

CNAM

GUIDE METHODOLOGIQUE

FORFAIT STRUCTURE 2021

CONVENTION MEDICALE du 25 août 2016

REFERENCE : ARTICLE 20 ET ANNEXE 12 DE LA CONVENTION MEDICALE
DU 25 AOUT 2016

Sommaire

Présentation du forfait structure	3
I. Volet 1 - Valoriser l'investissement dans les outils	4
II. Volet 2 - Valoriser la démarche d'appui à la prise en charge des patients	16
III. Modalités de déclaration des indicateurs déclaratifs par les médecins.....	23
IV. Calcul de la rémunération.....	25
V. Vérifications.....	25

Présentation du forfait structure

Le forfait structure défini à l'article 20 de la convention médicale vise à accompagner les médecins qui souhaitent investir dans la mise en place d'outils et d'organisations nouvelles facilitant leur pratique, la gestion de leur cabinet au quotidien et développer des démarches d'appui et de services offerts aux patients.

L'objectif de ce forfait est de permettre aux médecins de se libérer d'une partie de leurs tâches administratives pour se consacrer davantage aux soins et à la pratique médicale.

Tous les médecins libéraux exerçant dans le champ conventionnel sont éligibles à cette rémunération forfaitaire, sans distinction de secteur d'exercice. Les médecins conventionnés n'ont pas la possibilité de renoncer à ce forfait.

Ce forfait structure comprend 2 volets d'indicateurs :

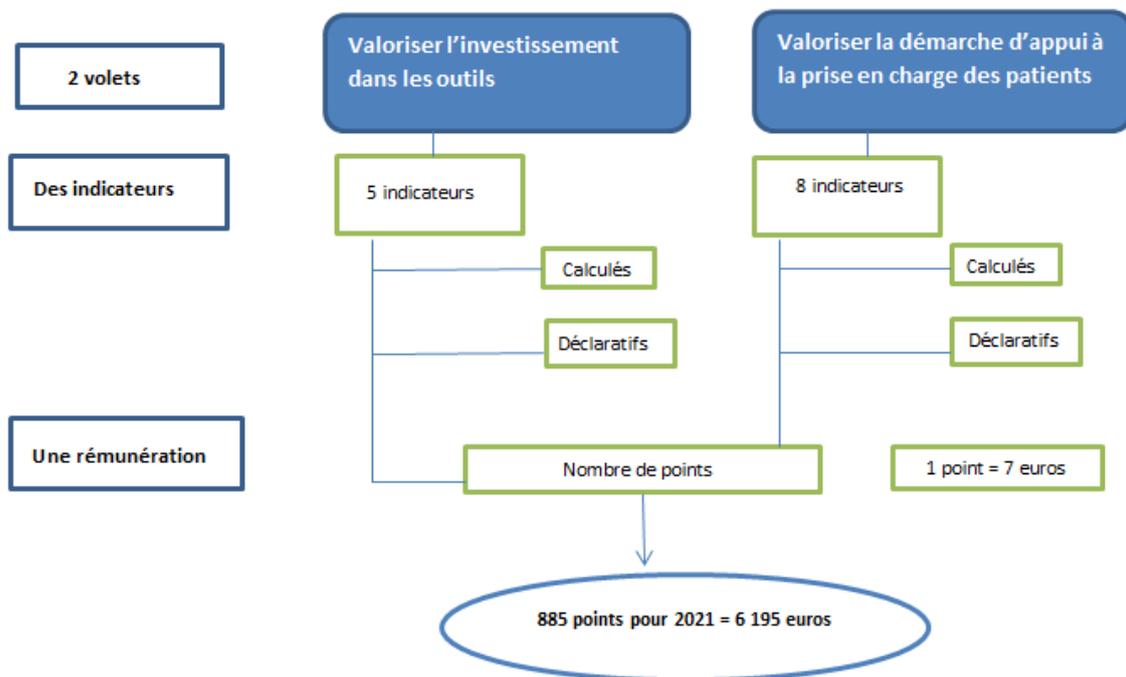
Le premier volet – volet 1 ou volet « prérequis » - est constitué de 5 indicateurs, qui doivent être atteints pour bénéficier de la rémunération correspondante et pour accéder à la rémunération liée aux indicateurs du second volet du forfait.

Le second volet est constitué d'indicateurs optionnels et indépendants les uns des autres. Il vise à développer les démarches d'appui au patient dans le parcours de soins au sein des cabinets médicaux ou en recourant à des services extérieurs.

A la suite de la signature de l'avenant 6 à la convention médicale de 2016, deux indicateurs en faveur du déploiement de la télémédecine ont été introduits au volet 2 à compter de l'année 2019.

En 2020, un nouvel indicateur déclaratif portant sur la valorisation de la participation à la prise en charge des soins non programmés dans le cadre d'une organisation territoriale régulée a été introduit.

Ce forfait structure consiste en une rémunération forfaitaire annuelle calculée sur la base d'un système de points, dont l'enveloppe évolue dans le temps : pour une réalisation à 100%, la rémunération est de 885 points pour 2021. La valeur du point est fixée à 7 euros.



I. Volet 1 - Valoriser l'investissement dans les outils

Le volet 1 du forfait structure est dédié à l'accompagnement des médecins qui souhaitent investir dans l'équipement du cabinet. Il est affecté de 280 points pour 2021.

Les indicateurs de ce volet sont des prérequis qui doivent être tous atteints pour permettre de percevoir la rémunération correspondante et déclencher la rémunération au titre des indicateurs du volet 2.



Champs	Indicateurs	Nombre de points en 2021	Equivalent en €	Type d'indicateur	Justificatif
Volet 1 PRE-REQUIS (tous ces indicateurs doivent être atteints pour permettre une rémunération et déclencher celle du volet 2)	Indicateur 1 : Disposer d'un logiciel métier avec LAP certifié par la HAS, compatible DMP	280	1960 €	Déclaratif avec pré-alimentation	Facture/ attestation de l'éditeur
	Indicateur 2 : Utiliser une messagerie sécurisée de santé			Déclaratif avec pré-alimentation	Pré-alimentation ou attestation sur l'honneur
	Indicateur 3 : Disposer d'une Version du cahier des charges SESAM - Vitale intégrant les avenants publiés sur le site du GIE SESAM-Vitale au 31/12 de l'année N-1 par rapport à l'année de référence pour le calcul de la rémunération			Automatisé	Pas de justificatif demandé
	Indicateur 4 : Taux de télétransmission supérieur ou égal à 2/3 de l'ensemble des feuilles de soins émises			Automatisé	Pas de justificatif demandé
	Indicateur 5 : Affichage sur le site Annuaire Santé des horaires d'ouverture du cabinet			Déclaratif avec pré-alimentation	Pas de justificatif demandé
TOTAL		280 points	1960 €		



1. Disposer d'un logiciel métier avec logiciel d'aide à la prescription (LAP) certifié par la HAS, compatible DMP

a. Description de l'indicateur :

Les médecins doivent disposer d'un logiciel métier avec LAP certifié HAS, compatible avec le Dossier Médical Partagé (DMP) pour faciliter le suivi des patients et leur prise en charge coordonnée entre professionnels.

Pour l'année 2021, pour atteindre cet indicateur le médecin doit au 31 décembre 2021 disposer d'un équipement comprenant les trois éléments suivants :

- un logiciel métier,
- un logiciel d'aide à la prescription (LAP) certifié par la HAS. L'obligation de disposer d'un LAP conforme au référentiel de certification HAS en vigueur est reconduite. Toutefois, à titre dérogatoire et pour une période transitoire allant jusqu'au 31 décembre 2021, l'indicateur est considéré comme validé :
 - o si le LAP dont dispose le médecin est certifié HAS sur la base d'un référentiel fonctionnel de certification des logiciels d'aide à la prescription de médecine ambulatoire publié antérieurement à avril 2021 (référentiels antérieurement en vigueur) ou si le LAP a obtenu une certification provisoire de la HAS au cours de l'année 2021 et que l'éditeur a initié une démarche de certification sur la base du référentiel HAS en vigueur et ce, avant le 31 décembre 2021 ;
- un logiciel compatible avec l'usage du DMP.

b. Modalités de déclaration par le médecin

Cet indicateur est déclaratif. Toutefois, pour faciliter les déclarations des médecins il est prévu de pré-remplir directement cet indicateur à partir des systèmes d'information de l'assurance maladie :

- les données déclarées antérieurement par les médecins au titre des indicateurs de 2020 seront reprises automatiquement par l'assurance maladie pour l'année 2021.

En l'absence de modification intervenue dans l'équipement, ces informations seront retenues pour la validation de l'atteinte des résultats sur le forfait structure.

- en l'absence de donnée pour l'année précédente sur cet indicateur, le médecin devra impérativement déclarer sur amelipro, pendant la campagne de saisie des indicateurs déclaratifs du forfait structure, les différents éléments qui composent son équipement, à partir des éléments proposés dans les listes déroulantes disponibles dans la rubrique permettant la saisie de ces indicateurs.



- Dérogation à l'exigence de disposer d'un LAP certifié par la HAS

Le LAP certifié n'est pas exigé pour les médecins exerçant une spécialité ne disposant pas d'une telle offre de logiciel.

Pour 2021, la liste des spécialités exonérées de l'exigence de LAP est identique à celle retenue les années précédentes et présentée en annexe 1.

Ces médecins bénéficiant d'une dérogation sur cette partie de l'indicateur ne font l'objet d'aucune pénalisation pour la validation du sous-indicateur portant sur le LAP, en sachant que ceux-ci doivent répondre, en tout état de cause, aux autres exigences de l'indicateur telles que celles portant sur le logiciel métier et la compatibilité avec le DMP, pour valider l'intégralité de l'indicateur.

c. Justificatifs requis

- Si le médecin a bénéficié du pré-remplissage de son indicateur à partir des systèmes d'information de l'Assurance maladie (données issues du système d'information du DMP), aucun justificatif complémentaire ne doit être produit par le médecin lors de la phase annuelle de saisie des indicateurs déclaratifs du forfait structure.

Le médecin devra simplement vérifier les informations pré-remplies dans l'espace dédié d'amelipro au moment de la saisie des indicateurs et procéder, le cas échéant, aux corrections nécessaires et à la fourniture de pièces justificatives permettant de prendre en compte les modifications apportées.

- En l'absence de pré-alimentation de l'indicateur à partir des systèmes d'information de l'Assurance maladie, et après avoir procédé à sa déclaration manuelle via amelipro des informations relatives à son équipement informatique, le médecin transmet obligatoirement à sa caisse de rattachement, les pièces justifiant de l'acquisition de l'équipement déclaré sur le logiciel métier, du LAP et de la compatibilité de son logiciel avec le DMP.
 - o Les justificatifs présentés par le médecin doivent permettre d'identifier : l'éditeur du logiciel, le nom du logiciel, la date de son acquisition et de sa certification par la HAS (y compris certification provisoire au cours de l'année 2021). Pour le cas où le LAP n'est pas certifié sur la base du dernier référentiel en vigueur ou si le LAP a obtenu uniquement une certification provisoire au cours de l'année 2021, un justificatif doit être produit attestant que l'éditeur de logiciel a initié une démarche de certification sur la base du référentiel HAS en vigueur et ce, avant le 31 décembre 2021.

Les justificatifs d'achat (factures ou bons de commande émis) ou attestation de l'éditeur sont recevables (Voir Annexe 2 pour un modèle d'attestation éditeur).

Concernant la compatibilité avec le DMP, le justificatif devra :

- indiquer la mention DMP Compatible ;
- indiquer le cas échéant, la mention du recours à un autre éditeur pour assurer cette compatibilité (ex connecteur) ;



- préciser si le praticien a souscrit à un pack complémentaire spécifique.

A noter que les éditeurs de logiciels ont été informés et doivent transmettre aux médecins équipés les informations permettant de déclarer la compatibilité de leur logiciel à l'usage du DMP.

En cas de déclaration manuelle effectuée par le médecin sur amelipro, l'indicateur n'est validé in fine que sous réserve de la transmission effective des justificatifs par le médecin à sa caisse de rattachement.

- d. Fréquence de la fourniture des justificatifs aux caisses par les médecins

Des justificatifs sont requis dans les cas suivants :

- **Première année de saisie des indicateurs par le médecin**
- **Changement d'éditeur de logiciel (envoi de nouveaux justificatifs)**

En cas de changement d'éditeur, le médecin devra fournir de nouveaux justificatifs. En l'absence de ces justificatifs l'indicateur ne sera pas validé.

Si le professionnel a déjà fourni des justificatifs permettant de justifier de la validation de l'indicateur, ces documents sont valables pour toute la durée de la convention. Il n'est pas nécessaire de les renvoyer chaque année.

Dans ce cas, sur amelipro la mention « *pièce justificative validée par la CPAM* » s'affiche sous l'indicateur.

2. Utiliser une messagerie sécurisée de santé

- a. Description de l'indicateur

Le médecin doit utiliser une messagerie sécurisée de santé qui réponde aux exigences de l'espace de confiance MSSanté. Ces messageries permettent aux professionnels de santé d'échanger entre eux par mail, rapidement et en toute sécurité, des données personnelles de santé de leurs patients, dans le respect de la réglementation en vigueur.

Pour bénéficier de cet indicateur le médecin doit disposer au 31/12/2021 d'une Boite aux lettres (BAL) électronique proposée par l'un des opérateurs de messageries sécurisées de santé de l'Espace de confiance MSSanté. Cette boîte aux lettres peut être :

- Soit personnelle, c'est-à-dire attribué à un seul médecin,
- Soit organisationnelle, c'est-à-dire qu'elle peut être partagée entre plusieurs utilisateurs habilités.

- b. Justificatifs requis

L'existence d'une messagerie sécurisée de santé durant l'année est tracée à travers les données issues de l'annuaire national MSSanté permettant le pré remplissage automatique de l'indicateur.



A noter que depuis 2019, les médecins équipés de BAL Apicrypt V2 qui ont coché l'option « interopérable avec l'Espace de confiance » sont directement inscrits dans l'annuaire MSSanté et leur indicateur est validé (cf ci-dessous).

En revanche, les médecins pour lesquels aucune utilisation de messagerie de santé n'a été détectée durant l'année de référence (et par conséquent ne bénéficiant d'aucun pré-remplissage automatique de l'indicateur déclaratif) mais qui disposent d'une messagerie sécurisée de santé, doivent la déclarer sur amelipro, pendant la campagne de saisie des indicateurs déclaratifs du forfait structure.

Pour simplifier la procédure de récupération des justificatifs, le médecin doit dans ce cas attester sur l'honneur disposer d'une messagerie sécurisée de santé en cochant la case correspondante sur l'écran de saisie sur amelipro.

Le médecin s'engage également à tenir à disposition de l'Assurance maladie les justificatifs correspondants à présenter en cas de contrôles a posteriori.

1 Logiciel métier avec LAP certifié DMP compatible En savoir +

Disposer d'un logiciel métier avec logiciel d'aide à la prescription (LAP) certifié par la HAS et compatible Dossier Médical Partagé (DMP)

Merci de renseigner vos logiciels en cliquant sur **RENSEIGNER**

N.B. : il peut s'agir du même logiciel pour les trois indicateurs.

Votre logiciel métier :
123SANTE - 7.42 - COMPUGROUP MEDICAL SOLUTIONS **RENSEIGNER**

Votre logiciel d'aide à la prescription :
ACTEUR.FR - 2.0 - AATLANTIDE **RENSEIGNER**

Votre logiciel :
SHAMAN - 0.5.18.09 - OUVREZ LA BOITE **RENSEIGNER**

✓ Pièce justificative validée par la CPAM

2 Type de messagerie sécurisée de santé En savoir +

Disposer d'une messagerie sécurisée de santé **Boîte organisationnelle MSSanté**

3 Affichage des horaires sur annuaire santé En savoir +

Affichage des horaires d'ouverture du cabinet dans annuaire de santé OUI NON

Comment faire ?

Je déclare avoir satisfait à l'ensemble des conditions conventionnelles pour percevoir le Forfait Structure et m'engage à tenir à disposition de l'Assurance Maladie tout document permettant de l'attester.

J'accepte les conditions de la transmission et j'ai pris connaissance des textes applicables.

TRANSMETTRE



c. Cas particuliers :

- Pour les utilisateurs de boîtes organisationnelles

Les boîtes aux lettres organisationnelles présentes dans l'annuaire national MSSanté ne permettent pas d'identifier tous les professionnels utilisateurs de cette messagerie partagée. Par conséquent, aucun pré-remplissage automatique de l'indicateur ne sera possible pour les utilisateurs de ces messageries organisationnelles.

Aussi pour l'année 2021, les médecins qui ont recours à ce type de messagerie, doivent en faire la déclaration sur amelipro et l'attester sur l'honneur en cochant la case correspondante sur l'écran de saisie sur amelipro selon la modalité ci-dessus.

- Pour les utilisateurs d'Apicrypt

Pour 2021:

ZOOM :

A compter de 2021, pour les utilisateurs d'Apicrypt seules les messageries APICRYPT VERSION 2 ouvertes avec l'option « interopérabilité avec l'Espace de Confiance MSSanté » et inscrites dans l'annuaire MSSanté permettront de valider l'indicateur du volet 1 du forfait structure.

La version 2 dite « non-interopérable » (case « Interopérabilité avec l'Espace de Confiance » MSSanté non cochée) ainsi que la version 1 d'Apicrypt ne seront plus prises en compte.

A noter que c'est le médecin qui lors de l'installation de la version 2 d'Apicrypt, doit cocher la case « interopérabilité avec l'Espace de Confiance » pour être intégré dans l'annuaire.

3. Disposer d'une version du cahier des charges SESAM -Vitale intégrant les avenants publiés sur le site du GIE SESAM-Vitale au 31/12 de l'année N-1 par rapport à l'année de référence pour le calcul de la rémunération

a. Description de l'indicateur

Le médecin doit disposer au 31/12/2021 d'un équipement permettant la télétransmission des feuilles de soins conforme à la dernière version du cahier des charges publié par le GIE SESAM-Vitale intégrant les avenants publiés au 31 décembre de l'année N-1.

L'objectif de cet indicateur est que le médecin dispose d'un outil de facturation comportant les fonctionnalités les plus à jour et notamment celles qui fiabilisent la facturation et simplifient ses échanges avec l'assurance maladie.



Pour l'année 2021, les médecins doivent être équipés :

- **De la version du cahier des charges SESAM-Vitale 1.40 addendum 6 PC /SC ou supérieure**

ET

- **des avenants au cahier des charges suivants:**
 - o **L'avenant Tiers Payant ALD-MATERNITE (pour être agréé sur cet avenant, le logiciel devant avoir obtenu précédemment celui de l'avenant TPI ACS), des avenants de la Convention Médicale 2016 et de l'avenant 18 Télémedecine.**

Pour valider l'indicateur, les médecins doivent ainsi être à la fois équipés de la version du cahier des charges 1.40 add6 PC/SC mais également d'une version équipée des avenants TP ALD-Maternité, Convention Médicale (avenants 12 et 13) et Télémedecine (avenant 18), et avoir procédé à une facturation conforme au plus tard le 31/12/2021.

b. Justificatifs requis

Cet indicateur est automatiquement mesuré par l'assurance maladie à partir des flux de facturation émis par le professionnel **au plus tard au 31/12/2021**. Aucune transmission de justificatif n'est par conséquent requise.

Perspectives 2022 :

Aujourd'hui le parc informatique est très hétérogène et présente un retard de mise à jour important qui est un frein pour la prise en compte optimale des évolutions réglementaires et conventionnelles mais aussi dans l'usage des services de l'assurance maladie.

Cette obsolescence favorise des dysfonctionnements pouvant altérer la sécurité du poste, du lecteur et l'usage des nouvelles CPS 3.3 IGC SANTE*. L'une des actions engagées pour lutter contre cette obsolescence et ses effets est de ne plus assurer le support technique pour les versions addenda 2bis et 3 et à partir de fin 2021, pour les versions addenda 4 et 6.

Afin d'être au rendez-vous des ambitions du Ségur de la santé concernant le Numérique en santé, l'évolution vers la version logiciel Addendum 8 ApCV ou Addendum 7 ApCV (pré-requis pour être référencé Ségur) sera requise pour 2022.

* IGC SANTE : L'agence du numérique en santé met en place une nouvelle infrastructure de gestion de clés, appelée **IGC-Santé**, dont la finalité est la sécurisation de l'échange et du partage de données de santé



4. Taux de télétransmission \geq à 2/3

a. Description de l'indicateur

Le médecin doit atteindre un taux de télétransmission en feuilles de soins électroniques SESAM-Vitale (FSE avec carte Vitale ou FSE SESAM sans Vitale définies par l'article R 161-43-1 du code de la sécurité sociale) supérieur ou égal à 2/3 de l'ensemble des feuilles de soins émises par le médecin sur l'année 2021.

Pour le calcul du taux de télétransmission et conformément à l'article 1.4 de l'annexe 12 de la convention médicale signée le 25 août 2016, sont exclus du champ les actes facturés pour :

- les bénéficiaires de l'aide médicale d'État, et l'ensemble des bénéficiaires avec un NIR provisoire pour immatriculation temporaire,
- les nourrissons de moins de trois mois,
- les bénéficiaires résidant en EHPAD lors de l'exécution de l'acte (lorsque ce dernier est transmis hors mode sécurisé SESAM-Vitale ou SESAM sans Vitale),
- les actes de téléconsultation et téléexpertise, lorsque ce dernier est transmis hors mode SESAM sans Vitale (dégradé, papier)
- les actes facturés via la facturation électronique des établissements de santé sur bordereau CERFA S3404.

La date servant au calcul du ratio est individualisée uniquement pour les professionnels de santé qui démarrent leur activité de télétransmission SESAM-Vitale pendant la période d'exercice observée.

Ainsi :

- Si le professionnel a télétransmis l'année qui précède l'année de référence, la période prise en compte dans le calcul est du 1^{er} janvier au 31 décembre de l'année de référence.
- Si le professionnel n'a pas télétransmis l'année qui précède l'année de référence, la période sur laquelle est calculé le taux de FSE débute le 1^{er} jour du mois civil suivant la date de la première FSE (exemple : 1^{ère} FSE effectuée au cours du mois de mai, le calcul du taux de télétransmission débute le 1^{er} juin).

Cas particulier d'un début d'exercice en décembre de l'année de référence :

Dans le cas d'un début d'exercice sur le mois de décembre de l'année de référence, la date individualisée sera égale au mois de décembre de l'année de référence.

Ainsi, les professionnels de santé démarrant une activité en décembre de l'année de référence seront pris en compte dans le calcul du taux de FSE.

Le calcul de l'indicateur effectué à partir du SNIIRAM repose sur :

- Le nombre de FSE correspond au dénombrement d'actes transmis en mode sécurisé Vitale et SESAM sans Vitale par le médecin au cours de l'année de



référence, quel que soit le régime et sur l'ensemble des situations d'exercice du médecin.

- Le nombre total de factures réalisées correspond au dénombrement d'actes, au format électronique et papier, transmis par le médecin, quel que soit le régime et sur l'ensemble des situations d'exercice du médecin.

Calcul du ratio : $\frac{\text{Nombre d'actes en FSE}}{\text{Total actes tous régimes}} \geq 2/3$

Le médecin est donc réputé remplir cette condition dès lors que le nombre d'actes transmis en mode sécurisé Vitale et SESAM sans Vitale rapporté au nombre total d'actes réalisés est $\geq 2/3$.

b. Justificatifs requis

Cet indicateur est calculé automatiquement par l'assurance maladie et ne nécessite aucun justificatif.

5. Affichage des horaires d'ouverture du cabinet dans annuaire santé

a. Description de l'indicateur

La validation de cet indicateur est conditionnée à la déclaration effective de l'affichage sur Annuaire Santé des horaires de consultations du cabinet. Cette information permet d'apporter aux patients des précisions notamment sur les modalités de consultation avec ou sans rendez-vous.

b. Modalités de déclaration

Trois possibilités pour déclarer ses horaires :

- renseigner les horaires **au plus tard le 31/12/2021** à partir d'ameli pro dans la rubrique *Activités>Pratiques>Horaires de cabinet* afin qu'ils soient accessibles aux patients sur annuaire santé,
- cocher l'item « les horaires d'ouverture du cabinet sont affichés » directement dans la saisie des indicateurs du forfait structure volet 1, accessible à partir de la rubrique *Activités>Convention ROSP>* en période de saisie,
- demander à sa caisse de saisir cet indicateur dans le Back Office **au plus tard le 31/01/2022**.

The screenshot shows the 'ameli pro' website interface. The 'Activités' menu is expanded, showing several options. 'Saisie des horaires de cabinet' is circled in green, and a green arrow points to it from the text above. Other menu items include 'Convention - ROSP', 'Relève d'activité et de prescriptions', 'Patientèle médecin traitant', 'Déclaration de gardes et astreintes', 'Compensation perte d'activité', and 'Contact COVID'. The 'Services patient' section is also visible, along with 'Identification Patient' and 'Tchat'. The bottom of the page shows navigation links for 'Commandes', 'Gestion du compte', 'Liens utiles', and 'Contacts'.



Champs	Indicateurs	Nombre de points en 2021	Equivalent en €	Type d'indicateur	Justificatifs
Volet 2 (rémunération uniquement si les indicateurs du volet 1 sont atteints ; chaque indicateur du volet 2 est indépendant des autres)	Indicateur 1 : Dématérialisation des téléservices	90	630€	Automatisé	
	Indicateur 2 : Capacité à coder les données médicales	50	350€	Déclaratif	Attestation sur l'honneur
	Indicateur 3 : Implication dans les démarches de prise en charge coordonnées de patients	120	840€	Déclaratif	Attestation sur l'honneur
	Indicateur 4 : Amélioration du service offert aux patients	70	490€	Déclaratif	Attestation sur l'honneur
	Indicateur 5 : Valorisation de la fonction de maitre de stage	50	350€	Déclaratif	Attestation sur l'honneur
	Indicateur 6 : valoriser le recours à la télémédecine – aide à l'équipement pour vidéo-transmission sécurisée.	50	350€	Déclaratif	Attestation sur l'honneur
	Indicateur 7 : valoriser le recours à la télémédecine – aide à l'équipement en équipements médicaux connectés	25	175€	Déclaratif	Attestation sur l'honneur
	Indicateur 8 : valoriser la prise en charge des soins non programmés dans le cadre d'une organisation territoriale régulée	150	1050 €	Déclaratif	Attestation sur l'honneur
TOTAL		605 points	4 235€		



II. Volet 2 - Valoriser la démarche d'appui à la prise en charge des patients

Ce deuxième volet du forfait structure valorise les démarches d'appui à la prise en charge des patients dans le parcours de soins au sein des cabinets médicaux ou en recourant à des services extérieurs. Ce volet est affecté de 605 points pour 2021 répartis entre les indicateurs qui le composent.

Chaque indicateur est mesuré indépendamment des autres. **Le déclenchement de la rémunération de ce deuxième volet est conditionné par l'atteinte de l'intégralité des indicateurs du premier volet.**

1. 1^{er} indicateur : Taux de dématérialisation à atteindre sur un bouquet de téléservices

a. Description de l'indicateur

Pour bénéficier de la rémunération au titre de cet indicateur, le médecin doit atteindre au 31/12/2021 un taux de dématérialisation pour chacun des téléservices suivants :

- la déclaration médecin traitant dématérialisée (DCMT),
- le protocole de soins électronique (PSE),
- la prescription d'arrêt de travail dématérialisée (AAT),
- la déclaration d'un certificat médical d'Accident de Travail ou de Maladie Professionnelle dématérialisé (CM ATMP).

Pour accompagner la mise en place de ce nouvel indicateur et tenir compte de la nécessaire montée en charge pour permettre son respect, les objectifs des taux de dématérialisation requis sont fixés par paliers annuels.

Le taux de dématérialisation à atteindre pour chaque téléservice est fixé pour chacun des 4 téléservices selon les modalités suivantes :

	Objectifs				
	Année 2017	Année 2018	Année 2019	Année 2020	Année 2021
AAT	30%	40%	50%	60%	60%
CM ATMP	10%	14%	17%	20%	20%
PSE	40%	50%	60%	70%	70%
DCMT	77%	80%	85%	90%	90%



Le calcul du taux de dématérialisation d'un téléservice s'effectue sur la base des données du régime général uniquement. Il correspond au ratio entre le nombre de prescriptions ou déclarations effectuées de façon dématérialisée (numérateur) sur le nombre total de prescriptions ou déclarations effectuées au format papier et dématérialisées (dénominateur), transmis par le médecin au cours de l'année de référence.

Le taux de dématérialisation est calculé comme suit :

- **Taux de DCMT dématérialisées :**

Taux = Nombre de DCMT dématérialisées / nombre total de DCMT (papier et dématérialisées)

Sont exclus les bénéficiaires :

- o en subsistance
- o non rattachés à la caisse
- o dont la famille est annulée ou épurée
- o dont la famille ne comporte pas de bénéficiaires
- o dont le matricule commence par 5, 6, 7, 8 ou 9 (NIR migrants, provisoires ou techniques)

- **Taux de PSE :**

Taux = Nombre de PSE / nombre total de protocoles de soins (papier et dématérialisés)

- **Taux d'AAT dématérialisées :**

Taux = Nombre d'AAT dématérialisées / nombre total des AAT (papier et dématérialisées)

- **Taux de déclaration de CMATMP dématérialisés :**

Taux = Nombre de déclarations de CMATMP dématérialisées / nombre total de déclarations CMATMP (papier et dématérialisées).

Tous les items de cet indicateur sont indépendants les uns des autres et chaque téléservice représente un quart du total des points de cet indicateur. Il n'est pas nécessaire d'atteindre les taux fixés pour chacun des 4 téléservices pour bénéficier des points. L'atteinte du taux de dématérialisation d'un seul téléservice permet de déclencher la rémunération correspondante.

Cet indicateur est affecté au total de 90 points en 2021.

b. Justificatifs requis :

Ces indicateurs sont calculés et alimentés automatiquement. Aucun justificatif n'est requis de la part du médecin.

2. 2^{ème} indicateur : Capacité à coder des données médicales

a. Description de l'indicateur

Pour bénéficier de la rémunération de cet indicateur, le médecin doit être en capacité de produire ou alimenter des registres de patients sur certaines pathologies sur la base des



synthèses médicales qu'il élabore dans le cadre du suivi des patients dans le parcours de soins au plus tard le 31/12 de l'année de référence.

Pour bénéficier de la rémunération de cet indicateur, le médecin doit déclarer chaque année sur amelipro sa capacité à coder des données médicales.

b. Justificatifs requis :

Cet indicateur est affecté de 50 points en 2021.

Afin de simplifier l'envoi des justificatifs par les médecins et leur recueil par les caisses, il est demandé aux médecins d'attester sur l'honneur remplir les conditions permettant de valider cet indicateur en cochant la case correspondante sur amelipro.

- Je déclare avoir satisfait à l'ensemble des conditions conventionnelles pour percevoir le Forfait Structure et m'engage à tenir à disposition de l'Assurance Maladie tout document permettant de l'attester.
- J'accepte les [conditions de la transmission](#) et j'ai pris connaissance des [textes applicables](#).

TRANSMETTRE

Un récapitulatif de l'ensemble des indicateurs ayant fait l'objet de l'attestation sur l'honneur est à disposition du médecin sur amelipro à l'issue de la saisie et doit être conservé par le médecin comme justificatif en cas de contrôle.

Le médecin s'engage également à tenir à disposition de l'Assurance maladie les justificatifs correspondants à présenter en cas de contrôles a posteriori.

3. 3^{ème} indicateur : Implication dans les démarches de prise en charge coordonnées de patients

a. Description de l'indicateur

Cet indicateur valorise le médecin impliqué dans une démarche de prise en charge coordonnée des patients sur un territoire donné.

La participation du médecin à l'un des dispositifs suivants valide l'indicateur :

- une maison de santé pluri-professionnelle (MSP),
- une équipe de soins primaires (ESP) telle que définie à l'article L.1411-11-1 du code de la santé publique,
- une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) telle que définie à l'article L. 1434-12 du code de la santé publique,
- au moins quatre réunions de concertation pluridisciplinaire par an,
- un réseau local ou réseau de soins,
- des actions de coordination d'une HAD ou d'un EHPAD dans le cadre d'une activité libérale,
- le dispositif ASALEE (si pas déclaré pour l'indicateur « amélioration des services offerts aux patients »),



- ou tout autre dispositif de démarche coordonnée répondant aux objectifs de l'indicateur.

La participation à un groupe qualité (échange d'un groupe de médecins sur leurs pratiques), à un projet PAERPA ou au PRADO, ne permettent pas de valider cet indicateur qui vise à valoriser les échanges pluri-professionnels.

b. Justificatifs requis

Afin de simplifier l'envoi des justificatifs par les médecins et leur recueil par les caisses, il est désormais demandé aux médecins d'attester sur l'honneur (en cochant la case sur amelipro) participer à l'un des dispositifs de démarche coordonnée permettant de valider cet indicateur.

Je déclare avoir satisfait à l'ensemble des conditions conventionnelles pour percevoir le Forfait Structure et m'engage à tenir à disposition de l'Assurance Maladie tout document permettant de l'attester.

J'accepte les [conditions de la transmission](#) et j'ai pris connaissance des [textes applicables](#).

TRANSMETTRE

Un récapitulatif de l'ensemble des indicateurs ayant fait l'objet de l'attestation sur l'honneur est à disposition du médecin sur amelipro à l'issue de la saisie et doit être conservé par le médecin comme justificatif en cas de contrôle a posteriori.

Le médecin s'engage également à tenir à disposition de l'Assurance maladie les justificatifs correspondants à présenter en cas de contrôles a posteriori.

c. Fréquence de la mise à disposition des justificatifs

Pour bénéficier de la rémunération au titre de cet indicateur, le médecin doit déclarer chaque année sur amelipro son implication, durant l'année de référence, dans une démarche de prise en charge coordonnée des patients.

Cet indicateur est affecté de 120 points pour 2021.

4. 4^{ème} indicateur : Amélioration du service offert aux patients

a. Description de l'indicateur

Pour bénéficier de la rémunération de cet indicateur le médecin doit attester d'un investissement pour de nouveaux services aux patients. Ces services sont proposés **dans le cadre de la prise en charge de parcours complexes de patients.**

Il peut s'agir du recours à :

- une ressource interne au sein du cabinet ou externe dédiée à la coordination et à la prise de rendez-vous auprès des médecins correspondants pour ses patients (fonction identifiée sur les fiches de poste des personnes concernées)



- une structure d'appui externe pour l'accompagnement des patients aux parcours complexes (plateforme territoriale d'appui etc) :
- dispositif MAIA (Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer)
- dispositif PFIDASS
- à un centre local d'information et de coordination (CLIC)
- au dispositif ASALEE (si pas déclaré pour l'indicateur « prise en charge coordonnée »)
- tout autre dispositif dont l'objectif est de fournir de nouveaux services aux patients pour la prise en charge des parcours de soins complexes.

Le recours à des opérateurs ou plateformes, type Doctolib ou Mon Docteur ne permet pas de valider cet indicateur.

b. Justificatifs requis

Afin de simplifier l'envoi des justificatifs par les médecins et leur recueil par les caisses, il est désormais demandé aux médecins d'attester sur l'honneur (en cochant la case sur amelipro) avoir recours à l'un des dispositifs validant l'indicateur.

- Je déclare avoir satisfait à l'ensemble des conditions conventionnelles pour percevoir le Forfait Structure et m'engage à tenir à disposition de l'Assurance Maladie tout document permettant de l'attester.
- J'accepte les conditions de la transmission et j'ai pris connaissance des textes applicables.

TRANSMETTRE

Un récapitulatif de l'ensemble des indicateurs ayant fait l'objet de l'attestation sur l'honneur est à disposition du médecin sur amelipro à l'issue de la saisie et doit être conservé par le médecin comme justificatif en cas de contrôle a posteriori.

Le médecin s'engage également à tenir à disposition de l'Assurance maladie les justificatifs correspondants à présenter en cas de contrôles a posteriori.

Pour bénéficier de la rémunération de cet indicateur, le médecin doit déclarer sur amelipro chaque année son investissement en termes d'amélioration du service offert aux patients.

Cet indicateur est affecté de 70 points pour 2021.

5. 5^{ème} indicateur : Encadrement des jeunes étudiants en médecine

a. Description de l'indicateur

Cet indicateur vise à valoriser les médecins impliqués dans l'encadrement de jeunes étudiants en médecine.

Prévu au troisième alinéa de l'article R. 6153-47 du code de la santé publique, le médecin peut exercer la fonction de maître de stage en accueillant en stage des internes en médecine réalisant un stage ambulatoire de niveau 1 ou des étudiants réalisant un stage d'externat en médecine générale.



b. Justificatifs requis

Afin de simplifier l'envoi des justificatifs par les médecins et leur recueil par les caisses, il est désormais demandé aux médecins d'attester sur l'honneur qu'ils remplissent les conditions permettant de valider cet indicateur en cochant la case correspondante sur amelipro.

Je déclare avoir satisfait à l'ensemble des conditions conventionnelles pour percevoir le Forfait Structure et m'engage à tenir à disposition de l'Assurance Maladie tout document permettant de l'attester.

J'accepte les [conditions de la transmission](#) et j'ai pris connaissance des [textes applicables](#).

TRANSMETTRE

Un récapitulatif de l'ensemble des indicateurs ayant fait l'objet de l'attestation sur l'honneur est à disposition du médecin sur amelipro à l'issue de la saisie et doit être conservé par le médecin comme justificatif en cas de contrôle.

Le médecin s'engage également à tenir à disposition de l'Assurance maladie les justificatifs correspondants à présenter en cas de contrôles a posteriori, notamment la liste des étudiants accueillis et les dates des stages.

Pour bénéficier de la rémunération de cet indicateur, le médecin doit déclarer sur amelipro chaque année accueillir un étudiant en médecine réalisant un stage ambulatoire de niveau 1 ou des étudiants réalisant un stage d'externat en médecine générale.

Cet indicateur est affecté de 50 points.

6. 6^{ème} indicateur : Aide à l'équipement pour vidéotransmission sécurisée

a. Description de l'indicateur

Cet indicateur mis en œuvre depuis 2019 est affecté de 50 points pour l'aide à l'équipement pour vidéotransmission sécurisée nécessaire à la réalisation de la téléconsultation, y compris via les abonnements à des solutions techniques dédiées proposées en matière de recours aux actes de télémédecine, etc.

b. Justificatifs requis

Pour bénéficier de la rémunération de cet indicateur, le médecin doit déclarer sur amelipro chaque année être équipé d'une solution complète de vidéotransmission sécurisée nécessaire à la réalisation de la téléconsultation ou avoir souscrit un abonnement à une solution de télémédecine (via des opérateurs offrant une solution technique complète). L'équipement doit permettre la vidéotransmission et la transmission d'informations sécurisées.

Les solutions grand public de communication interpersonnelles gratuites (type Skype, Face Time, WhatsApp) ne constituent pas à elles seules une solution de vidéotransmission sécurisée au sens de cet indicateur et ne peuvent donner lieu à valorisation à ce titre.

Afin de simplifier les démarches des médecins, il n'est pas nécessaire d'adresser de justificatifs à la caisse. Le médecin qui dispose dans l'année d'un équipement conforme à l'objet de l'indicateur doit l'attester sur l'honneur (en cochant la case sur amelipro).



Le médecin s'engage également à tenir à disposition de l'Assurance maladie les justificatifs correspondants à présenter en cas de contrôles a posteriori.

Cet indicateur est affecté de 50 points.

7. 7^{ème} indicateur : Aide à l'équipement en équipements médicaux connectés

a. Description de l'indicateur

Cet indicateur mis en place depuis 2019 est affecté de 25 points pour l'aide à l'acquisition d'équipements médicaux connectés, utiles à la réalisation d'actes de télémedecine. La liste de ces équipements est établie sur avis de la Commission Paritaire Nationale et peut être modifiée chaque année.

La téléconsultation s'effectue par vidéo transmission sécurisée. Au cours de celle-ci, l'usage d'équipements connectés spécifiques permettant de transmettre des informations à distance (constantes, mesures biologiques, images...) concourant à l'observation et à l'analyse de la situation médicale du patient.

Pour 2021, la liste des équipements connectés dont l'acquisition permet de valider l'indicateur est reconduite :

- Oxymètre connecté,
- Stéthoscope connecté,
- Dermatoscope connecté,
- Otoscope connecté,
- Glucomètre connecté,
- ECG connecté,
- Sonde doppler connectée,
- Echographe connecté,
- Mesure pression artérielle connectée,
- Caméra (utile pour regarder l'état de la peau par exemple) connectée,
- Outils de tests visuels, audiogramme connectés,
- Matériel d'exploration fonctionnelle respiratoire dont le spiromètre et le tympanomètre connectés.

Equipements non retenus :

- Applications sans finalité médicale
- Des équipements très simples tels que les balances, toises ou thermomètres

b. Justificatifs requis

Pour bénéficier de la rémunération de cet indicateur, le médecin doit déclarer sur amelipro chaque année s'il a acquis au moins un matériel connecté de la liste ci-dessus nécessaire à la réalisation de la téléconsultation.

Afin de simplifier les démarches des médecins, il n'est pas nécessaire d'adresser de justificatifs à la caisse. Le médecin qui a acquis un équipement de la liste dans l'année doit l'attester sur l'honneur (en cochant la case sur amelipro).



Le médecin s'engage également à tenir à disposition de l'Assurance maladie les justificatifs correspondants à présenter en cas de contrôles a posteriori.

Cet indicateur est affecté de 25 points.

8. 8^{ème} Indicateur : valoriser la « participation à une organisation proposant la prise en charge de soins non programmés dans le cadre d'une régulation territoriale »

Cet indicateur est mis en place pour valoriser l'implication des médecins dans le cadre d'une organisation territoriale régulée pour répondre aux besoins de soins non programmés **hors dispositifs de PDSA** (demande de prise en charge le jour-même ou dans les 24 heures émanant de patients du territoire en situation d'urgence non vitale). Cette organisation s'inscrit notamment dans le cadre des missions mises en place par les Communautés Professionnelle Territoriale de Santé et du Service d'accès aux soins en cours de déploiement. Cette réponse implique à la fois les médecins de premier recours et de second recours quelle que soit leur spécialité médicale.

A titre d'exemple : participation au dispositif SAS dans les sites pilotes, participation à la mission « soins non programmés » d'une CPTS, participation à une MMG, à un numéro dédié 116 117 mais aussi aux autres numéros dédiés locaux (par 3966),

Cet indicateur est valorisé à hauteur de 150 points pour 2021.

III. Modalités de déclaration des indicateurs déclaratifs par les médecins

Pour valider les indicateurs déclaratifs du forfait structure et bénéficier d'une rémunération à ce titre, le médecin doit procéder chaque année à la déclaration en ligne sur amelipro des données et éléments de nature à valider les indicateurs déclaratifs du forfait structure.

Pour les indicateurs de l'année 2021, l'ouverture prévisionnelle de la saisie des indicateurs déclaratifs pour les médecins est prévue à compter de début décembre jusqu'à fin janvier 2022.

Sur ameli pro, la saisie des indicateurs est réalisée dans l'espace « ma convention » accessible via l'onglet « Indicateurs Convention médicale (ROSP) » de la rubrique « Activités ».



⚠ Depuis le 15 juillet 2020, la nouvelle version du navigateur Chrome peut empêcher la lecture d'une carte vitale sur amelipro. Nous mettons tout en œuvre pour résoudre cet incident au plus vite. Dans l'attente d'une solution définitive, nous vous invitons à utiliser le navigateur Firefox. Nous vous prions de nous excuser pour la gêne occasionnée.

PREPROD

Activités



Tous mes paiements

Convention - ROSP

Saisie des horaires de cabinet

Relevé d'activité et de prescriptions

Patientèle médecin traitant

Déclaration de gardes et astreintes

Compensation perte d'activité

Contact COVID

Services patient

Des services de simplification de vos démarches pour vos patients sont accessibles et sécurisés par l'utilisation de votre carte CPS.

Vous trouverez des services tels que :

- Arrêt de travail
- Déclaration simplifiée de grossesse
- Déclaration médecin traitant
- Protocoles de soins et ALD



Identifiez-vous par carte CPS

Identification Patient

Pour accéder au dossier administratif du patient, saisissez son NIR :

Valider

⚠ Pour accéder à la fiche de votre patient, vous devez vous connecter à amelipro en carte CPS.

PRÉVENTION DE L'OBÉSITÉ INFANTILE



MENU MA CONVENTION

MON SUIVI

ROSP CLINIQUE

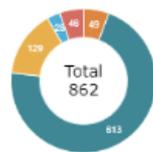
Pathologies chroniques
Objectifs intermédiaires atteints : 5/8 VOIR ⊕

Prévention
Objectifs intermédiaires atteints : 15/15 VOIR ⊕

Efficience
Objectifs intermédiaires atteints : 9/9 VOIR ⊕

Au 31/12/2019

MA PATIENTÈLE MT



Au 24/09/2020

VOIR ⊕

FORFAIT STRUCTURE

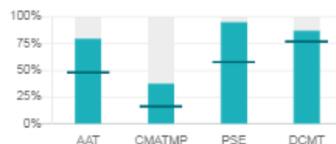
TÉLÉTRANSMISSION



Au 31/12/2019

● Objectif atteint ● Objectif non atteint

DÉMATÉRIALISATION DES SERVICES



Au 31/12/2019

VOIR ⊕

ASSISTANTS MÉDICAUX AU 31/12/2019

?

MA DÉCLARATION



Nombre d'indicateurs déjà déclarés : 15/16

Télécharger ma dernière déclaration PDF

DÉCLARER MES INDICATEURS

La saisie sera fermée après le 07/02/2021

MES RÉMUNÉRATIONS

FPMT 2019
Le 30/03/2020 13 283,00 € VOIR ⊕

ROSP Clinique
Le 16/03/2020 5 225,18 € VOIR ⊕

ROSP MT Enfants
Le 20/03/2020 94,59 € VOIR ⊕

Forfait Structure
Le 19/03/2020 4 620,00 € VOIR ⊕

Forfait Requérant
Le 28/05/2020 0,00 € VOIR ⊕

DOCUMENTS UTILES

Comprendre la ROSP Clinique



A titre exceptionnel et dérogatoire, à défaut d'utilisation d'ameli.pro pour effectuer sa déclaration d'indicateurs, une déclaration sur support papier peut être effectuée auprès de sa caisse d'Assurance Maladie de rattachement à l'aide des formulaires disponibles auprès de la caisse ou sur ameli.fr.

Récapitulatif des indicateurs déclaratifs devant faire l'objet d'une déclaration sur ameli.pro

Volet 1	Utilisation d'un logiciel métier avec LAP certifié et compatible DMP
	Utilisation d'une messagerie sécurisée de santé
	Affichage des horaires du cabinet dans annuaire santé
Volet 2	Capacité à coder des données médicales
	Implication dans des démarches de prise en charge coordonnée
	Services offerts aux patients
	Encadrement d'étudiants en médecine
	Aide à l'équipement pour vidéoconsultation sécurisée (télémédecine)
	Aide à l'équipement en équipements médicaux connectés (télémédecine)
	Valorisation de la prise en charge des soins non programmés dans le cadre d'une organisation territoriale régulée

IV. Calcul de la rémunération

Le calcul de la rémunération est annuel et est effectué par l'Assurance Maladie dans le courant du 1^{er} semestre de l'année N+1 pour une rémunération au titre de l'année N.

Chaque indicateur est affecté d'un nombre de points selon l'atteinte de l'objectif par le professionnel. L'atteinte des indicateurs du volet 1 est un pré-requis au déclenchement de la rémunération. Le nombre de points est consolidé puis est multiplié par la valeur du point fixée à 7 €, pour obtenir le montant de la rémunération annuelle.

La vérification de l'atteinte des indicateurs du forfait structure est appréciée au 31/12/2021. Par conséquent, les indicateurs du forfait ne font l'objet d'aucune proratisation en cas de cessation d'activité en cours d'année.

V. Vérifications

A la fin de la saisie des indicateurs déclaratifs, le médecin pourra disposer d'un document au format pdf récapitulant l'ensemble des éléments déclarés. Il devra conserver ce document ainsi que les pièces justificatives afférentes.



MON SUIVI Récapitulatif PDF ?

ROSP CLINIQUE

- Pathologies chroniques** Objectifs intermédiaires atteints : 5/8 VOIR +
- Prévention** Objectifs intermédiaires atteints : 15/15 VOIR +
- Efficience** Objectifs intermédiaires atteints : 9/9 VOIR +

Au 31/12/2019

MA PATIENTÈLE MT

Total 862

Age Group	ALD Status	Count
0 à 6 ans	en ALD	49
7 à 19 ans	hors ALD	813
7 à 19 ans	en ALD	129
20 ans ou +	hors ALD	25
20 ans ou +	en ALD	46

Au 24/09/2020 VOIR +

FORFAIT STRUCTURE

TÉLÉTRANSMISSION

Service	Objectif atteint (%)
FSE	100%

Au 31/12/2019

● Objectif atteint ● Objectif non atteint

DÉMATÉRIALISATION DES SERVICES

Service	Objectif atteint (%)
AAT	75%
CMATMP	25%
PSE	100%
DCMT	75%

Au 31/12/2019

ASSISTANTS MÉDICAUX AU 31/12/2019

759

MA DÉCLARATION ?

Nombre d'indicateurs déjà déclarés : 15/16

Télécharger ma dernière déclaration PDF

DÉCLARER MES INDICATEURS

La saisie sera fermée après le 07/02/2021

MES RÉMUNÉRATIONS PDF ?

- FPMT 2019 Le 30/03/2020 13 283,00 € VOIR +
- ROSP Clinique Le 16/03/2020 5 225,18 € VOIR +
- ROSP MT Enfants Le 20/03/2020 94,59 € VOIR +
- Forfait Structure Le 19/03/2020 4 620,00 € VOIR +
- Forfait Requirant Le 28/05/2020 0,00 € VOIR +

DOCUMENTS UTILES

- Comprendre la ROSP Clinique PDF

En effet, les services de l'Assurance maladie seront amenés à procéder à des contrôles a posteriori auprès de médecins concernant la validation des indicateurs du forfait structure, notamment les indicateurs déclaratifs ayant fait l'objet d'une attestation sur l'honneur.

Pour toute question vous pouvez contacter vos interlocuteurs habituels de votre caisse d'Assurance maladie.



Annexe 1 : Liste des spécialités exonérées de LAP pour 2021

- Spécialités médicales, médico-chirurgicales, chirurgicales pour lesquelles une dérogation au respect du sous-indicateur « LAP » est retenue pour 2021 :

Spécialités médico-chirurgicales
Anesthésie-réanimation chirurgicale
Chirurgie générale
Radiodiagnostic et imagerie médicale
Neurochirurgie
Ophtalmologie
Chirurgie urologique
Stomatologie
Réanimation médicale
Néphrologie
Anatomo-cyto-pathologie
Biologie médicale
Chirurgie orthopédique et traumatologie
Chirurgie infantile
Chirurgie maxillo-faciale
Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chirurgie plastique reconstructive et esthétique.
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Chirurgie vasculaire
Chirurgie viscérale et digestive
Médecine bucco-dentaire
Chirurgie orale (médecins)
Hématologie
Médecine nucléaire
Oncologie médicale
Oncologie radiothérapie
Radiothérapie
Médecine génétique



Annexe 2 : Modèle d'attestation pour les éditeurs de logiciels

Modèle d'ATTESTATION DE CONFORMITE - indicateur 1 volet 1 du Forfait Structure

(Cette attestation doit être fournie sur papier à en-tête de l'entreprise)

NOM du logiciel

La date de l'impression

A l'attention de

Nom et prénom du professionnel de santé

N° et qualité du PS

Adresse du PS

Vous utilisez actuellement le logiciel **Nom du logiciel** dans sa version commerciale **xxxx** que vous avez acquis le **xx/xx/xxxx** *.

Nom du logiciel est :

- certifié logiciel d'aide à la prescription (LAP) par la HAS depuis le **xx/xx/xxxx** (*présent dans la liste des logiciels d'aide à la prescription sur le site de la HAS*), sur la base du dernier référentiel en vigueur.
 - certifié logiciel d'aide à la prescription (LAP) par la HAS depuis le **xx/xx/xxxx** sur la base du référentiel XXXX de la HAS et ayant engagé la démarche de certification sur la base du référentiel en vigueur et ce, avant le 31 décembre 2021.
 - ayant obtenu une certification provisoire du logiciel d'aide à la prescription (LAP) par la HAS au cours de l'année 2021 et ayant engagé la démarche de certification par la HAS du logiciel d'aide à la prescription sur la base du référentiel en vigueur et ce, avant le 31 décembre 2021
- DMP Compatible[†] depuis le **xx/xx/xxxx**.

Nom du logiciel

Cachet de la société du logiciel

Tampon ou signature du praticien

* A défaut, la date d'édition de l'attestation est acceptée

† Au besoin, indiquer la mention du recours à un autre éditeur pour assurer cette compatibilité (ex connecteur) et préciser si le praticien a souscrit à un pack complémentaire spécifique