

NOTE MÉTHODOLOGIQUE

FORFAIT PATIENTÈLE MÉDECIN TRAITANT

Mise à jour : Mars 2020

Le présent guide méthodologique vise à préciser les modalités de mise en œuvre du Forfait Patientèle Médecin Traitant.

I. LE FORFAIT PATIENTIELE MEDECIN TRAITANT (FPMT)

Le forfait patientèle médecin traitant (FPMT), article 15.4.1 de la convention médicale 2016, est un forfait unique, se substituant aux différents forfaits versés précédemment aux médecins (cf. convention médicale 2011) pour le suivi des patients les ayant déclarés comme médecins traitants.

Entré en vigueur : **1^{er} janvier 2018.**

Toutes les rémunérations versées jusqu'à présent aux médecins traitants, dans le cadre de la précédente convention, ont été supprimées, à savoir :

ANCIEN FORFAIT	DEFINITION ET VALORISATION
RMT Rémunération Médecin Traitant	Forfait de 40 euros annuel pour le suivi des patients en ALD par le médecin traitant –médecins secteurs 1 et 2
RST - Rémunération pour le suivi des patients post ALD	Forfait de 40 euros annuel pour le suivi des patients en suivi post ALD par le médecin traitant-médecins secteurs 1 et 2
FMT Forfait Médecin Traitant	Forfait de 5 euros annuel pour le suivi des patients non en ALD et non en suivi post ALD par le médecin traitant – médecins secteurs 1 et 2 OPTAM/OPTAM CO
FMT NI Forfait Médecin Traitant Nouveaux Installés	Forfait de 5 euros annuel pour le suivi des patients non en ALD et non en suivi post ALD par le médecin traitant avec un traitement spécifique pour tenir compte du délai de constitution de la patientèle pour les médecins nouvellement installés – médecins secteurs 1 et 2 OPTAM/OPTAM CO
FMT CA Forfait Médecin Traitant Cessation d'activité	Forfait de 5 euros annuel pour rémunérer le médecin traitant qui cesse son activité pour les patients qu'il a suivi en tant que médecin traitant pendant les derniers mois de son activité - médecins secteurs 1 et 2 OPTAM/OPTAM CO
FMT ChMT Forfait Médecin Traitant - Changement médecin traitant	Forfait de 5 euros annuel pour rémunérer l'ancien médecin traitant ayant pris en charge des patients avant qu'ils ne changent de MT - médecins secteurs 1 et 2 OPTAM/OPTAM CO

Le FPMT se substitue également à la valorisation prévue pour l'établissement du volet de synthèse médicale dans le dossier médical informatisé du patient, qui figurait dans la précédente convention dans un des volets de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP).

➤ **Les professionnels éligibles à cette rémunération :**

- **tous les médecins libéraux conventionnés traitants quelle que soit leur spécialité médicale** (y compris les praticiens hospitalier temps plein)
- **secteur d'exercice restreint** : secteur 1, secteur 2 ou 1 DP adhérents OPTAM-OPTAM-CO
- les **centres de santé** pour lesquels au moins un de leur médecin salarié a été déclaré comme « médecin traitant » sont également éligibles au FPMT.

➤ **Les professionnels non éligibles :**

- les médecins exerçant dans le secteur 2 ou 1 DP,
- les médecins frontaliers : seuls les médecins traitants conventionnés (et donc exerçant sur le territoire français) sont éligibles au FPMT
- les médecins remplaçants exclusifs : ne sont pas conventionnés en propre,
- les médecins adjoints,
- les médecins assistants,
- les médecins collaborateurs salariés de médecins libéraux,
- les médecins exerçant uniquement une activité libérale dans le cadre d'un contrat d'exercice libéral conclu avec un établissement de santé

**Focus sur les médecins mahorais**

La loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé a procédé à l'extension à Mayotte, du dispositif de parcours de soins coordonnés.

Les médecins mahorais sont désormais éligibles au FPMT.

➤ **La patientèle ouvrant droit au FPMT :**

Le FPMT est calculé en tenant compte de la patientèle du médecin traitant au regard de son âge, de ses pathologies et de son niveau de précarité

Cinq catégories de patients, donnant lieu à valorisations différentes ont ainsi été déterminées par les partenaires conventionnels :

CARACTÉRISTIQUE DU PATIENT	PRÉCISION	VALORISATION
Enfant de 0 à 6 ans	Hors ALD	6 €
Patient de 80 ans et plus	Hors ALD	42 €
Patient de moins de 80 ans et en ALD	Y compris les enfants de 0 à 6 ans avec ALD	42€
Patient de 80 ans et plus en ALD		70€
Autres patients	7 à 79 ans, hors ALD	5€

- **Est prise en compte la patientèle déclarante MT**, y compris pour les patients dans les structures sanitaires ou médico-sociales (= pas de notion de patientèle « consommatrice et fidèle »).
- Ne sont pas pris en compte les patients AME.
- Un patient entrant dans plusieurs catégories sera pris en compte en fonction de la situation la plus « avantageuse » pour le médecin,

II. MODALITÉS DE CALCUL DU FPMT

Le forfait est **calculé annuellement**, selon les caractéristiques de la **patientèle observée chaque année au 31/12 de l'année N (photographie figée)** pour :

- tous les patients ayant déclaré le médecin comme traitant (patients âgés moins et plus de 16 ans),
- pour l'ensemble des régimes obligatoires, à l'exception des assurés relevant de l'Assemblée nationale.



FOCUS SUR LE TAUX COMPLEMENTAIRE SANTE SOLIDAIRE (ex taux CMUC-C) :

Depuis le 1^{er} novembre 2019, la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) ainsi que l'ACS (aide au paiement d'une complémentaire santé) ont été remplacées par la complémentaire santé solidaire (C2S). Le calcul du FPMT 2019 intègre cette évolution législative, dans le calcul de la majoration précarité, qui est par ailleurs retranscrite dans la convention médicale (cf. avenant 8).

Les modalités de calcul de la majoration précarité du FPMT ne changent pas.

Seule évolue la prise en compte d'un plus grand nombre de patients (cf. anciens bénéficiaires de l'ACS + anciens bénéficiaires de la CMU-C) dans le calcul du taux précarité. Pour mémoire, les anciens ACS, n'étaient jusqu'à présent pas inclus dans calcul le taux précarité.

Comme précédemment, la majoration visant à tenir compte de la précarité de la patientèle, sera appliquée au montant total du forfait calculé en fonction de la part des patients bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S) sans ou avec participation financière (c'est-à-dire gratuite ou payante) dans la patientèle du médecin traitant.

En pratique, si le taux de patients bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire est supérieur à la part calculée au niveau national, une majoration égale à la moitié de la différence entre, le taux national et le taux du médecin en pourcentage, sera appliquée au montant de la rémunération au titre du forfait patientèle médecin traitant.

Le taux de patients bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire est comme précédemment, calculé sur la patientèle médecin traitant au 31 décembre de l'année au titre de laquelle le forfait est versé.

La majoration de précarité est appliquée sur le montant total du forfait calculé annuellement au titre de la patientèle médecin.

Illustration du calcul :

Un médecin dont 15% de la patientèle médecin traitant est bénéficiaire de la complémentaire santé solidaire voit son forfait patientèle augmenté de 4%.

$$\frac{15 - 7}{2} = 4$$

(taux chez le médecin) (taux moyenne nationale) (taux de majoration)

➤ Exemple calcul de la rémunération :

Un médecin traitant a une **patientèle MT au 31/12/2019 de 100 patients**, dont :

- 30 patients bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire
- 15 enfants de moins de 6 ans hors ALD
- 28 personnes de 80 ans et plus dont 8 en ALD
- 10 patients en ALD de moins de 79 ans et plus de 6 ans
- 17 patients de 7 à 79 ans hors ALD
- Taux complémentaire santé solidaire personnel du MT : 30%

1) Calcul du montant de la rémunération :

$$\square X = (15 \times 6\text{€}) + (20 \times 42\text{€}) + (8 \times 70\text{€}) + (10 \times 42\text{€}) + (17 \times 5\text{€}) = 1995\text{€}$$

2) Calcul du taux de précarité :

→ Le taux de précarité doit être > au taux national, sinon $M=0$

☐ Calcul de la majoration complémentaire santé solidaire $= M = (30 - 7) / 2 = 11,5 \%$

3) Application de la majoration :

→ Si $M < 25\%$ prendre M , sinon $M = 25\%$

☐ Application de la majoration : $1995 \times 11,5\% = 229,43 \text{ €}$

4) Addition des deux pour calcul du montant final :

☐ Montant FPMT pour le PS = $1995\text{€} + 229,43\text{€} = 2224\text{€}$ (application de l'arrondi)

Ce montant étant ensuite régularisé, en mars 2020 (paiement du solde), au vu de la patientèle MT réelle du médecin traitant et du taux complémentaire santé solidaire observés au 31/12/2019.

Pour 2019, au regard du déploiement progressif de la C2S et du maintien pendant 1 an des contrats ACS signés avant le 1^{er} novembre 2019, le calcul du taux précarité intègre les bénéficiaires de l'ACS, les bénéficiaires de la CMUC-C et les bénéficiaires de la C2S.



▲ L'affichage du taux précarité pris en compte sur le FPMT a été revu sur Ameli.pro afin de prendre en compte l'évolution intervenue. Il est désormais affiché le taux individuel complémentaire santé solidaire du médecin en lieu et place de son taux CMUC.

Il est à noter que les RIAP 2019 ne contiennent pas encore l'information des patients bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire. Il convient par ailleurs de rappeler que :

- coté RIAP, sont pris en compte tous les patients ayant eu au moins une consultation sous le statut bénéficiaire CMUC, au cours d'une année pleine (idem ACS).
- coté FPMT, sont pris en compte les seuls patients du RG, hors SLM et des régimes infogérés par le régime général, en CMUC, ACS et C2S au 31/12.

Cas particulier des médecins mahorais :

La complémentaire santé solidaire (C2S) n'est pas applicable à Mayotte.

Les médecins mahorais n'ont pas de taux individuel C2S permettant de calculer la majoration précarité du FPMT. C'est pourquoi, afin de ne pas pénaliser les professionnels mahorais et de prendre en compte les publics fragiles de l'île, il sera appliqué aux médecins mahorais pour le paiement du FPMT 2020 (mars 2021 pour paiement du P4 2020) une majoration de surprécarité de 25% (plafond maximal défini à l'article 15.4.1 de la convention médicale).

III. MODALITÉS DE VERSEMENT DU FPMT

Le FPMT fait l'objet d'un paiement trimestriel, au sens de période de fréquence (tous les trois mois) et non de trimestre civil stricto sensu, afin que les médecins puissent bénéficier du versement du forfait global de manière progressive, du temps des rémunérations médecin traitant de la convention médicale de 2011 (cf. point I du guide).



Quatre paiements trimestriels sont réalisés, au titre d'une année, comme suivant :

- **trois acomptes**, versés au médecin traitant libéral/centre de santé MT au cours de l'année N, correspondants à 25% du montant total (soit ¼ du calcul annuel) calculés sur la base de la patientèle médecin traitant enregistrée au 31/12 de l'année N-1 (c'est-à-dire sur la base de la patientèle estimée).
- **un solde**, versé au premier trimestre de l'année N+1, correspondant au 4^{ème} acompte et à une régularisation qui s'effectue par comparaison entre le montant calculé sur la base de la patientèle estimée au 31/12/N-1 et la patientèle réelle constatée au 31/12/N.

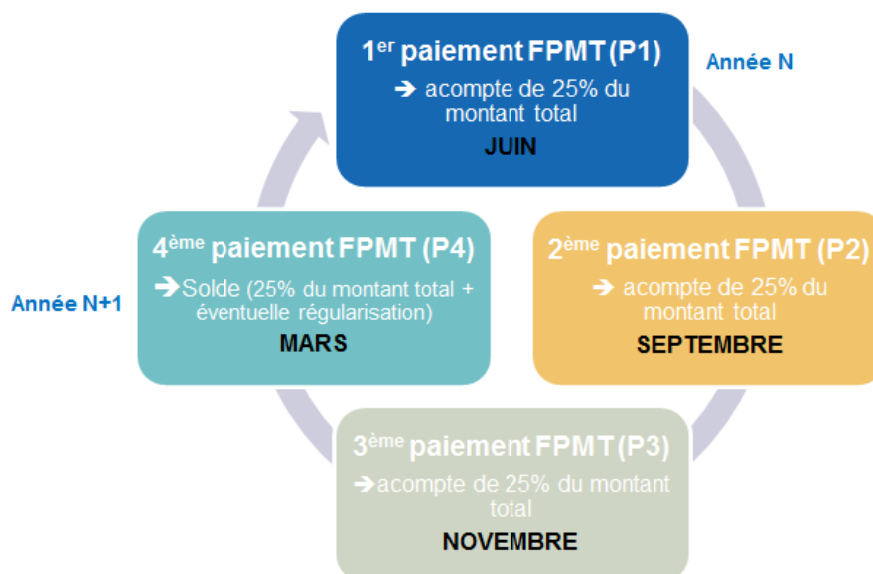
Païement	Période
Versement solde	> courant mars de l'année N+1

Ce solde correspond concrètement au 4^{ème} et dernier paiement du FPMT.

Solde de l'année N = FPMT de l'année N – les 3 avances calculées sur la base de la patientèle arrêtée au 31/12/N-1 (-le trop perçu s'il y a)



Schéma récapitulatif du planning de paiement :



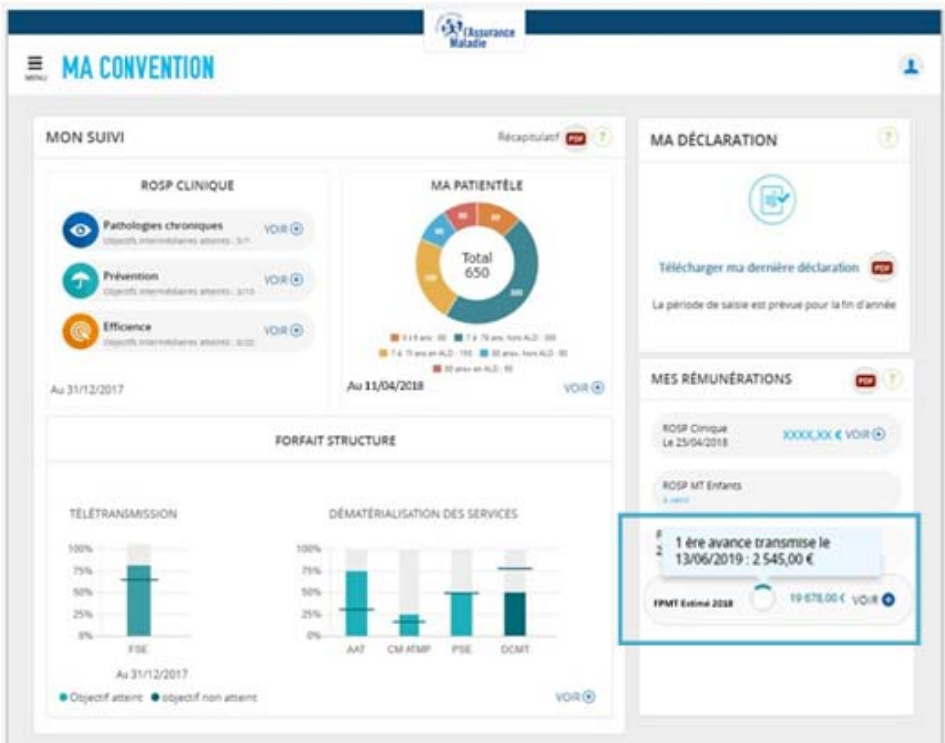
IV. AFFICHAGE DU FPMT



Au versement d’une des avances FPMT, le médecin visualise les éléments suivants :

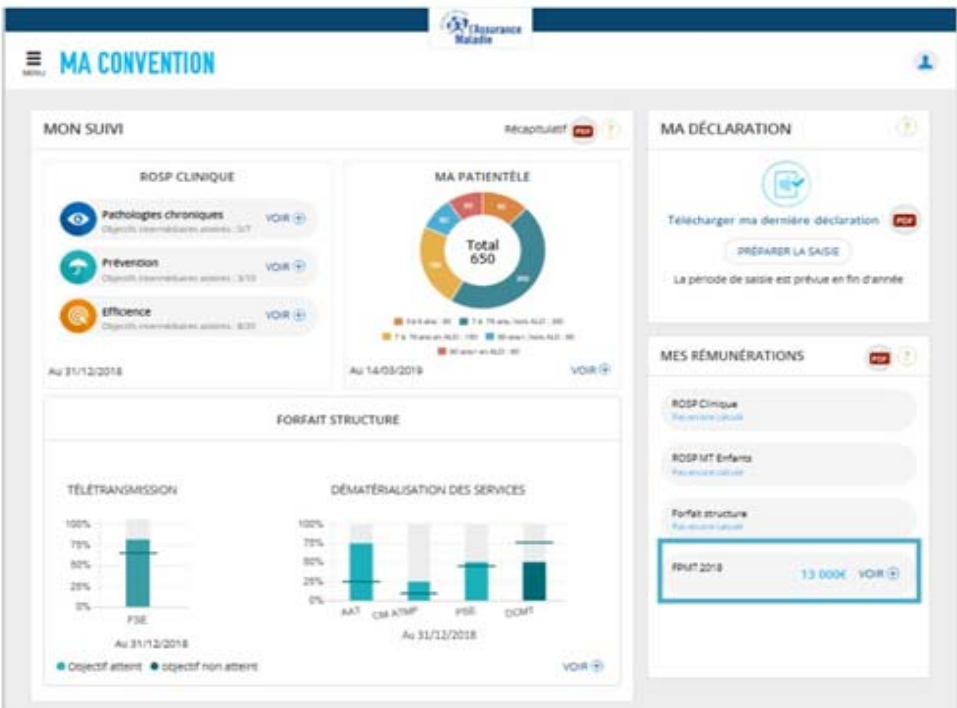
➤ Sur la page d’accueil

- Le « FPMT estimé » affiché dans l’écran ci-dessous correspond au **montant total calculé** annuellement selon les caractéristiques de la patientèle médecin traitant observée chaque année au **31/12/N-1**.
- Chacun des 3 **acomptes versés** au PS correspond à : $\frac{1}{4} \times \text{FPMT estimé}$.
- Au survol du bloc « FPMT estimé », le médecin a la possibilité de **connaître la date et le montant du dernier acompte qui lui a été versée**



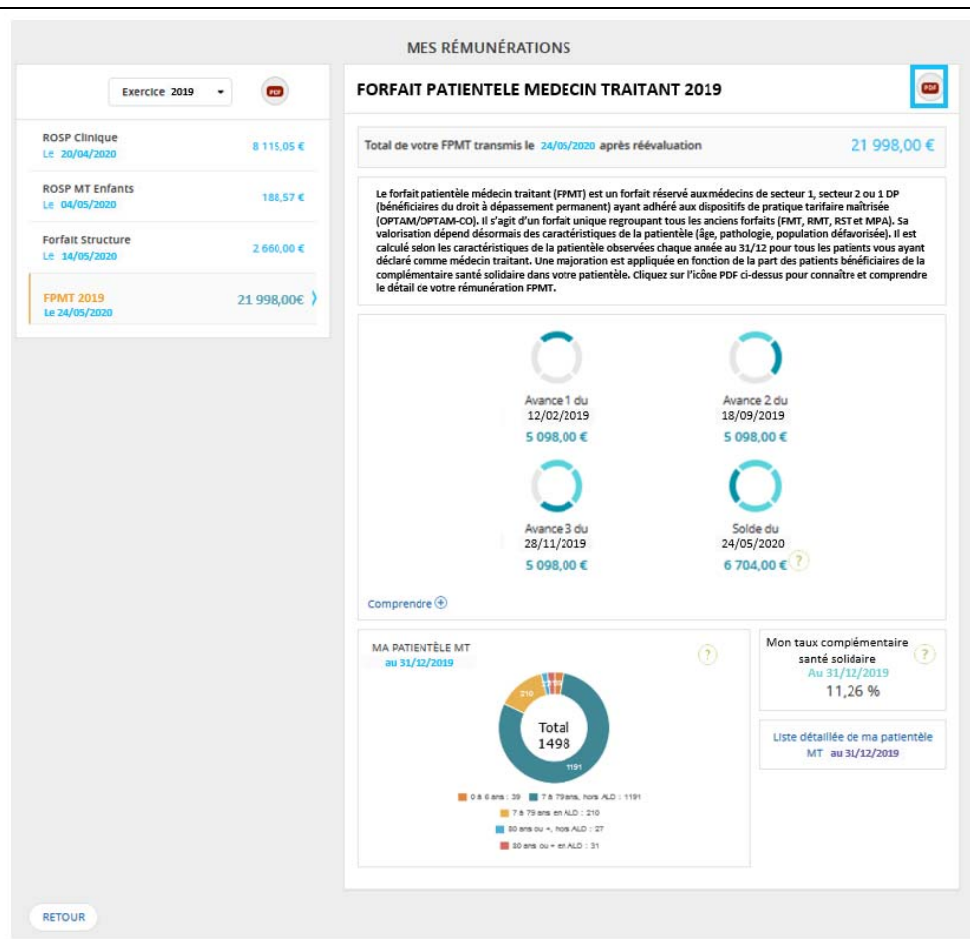
➤ Sur la page d’accueil

- Lorsque la **patientèle médecin traitant au 31/12/N est connue**, le **solde** correspondant au 4^{ème} paiement FPMT est **versé au médecin**. Dans ce cas-là, la rubrique « FPMT N » remplace « FPMT estimé N ».
- Le montant affiché dans l’encart « FPMT N » correspond à la **somme des 3 acomptes déjà versées au médecin et du solde**.



➤ Dans les pages de détails « FPMT estimé N » et « FPMT N »

- Au clic sur le bouton **VOIR**  affiché dans les blocs « FPMT estimé » ou « FPMT N », le médecin a la possibilité d'accéder aux pages de détails relatives à ces rémunérations.



Il peut y voir les éléments suivants :

- Les montants et les dates de versement relatifs aux avances et au solde.
- Le nombre et la liste détaillée des patients l'ayant déclaré comme médecin traitant arrêtés au 31/12/N-1 (FPMT estimé N) ou au 31/12/N (FPMT N).
- Le taux complémentaire santé solidaire au 31/12/N-1 (FPMT estimé N) ou au 31/12/N (FPMT N).

Le bouton  affiché en haut à droite du pavé « MES REMUNERATIONS » permet de télécharger un document PDF affichant l'ensemble des détails relatifs à la rémunération FPMT.

V. IMPACTS DE L'EVOLUTION DE LA PATIENTELE « MEDECIN TRAITANT » SUR LE PAIEMENT DU FPMT

L'évolution de la patientèle médecin traitant déclarée au cours de l'année N (évolution entre la patientèle estimée en année N-1 et la patientèle réelle en année N), influence le montant du solde.

Ainsi, 3 principaux cas, peuvent être rencontrés par les médecins/centres de santé au moment du versement du solde.

1^{ER} CAS : augmentation de la patientèle entre l'année N-1 et l'année N.

Exemple : FPMT estimé de l'année N sur la base de la patientèle N-1 = 2 000 €
FPMT de l'année N calculé sur la base de la patientèle réelle au 31/12 de l'année N = 2 400 €
Avances déjà versées (3 acomptes en année N) : ¼ x 2 000 € = 1 500 €
Solde dû = 2 400 € – 1 500 € = 900 €

→ Pour son 4^{ème} paiement FPMT année N, le médecin recevra 900 €.

Affichage du médecin sur Amelipro :

➤ Sur le tableau de bord :

MES RÉMUNÉRATIONS

FPMT 2018
Le JJ/MM/AAAA2 400 €VOIR

➤ Sur la page de détails :

MA CONVENTION

MES RÉMUNÉRATIONS

FORFAIT PATIENTÈLE MÉDECIN TRAITANT 2018

Total transmis le JJ/MM/AAAA après réévaluation2 400,00 €

Au 31/12/2017
du JJ/MM/AAAA500,00 €

Au 31/12/2018
du JJ/MM/AAAA500,00 €

Au 31/12/2019
du JJ/MM/AAAA500,00 €

Solde
du JJ/MM/AAAA900,00 €

MA PATIENTÈLE MT
Au 31/12/2018

Mon taux complémentaire
santé solidaire
Au 31/12/201821,84 %

Liste détaillée de ma patientèle
MT au 31/12/2017

Liste détaillée de ma patientèle
MT au 31/12/2018

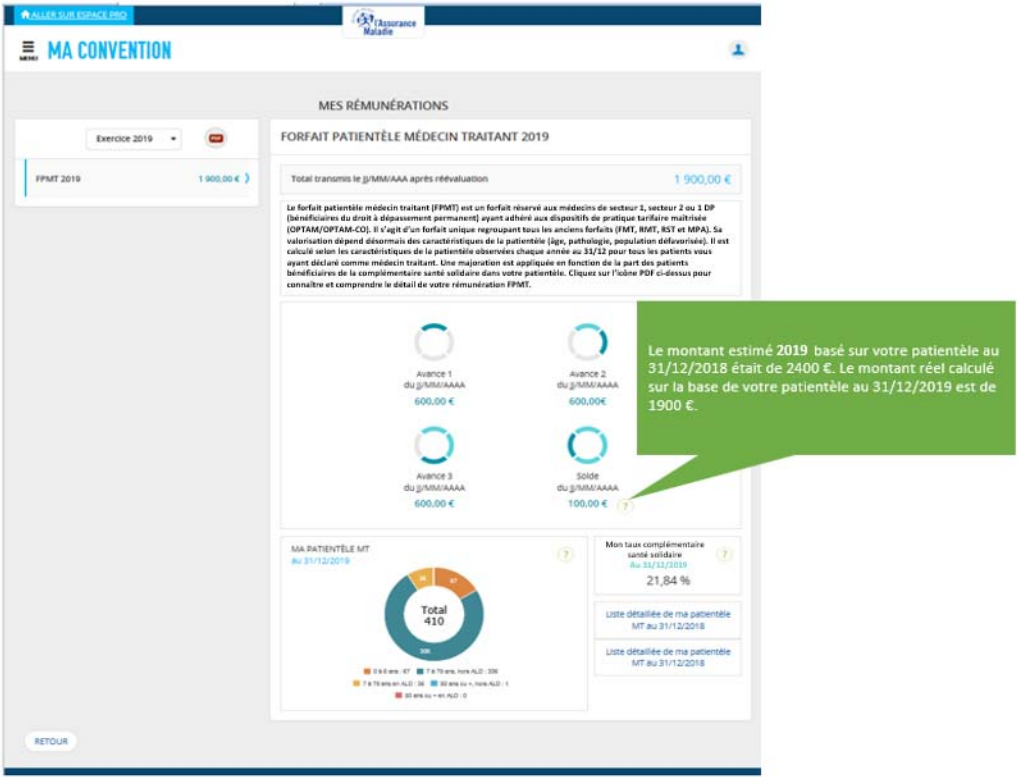
Le montant estimé 2018 basé sur votre patientèle au 31/12/2017 était de 2000 €. Le montant réel calculé sur la base de votre patientèle au 31/12/2018 est de 2400 €.

2ème CAS : faible diminution de la patientèle entre l'année N et l'année N+1

Exemple l'année suivante pour le même médecin (cf. 1^{er} cas) :
FPMT estimé de l'année N+1 sur la base de la patientèle au 31/12 de l'année N = 2 400 €
FPMT N+1 calculé sur la base de la patientèle réelle en année N+1 = 1 900 €
Avances déjà versées (3 acomptes en N+1) : ¾ x 2 400 € = 1 800 €
Solde = 1 900 € – 1 800 € = 100 €

→ Pour son 4^{ème} paiement FPMT N+1, le médecin recevra 100 €.

Affichage du médecin sur Amelipro :

➤ Sur le tableau de bord :	➤ Sur la page de détails :
	

3ème CAS : forte diminution de la patientèle entre l'année N-1 et l'année N

Exemple l'année suivante pour le même médecin (cf. 2ème cas) :
FPMT estimé de l'année N+1 sur la base de la patientèle N= 1900€
FPMT de l'année N+1 calculé sur la base de la patientèle réelle en année N+1 = 1 200 €

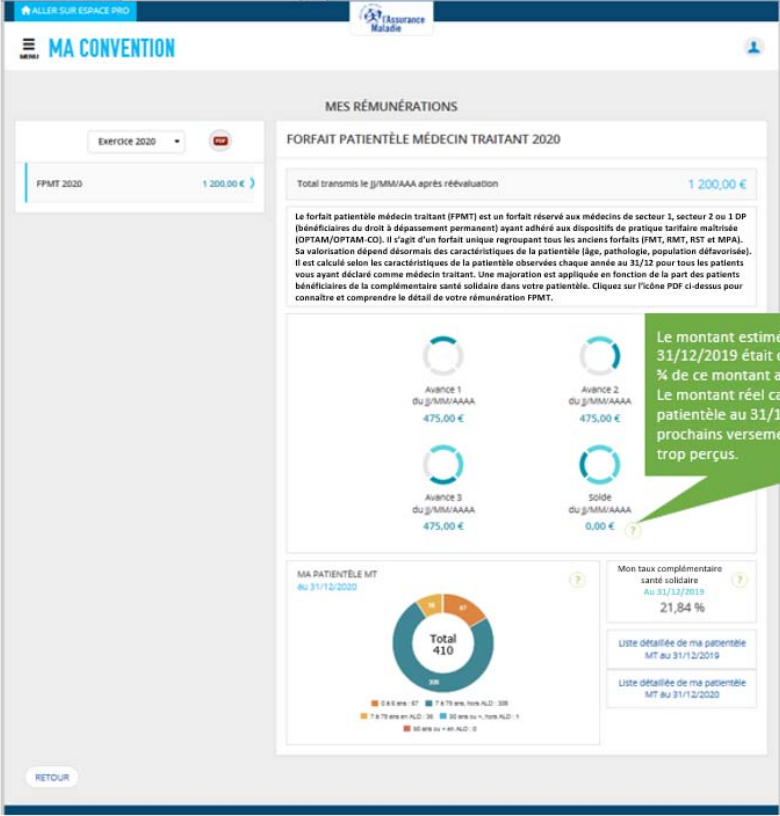
Avances déjà versées (3 acomptes en année N+1) : ¾ x 1900 € = 1 425 €

Solde = 1 200 € - 1 425 € = - 225 €

- Pour son 4ème paiement FPMT N+1, le médecin recevra par de versement.
- Le trop-perçu de 225 € sera déduit des paiements suivants (P1 N+2 , et/ou acomptes suivants selon le montant du trop versé).

Ce genre de situation se rencontre notamment pour une préparation de fin d'activité.

Affichage du médecin sur Amelipro :

➤ Sur le tableau de bord :	➤ Sur la page de détails :
	
	Sur amelipro, le solde sera renseigné à 0 €

VI. ELIGIBILITE AU VERSEMENT DES ACOMPTES ET DU SOLDE

Avant chaque calcul, paiement d'acompte et du solde, il est procédé à une vérification de l'éligibilité du médecin, qui doit être enregistré comme étant en activité au FNPS.

Dès lors qu'un médecin ressort comme étant inéligible ou inactif, il ne bénéficie plus d'aucun versement d'acompte ou de solde.

La période de vérification de l'éligibilité du professionnel lors du calcul annuel du FPMT a été élargie afin de pouvoir disposer d'éléments de calcul permettant, si besoin, d'effectuer un paiement d'acompte.



ILLUSTRATIONS :

Il s'agit des cas d'usages entraînant un changement de situation du médecin/centre de santé, et qui interviennent en cours d'année, après calcul annuel initial du FPMT, qui pour rappel est figé au 31/12 de l'année N-1.

➤ 1^{er} cas : Nouvel installé

On regarde la situation du nouvel installé au regard du P1.

Les acomptes sont en effet versés au titre d'une patientèle MT que le nouvel installé n'avait pas au moment du calcul initial du FPMT (ex : installation en avril 2019 mais calcul annuel estimé du FPMT au 31/12/2018).

Ainsi, si un médecin s'est installé en cours d'année N :



- **pas de versement d'acomptes.**
- **intégralité de la rémunération en P4 l'année suivante,**
- **il n'y a pas de proratisation du paiement à la date de début d'activité**

➤ 2^{ème} cas : Adhésion à l'OPTAM/OPTAM-Co

Le médecin de secteur 2 adhérent à l'OPTAM/OPTAM-CO en cours d'année peut désormais bénéficier du paiement des acomptes suivant l'enregistrement de son adhésion à l'OPTAM-OPTAM-Co, sans attendre le paiement du solde en P4.

Il était précédemment considéré comme un nouvel installé (au sens du FPMT) et suivait les mêmes règles.

➤ 3^{ème} cas : Cessation définitive d'activité ou fermeture d'un centre de santé

Si avant paiement de l'acompte, un médecin est identifié comme étant en cessation définitive d'activité ou un centre de santé est identifié comme ayant fermé



- **il ne reçoit pas de paiement dudit acompte, ni même des suivants,**
- **il reçoit un paiement proratisé du FPMT calculé à partir de la date de cessation d'activité**



Pour en savoir plus sur le paiement proratisé : [annexe 1](#)

➤ 4ème cas : Cessation provisoire d'activité (interruption d'activité)

(ex : congé maternité, arrêt maladie...)

○ Interruption constatée avant versement des acomptes (P1, P2, P3)

Si avant paiement d'un acompte, un médecin est identifié comme étant en interruption d'exercice

Ex : médecin actif au 31/12/2018, inactif au 01/01/2019 et reprenant son activité après le 01/06/2019.



- **il ne reçoit pas de paiement de l'acompte considéré (P1),**
- **il reçoit le paiement des acomptes suivants la reprise d'activité sans attendre le paiement du solde en P4.**
Sa situation était précédemment régularisée lors du paiement du solde en mars N+1 (P4)

○ Interruption constatée avant versement du solde (P4) et reprise d'activité l'année suivante

S'il est posé le constat de l'inactivité d'un médecin au moment du solde, que ce médecin a été actif sur une partie de l'année et a touché à ce titre plusieurs acomptes, puis qu'il reprend son activité en janvier 2020.

Ex : médecin inactif au 31/12/2019, mais actif entre janvier et octobre 2019 (perception des deux premiers acomptes 2019), et reprenant son activité au 15/01/2020



- **il ne reçoit pas de paiement du solde du FPMT 2019 (P4).**
- **il reçoit le paiement des acomptes suivants la reprise d'activité.**
Sa situation était précédemment régularisée lors du paiement du solde en mars N+1 (P4 2021 dans l'exemple)

➤ 5ème cas : Interdiction temporaire d'exercice, déconventionnement faisant suite à sanction, ou sortie de l'OPTAM

Du fait de son interdiction d'exercice, d'un déconventionnement faisant suite à la notification d'une sanction conventionnelle, ou d'une sortie de l'OPTAM le médecin peut se retrouver inéligible au FPMT.

○ Interdiction temporaire d'exercice ou déconventionnement constaté avant versement des acomptes

Ex : médecin conventionné au 31/12/2017, déconventionné du 13/02/2018 au 13/06/2018, puis retour dans le champ conventionnel à compter du 14/06/2018.



- **il ne reçoit pas de paiement du premier acompte, ni même des suivants.**
- **il reçoit le paiement des acomptes suivants la fin d'interdiction temporaire d'exercice sans attendre le paiement du solde en P4.** Sa situation était précédemment régularisée lors du paiement du solde en mars N+1 (P4)

○ Interdiction temporaire d'exercice ou déconventionnement constaté au moment du solde

Ex : déconventionnement en cours au 31/12/2018 et retour dans le champ conventionnel en juin 2019.



- **il ne reçoit pas de paiement du solde au titre de 2018 (P4).**
- **il reçoit le paiement des acomptes suivants la reprise d'activité sans attendre le paiement du solde en P4.**
Sa situation était précédemment régularisée lors du paiement du solde en mars N+1 (P4 2021 dans l'exemple)

A noter : il ne peut y avoir à proprement parler de déconventionnement définitif d'un médecin, hors interdiction définitive d'exercer la médecine qui conduira à une mise hors champ de la convention. Les règles de gestion suivront alors la cessation définitive d'activité.

➤ 6ème cas : Déménagements

○ Déménagement au sein du même département

Le médecin bénéficie du FPMT au fil de l'eau : **il reçoit les acomptes et le solde selon le processus de paiement habituel.**

○ Déménagement dans un autre département

Le médecin ayant déménagé dans un nouveau département, en cours d'année, **peut désormais bénéficier du paiement des acomptes, suivants son déménagement dans le nouveau département sans attendre le paiement du solde en P4** (sous réserve que le lien ait pu être fait entre l'ancien numéro AM et le nouveau numéro AM).

Précédemment, ce cas était traité comme une cessation d'activité de l'ancien cabinet, avec reprise d'activité sur le nouveau cabinet en P4 à l'instar d'un nouvel installé. Le calcul du solde résultait du calcul annuel (réalisé sur la base de la patientèle réelle) auquel étaient soustraits les acomptes déjà versés au titre de l'activité du médecin dans l'ancien département.

Annexe 1

Proratisation du FPMT pour les cessations d'activité

Depuis juillet 2019, il a été décidé d'assouplir la règle de gestion du FPMT et de faire bénéficier les médecins d'un règlement proratisé du FPMT en cas de cessation d'activité.



Calcul de la proratisation

Le montant du FPMT proratisé est calculé au regard du nombre de jours de présence effective du médecin, sur l'année de référence (année N) à partir de la patientèle « médecin traitant » estimée au 31/12/N-1 (FPMT estimé).



Champ de la proratisation

Cessation d'activité : il s'agit de l'arrêt de l'activité en cours d'année du médecin précédemment éligible au FPMT : retraite, changement de secteur d'exercice, résiliation OPTAM...



Période de référence

Aucun paiement proratisé n'est versé avant que le solde de l'année en cours (fin du cycle de paiement) n'ait eu lieu.



Processus de paiement

Le paiement du FPMT proratisé fait à ce jour l'objet d'un paiement manuel par les caisses.
