1000 à 1249	3 750
1250 à 1499	5 000
1500 à 1749	6 250
1750 à 1999	7 500
2000 et plus	8 750

### Annexe 3 – Tableau des forfaits pour la mesure d'accès en sans rendez-vous populationnel

Code de facturation	Nombre de plages offertes aux patients sans médecin de famille	Forfait trimestriel du groupe (\$)
42253	300 à 449	5 277
42254	450 à 599	7 915
42255	600 à 749	10 553
42256	750 à 899	13 191
42257	900 à 1049	15 829
42258	1050 à 1199	18 467
42259	1200 à 1349	21 106
42260	1350 à 1499	23 744
42261	1500 à 1649	26 382
42262	1650 à 1799	29 020
42263	1800 à 1949	31 658
42264	1950 et plus	34 297