



**l'Assurance  
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

## FORFAIT D'AIDE A LA MODERNISATION ET A L'INFORMATISATION DU CABINET (FAMI) INDICATEURS DÉCLARATIFS pour l'année 2021



**DU 11 JANVIER 2022 AU 2 MARS 2022 MINUIT :**

### **POUR LES INDICATEURS DÉCLARATIFS RELATIFS AU FAMI :**

- **Déclarez vos indicateurs :** vos 2 indicateurs socles et vos 3 indicateurs complémentaires doivent être déclarés sur amelipro dans la rubrique « Ma convention » accessible via l'onglet « Indicateurs Convention médicale (ROSP) » de la rubrique « Activités » ou au moyen de ce formulaire.
- **Envoyez le formulaire complété,** par email via la fonctionnalité sur amelipro à l'adresse suivante « [Conventionmed.cpam-XX@assurance-maladie.fr](mailto:Conventionmed.cpam-XX@assurance-maladie.fr) » ou par courrier à votre CPAM, après l'avoir identifié à l'aide de votre cachet professionnel et de votre signature.



**ENTRE VOUS ET NOUS**

**Tout savoir  
sur le FAMI**

Scannez  
le QR Code.





NOM, PRÉNOM

N°ASSURANCE MALADIE

## INDICATEUR SOCLE

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

Utilisation d'une messagerie sécurisée de santé

 Messagerie sécurisée de santé – MSS Boîte organisationnelle collective Apycrypt v2

## INDICATEUR COMPLEMENTAIRE

INDICATEUR		
Implication dans des démarches de prise en charge coordonnée	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Équipement pour vidéotransmission sécurisée (solution payante uniquement)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Équipements médicaux connectés (selon liste)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

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

VOTRE SIGNATURE

VOTRE CACHET