

GUIDE METHODOLOGIQUE FAMI EXERCICE 2021

FORFAIT D'AIDE A LA MODERNISATION ET INFORMATISATION DU CABINET PROFESSIONNEL

**CHIRURGIENS-DENTISTES
MASSEURS-KINESITHERAPEUTES
ORTHOPHONISTES
SAGES-FEMMES
INFIRMIERS
PEDICURES-PODOLOGUES
ORTHOPTISTES**

REFERENCES

❖ *Chirurgiens-dentistes*

Convention nationale des chirurgiens-dentistes libéraux (publiée au JO du 25 août 2018), article 32.

❖ *Masseurs-kinésithérapeutes*

Avenant n°5 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes (publié au JO du 8 février 2018), article 4.9.

❖ *Orthophonistes*

Avenant n°16 à la convention nationale des orthophonistes (publié au JO du 26 octobre 2017), article 29.

❖ *Sages-femmes*

Avenant n°4 à la convention nationale des sages-femmes (publié au JO du 10 août 2018), article 22.

❖ *Infirmiers*

Avenants n° 6 et n° 7 à la convention nationale des infirmiers libéraux (publié au JO du 13 juin 2019 et du 03 janvier 2020), articles 22 de l'avenant n°6 et 4 de l'avenant n°7.

❖ *Pédicures-podologues*

Avenant n° 4 à la convention nationale des pédicures-podologues (signé le 22 septembre 2020 et publié au JO du 31 décembre 2020).

❖ *Orthoptistes*

Avenant n° 14 à la convention nationale des orthoptistes signé le 21 juillet 2021.

SOMMAIRE

Présentation du forfait d'aide à la modernisation et informatisation du cabinet professionnel	4
1. Présentation des différents indicateurs	5
1.1. Disposer d'un logiciel métier compatible DMP	9
1.2. 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	12
1.3. Utiliser la solution SCOR.....	14
1.4. Atteindre un taux de télétransmission $\geq 70\%$	15
1.5. Disposer d'une messagerie sécurisée de santé	18
1.6. Indicateur complémentaire : s'impliquer dans la prise en charge coordonnées des patients	19
1.7. Indicateurs optionnels : télémedine et DMP	
2. Modalités de déclaration des indicateurs	21
3. Calcul de la rémunération	22

Présentation du forfait d'aide à la modernisation et informatisation du cabinet professionnel

Le forfait d'aide à la modernisation et informatisation du cabinet professionnel, prévu par la convention nationale des chirurgiens-dentistes, par l'avenant n°5 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes, par l'avenant n°16 et 17 à la convention nationale des orthophonistes, par l'avenant n°4 à la convention nationale des sages-femmes, par les avenants n° 6 et n°7 à la convention nationale des infirmiers par l'avenant n°4 à la convention nationale des pédicures-podologues et l'avenant 14 à la convention nationale des orthoptistes vise à accompagner les professionnels de santé dans des outils et organisations nouvelles facilitant leur pratique, la gestion de leur cabinet au quotidien et la prise en charge coordonnée de leurs patients.

Ce forfait aide donc les professionnels à moderniser et informatiser leur cabinet en soutenant la dynamique enclenchée en matière de dématérialisation et de simplification des échanges entre professionnels et avec l'assurance maladie tout en garantissant un haut niveau de sécurité dans la transmission des données concernées.

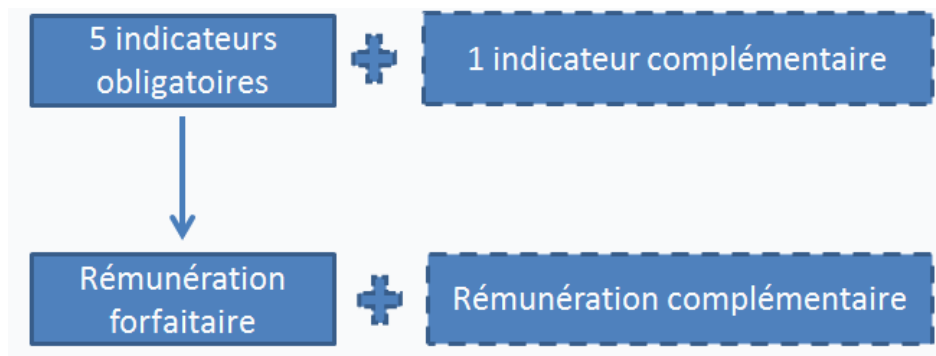
Ce forfait, qui regroupe les différentes aides pérennes anciennement versées (aide à la télétransmission, aide à la maintenance, aide SCOR) ainsi que de nouveaux indicateurs, est versé une fois par an sous la forme d'un paiement unique automatisé.

Pour l'année 2021 (paiement en 2022), ce forfait est ouvert à l'ensemble des chirurgiens-dentistes, des masseurs-kinésithérapeutes, des orthophonistes, des sages-femmes, des infirmiers, des pédicures-podologues et des orthoptistes libéraux conventionnés.

Ce forfait est composé de 5 indicateurs obligatoires auxquels s'ajoute un indicateur complémentaire.

Les 5 indicateurs obligatoires doivent tous être atteints pour que le professionnel libéral puisse bénéficier de la rémunération correspondante (certains indicateurs socles ont été neutralisés).

L'indicateur complémentaire optionnel, qui vise à développer la prise en charge coordonnée des patients, est en revanche indépendant des autres. Sa rémunération ne peut cependant être versée que si les 5 indicateurs obligatoires ont été atteints.



En outre, pour soutenir l'investissement des infirmiers, des orthophonistes et des orthoptistes dans le déploiement de l'activité de télésanté, une aide à l'équipement a été mise en place. 2 indicateurs constituent cette aide à l'équipement à la télésanté.

1. Présentation des différents indicateurs

Pour pouvoir bénéficier de la rémunération forfaitaire (490€), le professionnel doit atteindre les 5 indicateurs obligatoires (particularité pour les indicateurs neutralisés).



Champs	Indicateurs	Equivalent en €	Type d'indicateur	Justificatif
Indicateurs obligatoires (prérequis)	Indicateur 1 : Disposer d'un logiciel métier compatible DMP	490	Déclaratif avec pré-alimentation	Facture/ attestation éditeur (la 1 ^{ère} année ou en cas de changement) d'équipement)
	Indicateur 2 : Disposer d'une Version du cahier des charges SESAM -Vitale intégrant les derniers 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 3 : Utiliser la solution SCOR pour la transmission à l'assurance maladie des pièces justificatives numérisées ⚠ Pour les chirurgiens-dentistes , cet indicateur est supprimé et remplacé par « Afficher ses horaires d'ouverture du cabinet dans annuaire santé » ⚠ Pour les sages-femmes cet indicateur est optionnel		Automatisé	Pas de justificatif demandé
	Indicateur 4 : Atteindre un taux de télétransmission en flux sécurisé supérieur ou égal à 70%		Automatisé	Pas de justificatif demandé
	Indicateur 5 : Disposer d'une messagerie sécurisée de santé		Déclaratif avec pré-	Pré-alimentation avec annuaire MSS ou attestation sur
Indicateur complémentaire (facultatif)	Engagement à une prise en charge coordonnée des patients : participation à une équipe de soins primaires (ESP) ou à une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ou à une maison de santé pluri-professionnelle (MSP)	100	Déclaratif	Attestation sur l'honneur
TOTAL		590		

** Indicateurs complémentaires pour les infirmiers en pratique avancée et indicateurs constituant l'aide à l'équipement à la télésanté*



Forfait aide à l'informatisation et à la modernisation »			
Indicateurs	Montant versé		
	Avenant 6	Avenant 7	
	1 – IDEL	2 – IPAL en zone sous dense médecin	3 – IPAL hors zone sous dense médecin
Socles (Scor, MSS, télétransmission...)	490 €	490 €	490 €
Complémentaire – exercice coordonné	100 €	1020 + 100 = 1 120 €	300 + 100 = 400 €
TOTAL	590 €	1 610 €	890 €
+Optionnel télémedecine (déclaratif)	350 € Equipement vidéo transmission 175 € Appareils médicaux connectés	350 € Equipement vidéo transmission 175 € Appareils médicaux connectés	350 € Equipement vidéo transmission 175 € Appareils médicaux connectés (liste annexe 1)
+Optionnel DMP (automatisé)	1€ par DMP ouvert	1€ par DMP ouvert	1€ par DMP ouvert

Zones sous-denses telles que définies en application du 1° de l'article L.1434-4 du code de la santé publique pour les médecins et dans le cadre desquelles est proposée l'adhésion aux contrats démographiques médecins (voir également CIR 2/2020)



Compte tenu de l'activité transverse de coordination réalisée par les IPAL avec les médecins et les autres professionnels de santé, les partenaires conventionnels ont convenu de majorer pour ces professionnels l'indicateur d'exercice coordonné du forfait annuel d'aide à la modernisation. Cet indicateur d'un montant de 100 euros pour les infirmiers libéraux en soins généraux a été porté à 400 euros pour les IPAL conventionnés, et jusqu'à 1 120 euros pour les IPAL conventionnés exerçant en zone en sous-densité médicale *.

Bon à savoir :

- ❗ Seuls les paiements des majorations indiquées en vert seront payés manuellement par les caisses avec le code prestation FSA.
- ❗ Dans le cadre de la préparation de mon espace santé, la création des DMP est arrêté au 1^{er} juillet 2021. Cette évolution met fin à la rémunération prévue aux articles 6.1 et 22 de la convention nationale des infirmiers.

1.1. Disposer d'un logiciel métier compatible DMP

1.1.1. Description de l'indicateur

Le professionnel doit disposer d'un logiciel métier compatible avec le Dossier Médical Partagé (DMP) pour faciliter le suivi des patients et leur prise en charge coordonnée entre professionnels.

Pour atteindre cet indicateur en 2021, le professionnel doit disposer avant le 31/12/2021 d'un équipement comprenant les deux éléments suivants :

- un logiciel métier,
- un logiciel compatible avec l'usage du DMP (composant intégré au logiciel métier).



A noter :

Pour valider cet indicateur, le professionnel doit disposer d'un logiciel métier compatible DMP ou avoir recours à un connecteur associé et avoir réalisé au moins un flux quel que soit le type de ce flux durant l'année.

L'utilisation du « Web DMP » ne permet pas de valider l'indicateur « compatibilité avec le DMP ».

1.1.2. Modalités de déclaration par le professionnel

Cet indicateur est déclaratif via l'espace dédié sur amelipro. Ainsi, pendant la campagne de saisie des indicateurs déclaratifs du forfait, le professionnel doit déclarer 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.



Toutefois, pour faciliter les déclarations, il est prévu que cet indicateur soit pré-rempli directement à partir du système d'information de l'Assurance Maladie.

❖ Concernant la notion de « compatibilité avec l'usage du DMP » :

- si au cours de l'année considérée, le professionnel a réalisé au moins une action quel que soit son type : création, alimentation, consultation, gestion de données administratives, recherche d'un DMP, ... via un logiciel DMP compatible, le sous-indicateur relatif à son logiciel compatible DMP sera automatiquement alimenté à partir des traces du système d'information du DMP.

Un premier chargement des données disponibles issues du SI DMP est effectué avant l'ouverture de la saisie des indicateurs sur amelipro.

A noter que la création des DMP n'étant plus possible depuis le 1er juillet 2021 au démarrage de la phase pilote du déploiement de MES « Mon Espace Santé », les flux relatifs à cette action ne permettent plus la validation de l'indicateur à compter de cette date.

- En l'absence d'interaction sur au moins un DMP au cours de l'année 2021, le professionnel doit déclarer sur son espace amelipro, lors de la phase de déclaration des indicateurs déclaratifs, les éléments de son équipement relatifs à la compatibilité avec le DMP à partir d'une liste déroulante mise à jour sur amelipro et disponible en cliquant, directement dans la rubrique, permettant la saisie de ces indicateurs (cf. [image écran ci-dessous](#)).

1 Logiciel métier En savoir +

Disposer d'un logiciel métier

Merci de renseigner vos logiciels. Il peut s'agir du même logiciel pour les deux indicateurs.

Votre logiciel métier :
ACTEUR.FR - 2.2 - ATLANTIDE RENSEIGNER

[Merci de joindre les pièces justificatives requises pour cet indicateur](#)

2 Logiciel Compatible DMP En savoir +

Disposer d'un logiciel métier compatible avec le dossier médical partagé (DMP).

Merci de renseigner vos logiciels. Il peut s'agir du même logiciel pour les deux indicateurs.

Votre logiciel DMP compatible :
A renseigner RENSEIGNER

[Merci de joindre les pièces justificatives requises pour cet indicateur](#)

☐ J'atteste avoir satisfait aux conditions des indicateurs déclarés pour la forfait d'aide à la modernisation et informatisation du cabinet professionnel et m'engage à tenir à disposition de l'Assurance Maladie tout document justifiant leur atteinte.

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

RETOUR TRANSMETTRE



Il est à noter que cet indicateur ne fait l'objet d'aucune proratisation en fonction d'une éventuelle date d'acquisition de l'équipement. Le professionnel équipé au 31/12/2021 d'un logiciel compatible DMP ou d'un connecteur valide l'indicateur quelle que soit la date d'acquisition de son équipement.

1.1.3. Justificatifs requis

❖ Le professionnel a bénéficié du pré-remplissage

Si le professionnel a bénéficié du pré-remplissage de son indicateur à partir du système d'information de l'Assurance Maladie (données issues du système d'information du DMP), **aucun justificatif complémentaire ne doit être produit.**

Lors de la phase annuelle de saisie des indicateurs déclaratifs sur amelipro, le professionnel doit simplement vérifier les informations pré-renseignées et procéder, le cas échéant, aux corrections nécessaires et fournir si besoin les pièces justificatives permettant de prendre en compte les modifications apportées.

❖ Le professionnel n'a pas bénéficié du pré-remplissage

En l'absence de pré-alimentation à partir du système d'information de l'Assurance Maladie, et après avoir déclaré manuellement via amelipro les informations relatives à son équipement, le **professionnel transmet obligatoirement à sa caisse de rattachement les pièces justifiant l'acquisition de l'équipement** déclaré sur le logiciel métier et la compatibilité avec le DMP.

Les justificatifs présentés par le professionnel doivent permettre d'identifier :

- l'éditeur du logiciel,
- le nom du logiciel,
- la date de son acquisition.

Les justificatifs d'achat (factures ou bons de commande émis), ou attestation de l'éditeur sont recevables.

Concernant la compatibilité avec le DMP, le justificatif doit :

- 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 professionnel a souscrit à un pack complémentaire spécifique.

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

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



1.1.4. Fréquence de la fourniture des justificatifs aux caisses par le professionnel

Les justificatifs sont requis dans les cas suivants :

- **la première année de saisie des indicateurs par le professionnel,**
- **en cas de changement d'éditeur de logiciel (l'envoi de nouveaux justificatifs est alors nécessaire pour valider l'indicateur).**

Si le professionnel a déjà fourni les justificatifs, ces documents sont ensuite valables pour la durée de la convention. Il ne sera donc plus nécessaire de renvoyer les justificatifs. Dans ce cas, la mention « *pièce justificative validée par la CPAM* » s'affiche sous l'indicateur.

1.2. 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

1.2.1. Description de l'indicateur

Le professionnel doit disposer, au 31/12/21, 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 de référence.

L'objectif est que le professionnel dispose d'un outil de facturation comportant les fonctionnalités les plus à jour et notamment celles qui fiabilisent la facturation et simplifient les échanges avec l'Assurance Maladie.

A noter :

Pour valider cet indicateur les professionnels doivent à la fois :

- **être équipés de la version du cahier des charges** (précisée ci-après)
- **et également des avenants** (précisés ci-après)

et avoir procédé à une facturation conforme au plus tard le 31/12/2021.

- ❖ Pour les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les pédicures-podologues et les orthoptistes

Pour l'année 2021 (paiement en 2022), ces professionnels de santé **devront être équipés au 31/12/2021, a minima, de la version 1.40 addendum 7 du cahier des charges SESAM-Vitale.**

Les avenants devant être intégrés pour valider cet indicateur sont :

- **l'avenant Tiers Payant ALD-MATERNITE**
- **l'avenant suivi des factures TP (RSP 580)**



❖ Pour les sages-femmes

Pour l'année 2021 (paiement en 2022), **les sages-femmes devront disposer, au 31/12/2021, a minima, de la version 1.40 addendum 7 du cahier des charges SESAM-Vitale (précédemment la version 1.40 addendum 6 était exigée).**

Les **avenants** devant être intégrés pour valider cet indicateur sont :

- **l'avenant Tiers Payant ALD-MATERNITE**
- **la CCAM Sage-femme**
- **Suivi des factures en tiers payant (RSP 580)**
- **Télémédecine**

❖ Pour les chirurgiens-dentistes

Pour l'année 2021 (paiement en 2022), **les chirurgiens-dentistes devront être équipés, au 31/12/2021, a minima, de la version 1.40 addendum 7 du cahier des charges SESAM-Vitale.**

Les **avenants** devant être intégrés pour valider cet indicateur sont :

- **la CCAM dentaire**
- **l'avenant 100% santé**
- **Suivi des factures en tiers payant (RSP 580)**

❖ Pour les infirmiers

Pour l'année 2021 (paiement en 2022), **les infirmiers devront être équipés, au 31/12/2021, a minima, de la version 1.40 addendum 7 du cahier des charges SESAM-Vitale.**

Les **avenants** devant être intégrés pour valider cet indicateur sont :

- **l'avenant Tiers Payant ALD-MATERNITE**
- **Suivi des factures en tiers payant (RSP 580)**
- **Accompagnement à la téléconsultation**
- **Evolution de la gestion des indemnités kilométriques**

1.2.2. Modalités de déclaration et justificatifs requis

Cet indicateur est automatiquement mesuré par l'Assurance Maladie à partir des flux de facturation émis par le professionnel au plus tard le 31/12/2021. **Aucun justificatif n'est requis.**

1.3. Utiliser la solution SCOR / afficher ses horaires d'ouverture

1.3.1. Description de l'indicateur

- ❖ Pour les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les infirmiers, les pédicures-podologues et les orthoptistes.



Le professionnel doit utiliser le dispositif SCOR pour la transmission électronique à l'Assurance Maladie des pièces justificatives dématérialisées.
L'indicateur est considéré comme atteint dès lors que le professionnel a émis au moins un flux SCOR dans l'année de référence.

Ainsi, pour bénéficier de ce forfait, un flux SCOR doit être émis **entre le 01/01/2021 et le 31/12/2021**.

❗ Pour les **sages-femmes** cet indicateur est optionnel : **les sages-femmes n'atteignant pas cet indicateur pourront percevoir l'aide forfaitaire si elles atteignent les 4 autres indicateurs prérequis (neutralisation de l'indicateur).**

❖ Pour les chirurgiens-dentistes

Cet indicateur est remplacé par « Afficher ses horaires d'ouverture du cabinet dans annuaire santé ».

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.

1.3.2. Modalités de déclaration et justificatifs requis

❖ Pour les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les infirmiers, les pédicures-podologues et les orthoptistes.

Cet indicateur est automatiquement mesuré par l'Assurance Maladie. Le professionnel n'a donc **pas de justificatif à envoyer**.

Le professionnel peut consulter l'atteinte ou non de cet indicateur via son espace amelipro.

❖ Pour les chirurgiens-dentistes

Renseigner les horaires **au plus tard le 31/12/2021** à partir d'amelipro dans la rubrique *Activités>Pratiques>Horaires de cabinet* afin qu'ils soient accessibles aux patients sur annuaire santé.

Aucun justificatif n'est requis.

1.4. Atteindre un taux de télétransmission ≥ 70%

1.4.1. Description de l'indicateur

Le professionnel doit atteindre un taux de télétransmission en FSE en modes sécurisé Vitale et SESAM sans 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 70% de l'ensemble de son activité réalisé sur l'année de référence

L'objectif est de fiabiliser la facture et garantir des délais de paiement très courts pour le professionnel.

Pour le calcul du taux de télétransmission FSE, sont exclus du champ les actes exécutés 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 prestations de soins effectuées dans leur totalité hors présence du patient,
- les actes de télésoins, lorsque ces derniers sont 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 (et non plus exclus comme précédemment).

Le calcul de l'indicateur, qui est 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 professionnel de santé au cours de l'année de référence, quel que soit le régime et sur l'ensemble des situations d'exercice.



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

Calcul de l'indicateur :

$$\frac{\text{Nombre actes FSE tous régimes}}{\text{Total actes tous régimes}} \geq 70\%$$

Le professionnel est donc réputé remplir cette condition dès lors que le ratio calculé est $\geq$ à 70%.

1.4.2. Modalités de déclaration et justificatifs requis

Cet indicateur est calculé automatiquement par l'Assurance Maladie et **ne nécessite donc aucun justificatif**.

Le professionnel peut visualiser via amelipro l'atteinte ou non de cet indicateur.

1.5. Disposer d'une messagerie sécurisée de santé

1.5.1. Description de l'indicateur

Le professionnel doit utiliser une messagerie sécurisée de santé qui réponde aux exigences de l'espace de confiance MSSanté (messageries sécurisées de santé) avant le 31 décembre de l'année de référence.

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.

Cette boîte aux lettres peut être :

- soit personnelle, c'est-à-dire attribuée à un seul professionnel ;
- soit organisationnelle, c'est-à-dire qu'elle peut être partagée entre plusieurs utilisateurs habilités.

- ❗ Il est à noter qu'à compter de 2021, **pour les utilisateurs de la solution Apicrypt**, seule l'utilisation d'Apicrypt V2 interopérable est prise en compte pour valider l'indicateur « disposer d'une messagerie sécurisée de santé ».

1.5.2. Modalités de déclaration et justificatifs requis :

- ❖ Le professionnel a bénéficié du pré-remplissage:



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. Dans ce cas **aucun justificatif n'est demandé** au professionnel.

❖ Le professionnel n'a pas bénéficié du pré-remplissage:

Les professionnels pour lesquels aucune utilisation de messagerie de santé n'a été détectée durant l'année de référence (absence de pré-remplissage automatique) mais qui disposeraient d'une messagerie sécurisée de santé, doivent la **déclarer sur leur espace ameli.pro**.

Pour simplifier la procédure de récupération des justificatifs dans ce cas, le professionnel devra **attester sur l'honneur disposer d'une messagerie sécurisée de santé** en cochant la case correspondante sur l'écran de saisie sur ameli.pro (cf. [image écran ci-dessous](#)).

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

Cas particuliers

Les BAL organisationnelles présentent dans l'annuaire national MSSanté ne permettent pas d'identifier tous les professionnels utilisateurs de cette messagerie partagée. Par conséquent, aucun pré-remplissage automatique ne pourra être effectué pour les utilisateurs de ces messageries organisationnelles.

Un collaborateur libéral pourra valider cet indicateur à condition qu'il dispose d'une attestation du professionnel titulaire qui précise qu'il met à disposition de son collaborateur sa messagerie, avec copie des justificatifs de l'équipement du cabinet.

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

1.6. Indicateur complémentaire : s'impliquer dans la prise en charge coordonnées des patients

1.6.1. Description de l'indicateur



Cet indicateur valorise le professionnel impliqué dans une démarche de prise en charge coordonnée des patients sur un territoire donné et a pour but d'optimiser le parcours de soins des patients.

Pour atteindre cet indicateur, le professionnel doit participer à une équipe de soins primaires (ESP) telle que définie à l'article L.1411-11-1 du code de la santé publique (CSP), ou à une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), telle que définie à l'article L. 1434-12 du CSP, ou à une maison de santé pluri-professionnelle (MSP), telle que définie à l'article L.6323-3 du CSP.

 A noter :

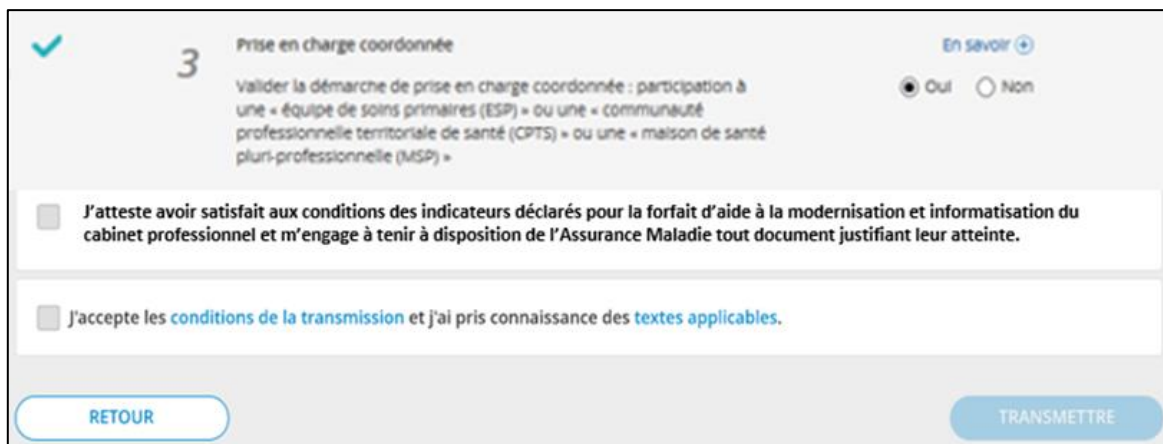
La définition de l'exercice coordonné a évolué au regard des négociations conventionnelles récentes (avenant n°7 à la convention nationale des médecins, avenant n°6 à la convention nationale des infirmiers et accord convention interprofessionnel en faveur du déploiement des CPTS) et sera amenée à être revue et adaptée pour l'ensemble des professions dans le cadre des futurs accords conventionnels.

Par conséquent, **il convient d'appliquer avec souplesse les critères permettant de bénéficier de cet indicateur** (appartenance à une MSP, ESP, CPTS ou autres formes d'organisations capables d'apporter une réponse coordonnée de proximité aux besoins de prise en charge des patients).

1.6.2. Modalités de déclaration et justificatifs requis

Pour bénéficier de la rémunération complémentaire (100€) au titre de cet indicateur, le professionnel **doit déclarer chaque année sur amelipro son implication durant l'année de référence dans une démarche de prise en charge coordonnée des patients.**

Afin de simplifier l'envoi des justificatifs par les professionnels et leur recueil par les caisses, le professionnel doit simplement **attester sur l'honneur** (en cochant la case sur amelipro) participer à l'un des dispositifs de démarche coordonnée permettant de valider cet indicateur.



The screenshot shows a web form for declaring the 'Prise en charge coordonnée' indicator. At the top, there is a green checkmark and the number '3'. The title is 'Prise en charge coordonnée'. Below it, the text reads: 'Valider la démarche de prise en charge coordonnée : participation à une « équipe de soins primaires (ESP) » ou une « communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) » ou une « maison de santé pluri-professionnelle (MSP) »'. To the right, there is a link 'En savoir +'. Below the text, there are two radio buttons: 'Oui' (selected) and 'Non'. Further down, there are two checkboxes. The first checkbox is labeled 'J'atteste avoir satisfait aux conditions des indicateurs déclarés pour la forfait d'aide à la modernisation et informatisation du cabinet professionnel et m'engage à tenir à disposition de l'Assurance Maladie tout document justifiant leur atteinte.' The second checkbox is labeled 'J'accepte les conditions de la transmission et j'ai pris connaissance des textes applicables.' At the bottom, there are two buttons: 'RETOUR' and 'TRANSMETTRE'.



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

Le professionnel s'engage également à tenir à disposition de l'Assurance Maladie les justificatifs correspondants, à présenter en cas de contrôles *a posteriori*.

1.7. Indicateurs optionnels télémedecine et DMP

L'infirmier, l'orthophoniste ou l'orthoptiste impliqué dans le déploiement de l'activité de télémedecine pourra dans le cadre du forfait d'aide à la modernisation bénéficier d'une aide forfaitaire à l'équipement, selon les modalités suivantes :

- 350 euros pour l'équipement de vidéotransmission y compris pour les abonnements aux différentes solutions techniques proposés en matière de recours aux actes de télémedecine,
- 175 euros pour l'équipement en appareils médicaux connectés dont la liste se trouve en annexe 1 sur avis de la commission paritaire nationale et actualisée chaque année.

(la liste des équipements sera disponible sur ameli.pro)

L'aide forfaitaire pour l'équipement à la télésanté peut être perçue indépendamment de l'atteinte des indicateurs « socles » de l'aide à la modernisation et à l'informatisation (SCOR, taux de télétransmission...).

L'infirmier ayant procédé à l'ouverture de dossiers médicaux partagés (DMP) pourra dans le cadre de ce forfait bénéficier également d'une contribution annuelle valorisée à 1 euro par DMP ouvert jusqu'au 1^{er} juillet 2021.

Cet indicateur (nombre de DMP) est automatiquement mesuré par l'Assurance Maladie. Le professionnel n'a donc **pas de justificatif à envoyer**.

2. Modalités de déclaration des indicateurs

Pour valider les différents indicateurs déclaratifs et pouvoir bénéficier de la rémunération forfaitaire, le professionnel doit procéder à la déclaration des indicateurs en ligne sur ameli.pro.

Pour les indicateurs de l'année 2021, les dates prévisionnelles de la saisie des indicateurs sont : du 11/01/2022 au 02/03/2022.

La saisie des indicateurs est réalisée dans l'espace ameli.pro via la rubrique «activités», onglet « ma convention ».



A titre exceptionnel et dérogatoire, à défaut d'utilisation d'amelipro, une déclaration sur support papier peut être effectuée auprès de la caisse d'Assurance Maladie de rattachement.

❖ **Récapitulatif des indicateurs devant faire l'objet d'une déclaration sur amelipro** au titre de l'exercice 2021 :

Indicateur pré-requis	Utilisation d'une messagerie sécurisée de santé Disposer d'un logiciel métier compatible DMP
Indicateur complémentaire	Implication dans une prise en charge coordonnée du patient Equiperment en télémedecine

3. 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.

Pour l'année 2021, le paiement de l'aide sera versé au cours du deuxième trimestre 2022.

Pour pouvoir bénéficier de la rémunération forfaitaire, le professionnel doit atteindre les 5 indicateurs obligatoires (indicateurs déclaratifs et indicateurs mesurés automatiquement par l'Assurance Maladie). L'atteinte du 6^{ème} indicateur « engagement à une prise en charge coordonnée des patients » permet l'obtention d'une aide complémentaire.

La vérification de l'atteinte des indicateurs du forfait est appréciée au 31/12 de l'année de référence. Par conséquent, les indicateurs du forfait ne font l'objet d'aucune proratisation.

Ainsi, si le professionnel atteint l'ensemble des indicateurs obligatoires au 31/12/2021, il percevra une aide de 490€. S'il atteint en plus l'indicateur complémentaire, il bénéficiera de 100€ supplémentaires soit une aide totale de 590€.

En revanche, il est impossible de percevoir la seule rémunération complémentaire de 100€.

Annexe 1 : liste des appareils médicaux connectés