CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE

NOTE METHODOLOGIQUE 2019

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

CHIRURGIENS-DENTISTES
MASSEURS-KINESITHERAPEUTES
ORTHOPHONISTES
SAGES-FEMMES

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.

SOMMAIRE

Présentation du forfait d'aide à la modernisation et informatisation du cabinet professionnel 3
1. Présentation des différents indicateurs 4
1.1. Disposer d'un logiciel métier compatible DMP 6
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 8
1.3. Utiliser la solution SCOR 10
1.4. Atteindre un taux de télétransmission ≥ 70% 11
1.5. Disposer d'une messagerie sécurisée de santé 12
1.6. Indicateur complémentaire : s'impliquer dans la prise en charge coordonnées des patients 14
2. Modalités de déclaration des indicateurs 15
3. Calcul de la rémunération 16
4. Vérifications 17

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 (signée le 21 juin 2018), par l'avenant n°5 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes (signé le 6 novembre 2017), par l'avenant n°16 à la convention nationale des orthophonistes (signé le 18 juillet 2017), ainsi que par l'avenant n°4 à la convention nationale des sages-femmes (signé le 29 mai 2018), vise à accompagner les professionnels investissant 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.

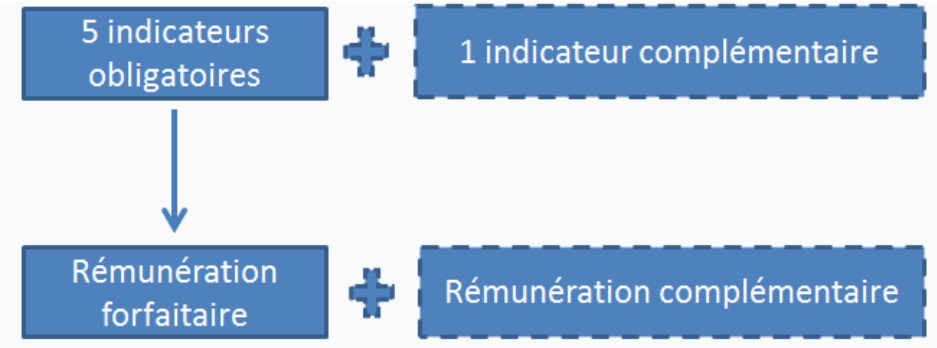
Ce forfait aide donc les professionnels à moderniser et informatiser leur cabinet en soutenant la dynamique enclenchée en matière de dématérialisation et de simplification des échanges entre professionnels et avec l'assurance maladie tout en garantissant un haut niveau de sécurité dans la transmission 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 2019 (paiement en 2020), ce forfait **est ouvert à l'ensemble des chirurgiens-dentistes, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes et sages-femmes libéraux conventionnés**.

Ce forfait est composé de 5 indicateurs obligatoires auxquels peut s'ajouter un indicateur optionnel.
Les 5 indicateurs obligatoires doivent tous être atteints pour que le professionnel libéral puisse bénéficier de la rémunération correspondante.

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



1. Présentation des différents indicateurs

Pour pouvoir bénéficier de la rémunération forfaitaire (490€), le professionnel doit atteindre 5 indicateurs obligatoires.
L'atteinte du 6ème indicateur « bonus » permet l'obtention d'une aide complémentaire (100€) qui s'ajoute à l'aide forfaitaire liée aux indicateurs obligatoires.

A noter :
Pour les sages-femmes compte tenu de la spécificité de leur mode de facturation, l'indicateur obligatoire « Utiliser la solution SCOR » est facultatif.

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 1ère année ou en cas de changement)
	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 ⓿ *Pour les **chirurgiens-dentistes**, cet indicateur est supprimé et remplacé par « Afficher ses horaires d'ouverture du cabinet dans annuaire santé »* ⓿ *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-alimentation	Pré-alimentation avec annuaire MSS ou attestation sur l'honneur
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**		

** **En 2018** (paiement 2019) ces deux indicateurs ont été neutralisés pour les masseurs kinésithérapeutes et les orthophonistes compte tenu du faible taux de déploiement des logiciels DMP compatible et de la messagerie sécurisée de santé.*

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 2019, le professionnel doit disposer avant le 31/12/2019 d'un équipement comprenant les deux éléments suivants :

- un logiciel métier,
- un logiciel compatible avec l'usage du DMP.

A noter :

Pour valider cet indicateur, le professionnel doit disposer d'un logiciel métier compatible DMP ou avoir recours à un connecteur associé.
L'utilisation du « Web DMP » ne permet pas de valider l'indicateur « compatibilité avec le DMP ».

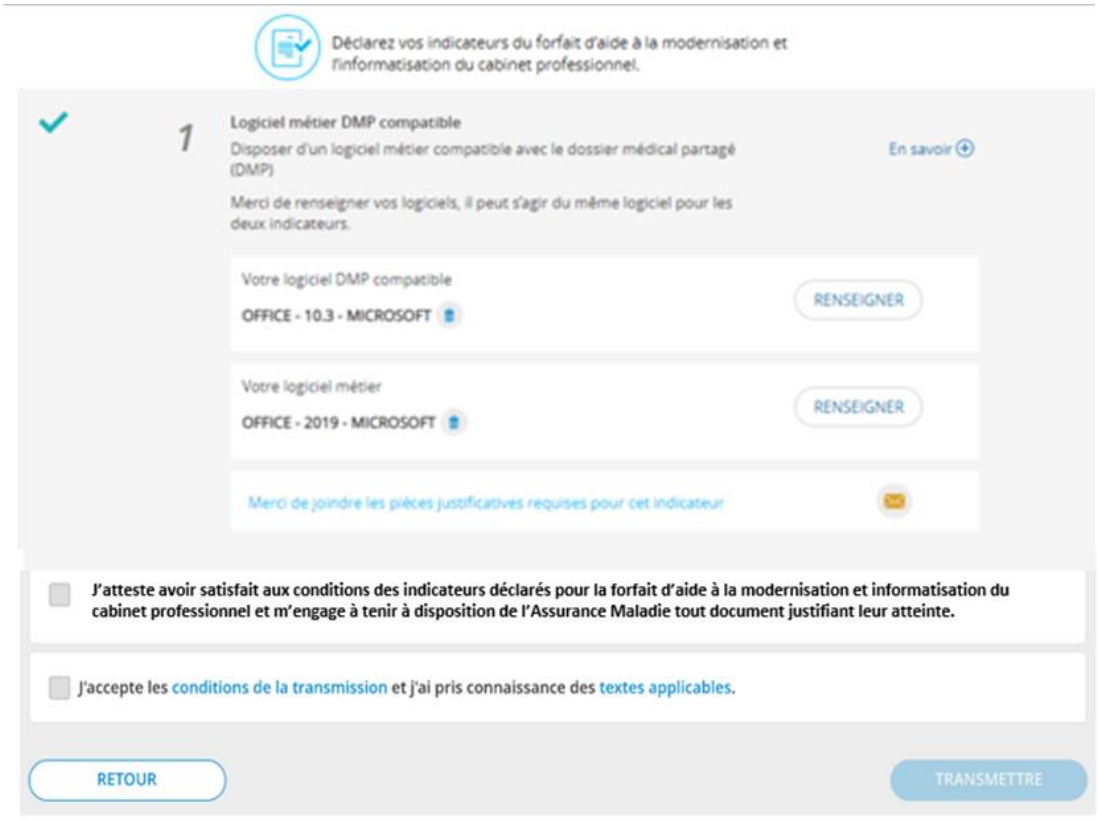
1.1.2. Modalités de déclaration par le professionnel

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 une action d'ouverture, de consultation ou d'alimentation du DMP d'un patient partir de son logiciel ou via un connecteur, 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.
- En l'absence d'interaction sur un DMP au cours de l'année 2019, 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).



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 31/12/2019 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 décembre de l'année de référence pour le calcul de la rémunération, 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 être **équipés d'une version équipée des avenants** (précisée ci-après)

et avoir procédé à une facturation conforme au plus tard le 31/12/2019.

❖ Pour les masseurs-kinésithérapeutes et les orthophonistes

Pour l'année 2019 (paiement en 2020), **les masseurs-kinésithérapeutes et les orthophonistes devront disposer, au 31/12/2019, *a minima,* de la version 1.40 addendum 6 PC/SC du cahier des charges SESAM-Vitale** (précédemment la version 1.40 2bis était exigée).

Pour l'année 2019 (paiement en 2020), **les avenants** devant être intégrés pour valider cet indicateur sont :

- ✓ **l'avenant Tiers Payant ACS**
- ✓ **l'avenant Tiers Payant ALD-MATERNITE**
- ✓ **l'avenant suivi des factures TP**

❖ Pour les sages-femmes

Pour l'année 2019 (paiement en 2020), **les sages-femmes devront disposer, au 31/12/2019, *a minima,* de la version 1.40 addendum 2 bis du cahier des charges SESAM-Vitale.**

Pour l'année 2019 (paiement en 2020), les **avenants** devant être intégrés pour valider cet indicateur sont :

- ✓ **l'avenant Tiers Payant ACS**
- ✓ **l'avenant Tiers Payant ALD-MATERNITE**
- ✓ **l'avenant CCAM SF**

❖ Pour les chirurgiens-dentistes

Pour l'année 2019 (paiement en 2020), **les chirurgiens-dentistes devront disposer, au 31/12/2019, *a minima,* de la version 1.40 addendum 6 PC/SC du cahier des charges SESAM-Vitale.**

Pour l'année 2019 (paiement en 2020), les **avenants et évolution** devant être intégrés pour valider cet indicateur sont :

- ✓ **la CCAM dentaire**
- ✓ **l'avenant 100% santé**

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 31/12/2019. **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 et les sages-femmes

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 en 2019 au titre de l'exercice 2019, le masseur-kinésithérapeute ou l'orthophoniste doit **avoir émis au moins un flux SCOR entre le 01/01/2019 et le 31/12/2019**.

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 supprimé et 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.

En raison de l'impossibilité pour les professionnels d'enregistrer leurs horaires d'ouverture sur annuaire santé, **pour 2019 (paiement 2020) cet indicateur est exceptionnellement neutralisé pour les chirurgiens-dentistes**.

1.3.2. Modalités de déclaration et justificatifs requis

❖ Pour les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes et les sages-femmes

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 améli pro.

❖ Pour les chirurgiens-dentistes

Pour rappel, cet indicateur est neutralisé exceptionnellement en 2019.

Renseigner les horaires **au plus tard le 31/12/2019** 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 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 prestations de soins effectuées dans leur totalité hors présence du patient et,

les actes facturés via la facturation électronique des établissements de santé sur bordereau CERFA S3404.

Le calcul de l'indicateur est effectué à partir du SNIIRAM, comme suit :

Calcul de l'indicateur :

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

Le calcul de ce ratio, repose sur :

- Le « nombre actes FSE tous régimes » correspondant au nombre d'actes télétransmis en FSE par le professionnel à partir de sa première FSE réalisée au cours de l'année de référence, quel que soit le régime.
- Le « total actes tous régimes » correspondant au dénombrement total des actes facturés, au format électronique et papier, factures transmises par le professionnel à partir de la date de sa première FSE, quel que soit le régime.

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

- ❖ Si le professionnel n'a pas télétransmis dans l'année qui précède l'année de référence et démarre son activité de télétransmission pendant l'année de référence

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, la date servant au calcul de l'aide versée en 2020 au titre de 2019 sera individualisée uniquement pour les professionnels ayant démarré leur télétransmission en 2019.

La période sur laquelle est calculé le taux de FSE débute le 1er jour du mois civil suivant la date de la première FSE (exemple : 1ère FSE effectuée au cours du mois de mai, le calcul du taux de télétransmission débute le 1er juin).

A noter :
Si la première FSE est réalisée au cours du mois de décembre 2019, le décompte du taux de FSE ne pourra être effectué que l'année suivante (en 2020) et l'indicateur ne sera pas validé pour l'année 2019.

- ❖ Si le professionnel a télétransmis pendant l'année qui précède l'année de référence

Si le professionnel a télétransmis au cours de l'année qui précède l'année de référence, la période prise en compte dans le calcul est du 1er janvier au 31 décembre de l'année de référence.
Ainsi et pour exemple, si le professionnel a télétransmis en 2018, le ratio est calculé sur la base des factures émises entre le 01/01/2019 et le 31/12/2019.

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 boite aux lettres peut être :

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

A compter de 2019, l'utilisation d'apicrypt V2 est prise en compte pour valider l'indicateur (cf ci-dessous).

1.5.2. Modalités de déclaration et justificatifs requis :

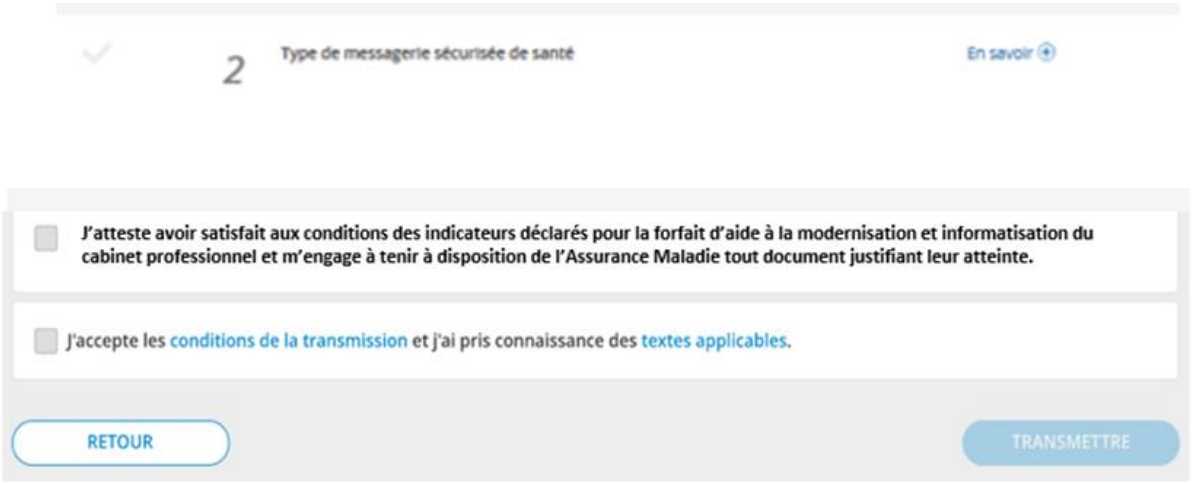
❖ Le professionnel a bénéficié du pré-remplissage:

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 amelipro.**
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 amelipro (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.

Pour les utilisateurs d'apicrypt
Apicem a annoncé courant 2018 que la deuxième version de son outil de messagerie Apicrypt a rejoint l'espace de confiance MSSanté (messageries sécurisées de santé) promu par l'Agence des systèmes d'information partagés de santé (Asip santé).
Pour 2019 :
• La version 2 d'Apicrypt est prise en compte pour l'appréciation de l'atteinte de l'indicateur du forfait d'aide à la modernisation.
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.
• Reconduction exceptionnelle de la prise en compte d'apicrypt V1.
A titre exceptionnel pour 2019, pour tenir compte des délais de migration vers la version 2, l'utilisation de la version 1 d'Apicrypt est prise en compte pour valider l'indicateur.

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.

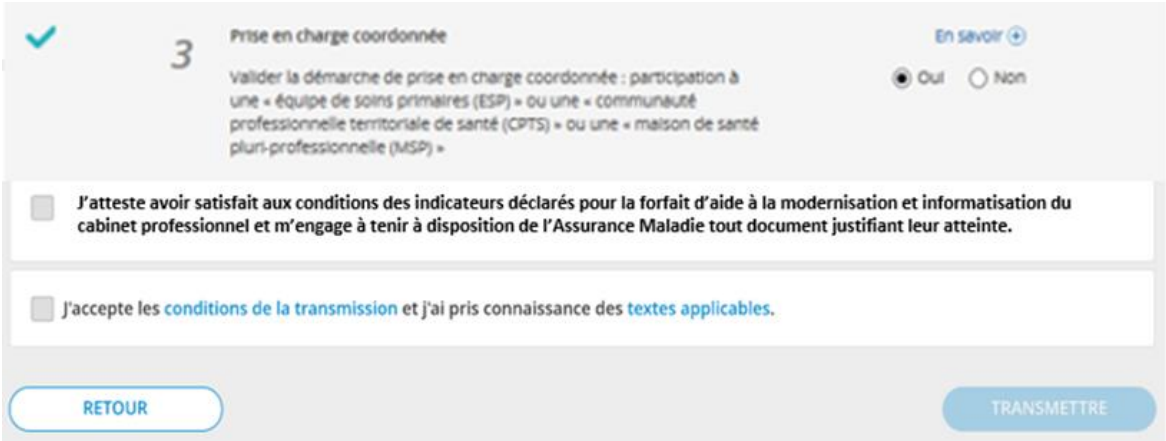
A noter :
La définition de l'exercice coordonné a évolué au regard des négociations conventionnelles récentes (avenant n°7 à la convention nationale des médecins, avenant n°6 à la convention nationale des infirmiers et accord convention interprofessionnel en faveur du déploiement des CPTS) et sera amenée 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.



Un récapitulatif de l'ensemble des indicateurs ayant fait l'objet de l'attestation sur l'honneur est mis à disposition du professionnel sur amelipro 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*.

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 amelipro.

Pour les indicateurs de l'année 2019, les dates prévisionnelles de la saisie des indicateurs pour les chirurgiens-dentistes, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes et sages-femmes seront précisées. Une information sera donnée quelques semaines avant l'ouverture de la saisie.

La saisie des indicateurs est réalisée dans l'espace amelipro 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 :

Indicateurs obligatoires	**Utilisation d'un logiciel métier compatible DMP**
	Utilisation d'une messagerie sécurisée de santé
Indicateur complémentaire	Implication dans une prise en charge coordonnée du patient

3. Calcul de la rémunération

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

Pour l'année 2019, le paiement de l'aide sera versé au cours du deuxième trimestre 2020.

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 6ème indicateur « bonus » 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 avant le 31/12/2019, 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€.

Ainsi, le professionnel pourra se trouver dans l'une des trois situations suivantes :

Description de la situation	Montant de l'aide versée
Le professionnel n'a pas atteint l'ensemble des 5 indicateurs obligatoires	0 euros
Le professionnel a atteint les 5 indicateurs obligatoires mais pas l'indicateur complémentaire	490 euros
Le professionnel a atteint les 5 indicateurs obligatoires ainsi que l'indicateur complémentaire	590 euros

4. Vérifications

A la fin de la période de saisie des indicateurs, le professionnel pourra générer un document sous format pdf récapitulant l'ensemble des éléments déclarés. Il devra conserver ce document ainsi que les pièces justificatives afférentes.

En effet, les services de l'Assurance Maladie pourront être amenés à procéder à des contrôles notamment concernant 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.