



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

FORFAIT STRUCTURE INDICATEURS DÉCLARATIFS pour l'année 2021



DU 1^{ER} DÉCEMBRE 2021 AU 31 JANVIER 2022 INCLUS :


POUR LES INDICATEURS DÉCLARATIFS RELATIFS AUX VOLETS 1 ET 2 DU FORFAIT STRUCTURE :

- **Déclarez vos indicateurs** : vos 3 indicateurs du volet 1 et vos 7 indicateurs du volet 2 du forfait structure en vous connectant sur amelipro dans la rubrique « Ma convention » accessible via l'onglet « Indicateurs Convention médicale (ROSP) » de la rubrique « Activités » ou au moyen de ce formulaire.
- **Envoyez le formulaire complété**, par email via la fonctionnalité sur amelipro à l'adresse suivante « Conventionmed.cpam-belfort@assurance-maladie.fr » ou par courrier à votre CPAM, après l'avoir identifié à l'aide de votre cachet professionnel et de votre signature.



ENTRE VOUS ET NOUS

**Tout savoir
sur le Forfait structure**

Scannez
le QR Code. 





DOCTEUR (NOM, PRÉNOM)

N°ASSURANCE MALADIE

VOLET 1 – VALORISER L'INVESTISSEMENT DANS LES OUTILS

INDICATEUR	Logiciel métier	LAP	DMP
Utilisation d'un logiciel métier avec LAP certifié et compatible DMP.	Nom logiciel :	Nom logiciel :	<input type="checkbox"/> DMP intégré Nom logiciel :
	Version logiciel :	Version logiciel :	Version logiciel :
	Nom éditeur :	Nom éditeur :	Nom éditeur : <input type="checkbox"/> Connecteur DMP Nom du connecteur : <input type="checkbox"/> Pack SRI

Utilisation d'une messagerie sécurisée de santé	<input type="checkbox"/> Messagerie sécurisée de santé – MSS <input type="checkbox"/> Boîte organisationnelle collective	<input type="checkbox"/> Apicrypt v2 <input type="checkbox"/> Autre
Affichage des horaires du cabinet dans annuaire santé	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

VOLET 2 – VALORISER LA DÉMARCHÉ D'APPUI À LA PRIS EN CHARGE DES PATIENTS

INDICATEUR		
Capacité à coder des données médicales	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Implication dans des démarches de prise en charge coordonnée	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Services offerts aux patients	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Encadrement d'étudiants en médecine	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Équipement pour vidéotransmission sécurisée (solution payante uniquement)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Équipements médicaux connectés (selon liste)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Soins non programmés régulés	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

J'atteste avoir satisfait aux conditions des indicateurs déclarés ci-dessus pour le forfait structure et m'engage à tenir à disposition de l'Assurance maladie tout document justifiant de leur atteinte.

VOTRE SIGNATURE

VOTRE CACHET