GUIDE METHODOLOGIQUE

DOTATION NUMERIQUE (DONUM) 2026

REFERENCE : ANNEXE 8 DE LA CONVENTION MEDICALE

Sommaire

Présentation de la Dotation Numérique (DONUM) 3
I. Volet socle - valoriser l'investissement dans les outils et l'utilisation des principaux téléservices 4
II. Volet optionnel - Valoriser l'utilisation du numérique en santé 12
III. Modalités de déclaration des indicateurs déclaratifs par les médecins 17
IV. Calcul de la rémunération 19
V. Vérifications 19
Annexe - Attestation pour les éditeurs de logiciels 21

Présentation de la Dotation Numérique (DONUM)

La dotation numérique est une rémunération valorisant uniquement l'équipement et les usages numériques. Elle se substitue au forfait structure.

Conformément à l'article 28-2 de la convention médicale, la dotation numérique est entrée en vigueur le 1er janvier 2026.

L'objectif de ce forfait est d'apporter un soutien financier aux médecins qui se dotent de moyens pour se libérer d'une partie de leurs tâches administratives afin de 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. Conformément à l'article 32 de la convention médicale, les médecins conventionnés peuvent renoncer à ce forfait.

La dotation numérique comprend 2 volets :

Le premier volet – volet indicateurs socles - est constitué de 2 groupes d'indicateurs qui doivent être atteints pour bénéficier de la rémunération correspondante et pour accéder à la rémunération liée aux indicateurs du volet optionnel.

Le second volet – volet indicateurs optionnels - est constitué de 3 groupes d'indicateurs indépendants les uns des autres.

Chaque groupe d'indicateurs correspond à un nombre de points.

La valeur du point est fixée à 7 euros.

I. Volet socle - valoriser l'investissement dans les outils et l'utilisation des principaux téléservices

Le volet socle de la dotation numérique est dédié à l'utilisation, par les médecins, d'outils soit référencés par les pouvoirs publics (logiciels référencés SEGUR intégrant les fonctionnalités des services socles du numérique en santé (DMP, ordonnance numérique, INS etc)), soit validés par la HAS (logiciels d'aide à la prescription), soit certifiés par le CNDA (logiciel de facturation SESAM-Vitale (logiciels facturation intégrant cahier des charges SV et avenants publiés par le GIE SESAM-Vitale)) ainsi qu'à l'utilisation des principaux télé-services (déclaration médecin traitant-DCMT, Feuille de soins électronique-FSE, Protocole de soins électronique-PSE, arrêt de travail dématérialisé-AAT) lors de leurs échanges avec les CPAM. La validation de ce volet est obligatoire afin de débloquer les indicateurs optionnels. Il est affecté de 280 points pour 2026.

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 optionnels du second volet.

À la différence du forfait structure, pour bénéficier de la rémunération, la moyenne des taux d'usage de chaque groupe d'indicateur du volet socle est calculée et doit atteindre ou dépasser la cible définie pour l'indicateur composite.

Champs	Indicateurs	Nombre de points en 2026	Equivalent en €	Type d'indicateur	Justificatif
Volet socle PRE-REQUIS (tous ces indicateurs *doivent être atteints pour permettre une rémunération* <u>*et*</u> *déclencher celle du volet optionnel)*	<u>Indicateurs 1</u> : Disposer d'un logiciel référencé Ségur et d'un LAP certifié par la HAS (intégration d'une messagerie sécurisée de santé)			Déclaratif avec pré-alimentation	Facture/ attestation de l'éditeur la 1ère année ou si modification
	<u>Indicateur 2</u> : Disposer d'une version du cahier des charges SESAM-Vitale à jour des avenants N-1			Automatisé	
	<u>Indicateur 3</u> : Dématérialisation des téléservices : - Taux de déclaration médecin traitant dématérialisée (DCMT) ; - Taux de protocoles de soins électronique (PSE) ; - Taux de télétransmission FSE ; - Taux d'arrêt de travail en ligne (AAT). La moyenne des taux de recours aux 4 principaux téléservices sécurisés doit être de 60% en 2026.			Automatisé	Pas de justificatif demandé
TOTAL		**280 points**	**1 960 €**		

1. Indicateur 1 : disposer d'un logiciel référencé Ségur avec logiciel d'aide à la prescription (LAP) certifié par la HAS

a. Description de l'indicateur

Les médecins doivent être équipés au 31 décembre 2026 d'un logiciel référencé Ségur (https://industriels.esante.gouv.fr/segur-du-numerique-en-sante/segur-vague-1/solutions-referencees-segur), et d'un LAP certifié HAS.

cf la liste disponible : https://www.has-sante.fr/jcms/c_672760/fr/les-logiciels-d-aide-a-la-prescription-lap-en-medecine-ambulatoire-certifies

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 et des données disponibles notamment dans le cadre des acquisitions de logiciels référencés Ségur effectués dans le cadre du dispositif SONS (Le dispositif Système Ouvert et Non Sélectif programme Ségur médecine de ville). Le sous indicateur LAP certifié HAS ne sera pas renseigné.

Le médecin devra simplement vérifier les informations pré-renseignées 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 donnée sur cet indicateur, le médecin devra impérativement déclarer sur Amelipro, pendant la campagne de saisie des indicateurs déclaratifs, les différents éléments qui composent son équipement, à partir des éléments proposés dans les listes déroulantes.

En l'absence de pré-alimentation de l'indicateur, et après avoir procédé à sa déclaration via Amelipro, le médecin transmet obligatoirement à sa caisse de rattachement, les pièces justifiant de l'acquisition de l'équipement logiciel référencé SEGUR et du logiciel d'aide à la prescription certifié HAS.

- 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). 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, 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 janvier 2027.

Les justificatifs d'achat (factures ou bons de commande émis) ou attestation nominative de l'éditeur sont recevables (Voir annexe 1 pour un modèle d'attestation éditeur).

À noter que les éditeurs de logiciels ont été informés et doivent transmettre aux médecins équipés une attestation nominative ou une facture permettant de déclarer le référencement Ségur.

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

NB : les praticiens hospitaliers exerçant une activité libérale à l'hôpital ou dans une clinique qui utilisent le dossier patient informatisé (DPI) de l'établissement peuvent également déclarer cet indicateur. Les données ne pourront pas être préremplies. Il est nécessaire dans ce cas d'identifier dans la liste déroulante mise à disposition sur Amelipro le logiciel référencé Ségur de l'établissement de santé (DPI) et produire un justificatif fourni par l'établissement mentionnant les coordonnées du médecin et attestant de l'utilisation du DPI par le médecin.

➔ **Dérogation à l'exigence de disposer d'un logiciel référencé Ségur avec logiciel d'aide à la prescription (LAP) certifié par la HAS**

Pour l'année 2026 uniquement, disposer d'un logiciel référencé Ségur ainsi que d'un LAP certifié n'est pas exigé pour les médecins exerçant une spécialité ne disposant pas d'une telle offre de logiciel.

La liste des spécialités exonérées de l'exigence de disposer d'un **logiciel référencé Ségur** est :

- Stomatologie
- Anatomie-cytologie-pathologiques
- Chirurgie orale
- Oncologie radiothérapique
- Radiothérapie
- Santé publique et médecine sociale
- Médecine légale et expertises médicales

La liste des spécialités exonérées de l'exigence de **LAP** est :

- Anesthésie-réanimation chirurgicale
- Chirurgie générale
- Radiodiagnostic et imagerie médicale
- Neurochirurgie
- Ophtalmologie
- Chirurgie urologique
- Stomatologie
- Réanimation médicale
- Néphrologie

- Anatomie-cytologie-pathologique
- 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

Ces médecins bénéficiant d'une dérogation pour ces indicateurs ne font l'objet d'aucune pénalisation pour la validation du volet socle de la dotation numérique. Ils devront toutefois valider les indicateurs 2 et 3 pour percevoir la rémunération associée et ouvrir droit à la rémunération du volet optionnel.

c. 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 ;
- Pour attester de l'équipement en logiciel référencé SEGUR (dans le cas où la donnée n'a pas pu être pré-remplie par rapport aux données issues du dispositif SONS précité).

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

2. Indicateur 2 : disposer d'une version de cahier des charges Sesam-Vitale à jour des avenants N-1

a. Description de l'indicateur

Le médecin doit disposer au 31/12/2026 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 2025.

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 2026, les médecins doivent être équipés :

- **De la version du cahier des charges SESAM-Vitale 1.40 Addendum 8 APCV**

ET

- **des avenants au cahier des charges suivants** :
  - **L'avenant Tiers payant IVG**
  - **L'avenant Santé sexuelle**
  - **L'avenant Factures anonymisées**
  - **L'avenant Maintenance Addendum 8 2024**

Pour valider l'indicateur, les médecins doivent ainsi être à la fois équipés de la version du cahier des charges 1.40 addendum 8 mais également d'une version équipée des avenants Tiers payant IVG, Santé sexuelle, Factures anonymisées et Maintenance Addendum 8 2024, et avoir procédé à une facturation conforme avant le 31 décembre 2026.

b. Justificatifs requis

Cet indicateur est automatiquement mesuré par l'assurance maladie à partir des flux de facturation émis par le médecin. Aucune transmission de justificatif n'est par conséquent requise.

3. Indicateur 3 : taux des principaux téléservices

a. Description de l'indicateur

L'indicateur est composé de **4 principaux téléservices**.

Le taux d'usage du téléservice est pris en compte dans le calcul de la moyenne de l'indicateur si le nombre total de prescriptions ou déclarations effectuées au format papier et dématérialisés (dénominateur des taux d'usages) est supérieur ou égal à 10. Si la volumétrie est inférieure à 10 ce téléservice ne sera pas comptabilisé dans la moyenne.

La moyenne des taux de recours à ces 4 principaux téléservices sécurisés doit être de 60% en 2026 pour valider l'indicateur.

- **Taux de télétransmission FSE** :
  - est pris en compte dans le calcul de l'indicateur le 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)

- 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, lorsqu'ils 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 médecins qui démarrent leur activité de télétransmission SESAM-Vitale pendant la période d'exercice observée.

Ainsi :

- Si le médecin a télétransmis 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.

- Si le médecin n'a pas télétransmis l'année qui précède l'année de référence, 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).

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 médecins démarrant une activité en décembre de l'année de référence seront pris en compte dans le calcul du taux de télétransmission.

- **Taux de déclaration médecin traitant dématérialisée (DCMT)** :
  - est pris en compte dans le calcul de l'indicateur le nombre de DCMT dématérialisées.
  - sont exclus les bénéficiaires :
    - en subsistance ;
    - non rattachés à la caisse ;
    - dont la famille est annulée ou épurée ;
    - dont la famille ne comporte pas de bénéficiaires ;
    - dont le matricule commence par 5, 6, 7, 8 ou 9 (NIR migrants, provisoires ou techniques).

NB : les déclarations de médecin traitant réalisées par les CPAM dans le cadre de l'action « d'aller vers » sont prises en compte au titre de déclarations dématérialisées.

- **Taux de protocoles de soins électronique (PSE)** : est pris en compte dans le calcul de l'indicateur le nombre de protocoles de soins dématérialisés.
- **Taux d'arrêt de travail en ligne (AAT)** : est pris en compte dans le calcul de l'indicateur le nombre d'AAT dématérialisées.

b. Calcul de l'indicateur

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

Pour le 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.

Pour le taux de DCMT dématérialisées, le calcul est effectué comme suit :

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

Pour les taux de PSE, le calcul est effectué comme suit :

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

Pour le taux d'AAT dématérialisés, le calcul est effectué comme suit :

Nombre d'AAT dématérialisés / nombre total des AAT (papier et dématérialisés)

Le calcul de la moyenne se calculera selon la formule suivante :

$$moyenne = \frac{\sum(p_i * \frac{num_i}{dénum_i})}{\sum p_i}$$

Avec p_i le poids de chaque indicateur.

Exemple de calcul : si taux FSE : 80%, taux AAT : 54%, taux DCMT : 76%, taux PSE : 34%, la moyenne est donc égale à 61%.

c. Justificatifs requis

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

II. Volet optionnel - Valoriser l'utilisation du numérique en santé

Ce deuxième volet de la dotation numérique valorise l'utilisation d'un bouquet de téléservices tels que l'ordonnance numérique, le DMP et l'usage de l'application carte Vitale.

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

À la différence du forfait structure, pour bénéficier de la rémunération, la moyenne des taux d'usage de chaque groupe d'indicateur du volet optionnel est calculée et doit atteindre ou dépasser la cible définie pour l'indicateur composite.

Champs	Indicateurs	Nombre de points	En €	Type d'indicateur	Justificatifs
Volet optionnel	<u>Indicateur 1</u> : Dématérialisation des téléservices : - Certificats médicaux AT-MP (CM-ATMP) ; - Déclaration simplifiée de grossesse en ligne (DSG) ; - Prescription électronique de transport (SPE). La moyenne des taux de recours aux 3 téléservices sécurisés doit être de 30% en 2026.	60	420 €	Automatisé	
	<u>Indicateur 2</u> : Recours à l'espace numérique en santé : - Alimentation du DMP - Ordonnances numériques La moyenne des taux de recours aux outils du numérique en santé doit être de 30% en 2026.	60	420 €	Automatisé	
	<u>Indicateur 3</u> : Usage de l'Appli Carte Vitale (ApCV) et de la messagerie de santé de Mon espace santé.	20	140 €	Automatisé	Au moins une FSE réalisée avec ApCV et un message envoyé à un patient via la messagerie sécurisée vers la messagerie de mon espace santé par an
	TOTAL	**140 points**	**980 €**		

1. Indicateur 1 : 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 31/12/2026 un taux moyen de 30% de dématérialisation pour l'ensemble des téléservices suivants :

- la déclaration d'un certificat médical d'Accident de Travail ou de Maladie Professionnelle dématérialisé (CM-ATMP),
- la prescription électronique de transport (SPE),
- la déclaration de grossesse simplifiée (DSG).

La moyenne des taux d'usage de ces 3 téléservices est calculée et doit atteindre ou dépasser la cible de 30%.

Les taux d'usage des téléservices sont pris en compte si le nombre total de prescriptions ou déclarations effectuées au format papier et dématérialisés (dénominateur des taux d'usages) est supérieur ou égal à 10.

Cet indicateur est affecté de 60 points.

b. *Calcul de l'indicateur*

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 dématérialisés (dénominateur), transmis par le médecin au cours de l'année de référence.

Le taux de dématérialisation est calculé comme suit :

- **Taux de déclaration de CM-ATMP dématérialisés** :

Taux = nombre de déclarations de CM-ATMP dématérialisées / nombre total de déclarations CM-ATMP (papier et dématérialisées).

- **Taux de prescriptions de transport (SPE) dématérialisées** :

Taux = nombre de prescriptions de transports dématérialisées via le téléservice / nombre total de prescriptions de transport (papier et dématérialisées) ayant fait l'objet d'une prise en charge.

- **Taux de déclaration de grossesse dématérialisées :**

Taux = nombre de déclarations de grossesse simplifiées dématérialisées via le téléservice / nombre total de déclarations de grossesse (papier et dématérialisées).

Tous ces indicateurs sont indépendants les uns des autres. Il n'est pas nécessaire d'atteindre tous les taux fixés pour chacun des téléservices pour bénéficier des points. L'atteinte du taux de dématérialisation d'un seul téléservice permet de déclencher la rémunération correspondante. Si un indicateur n'atteint pas le minimum nécessaire (10 actes au dénominateur), alors il est exclu du calcul de la moyenne.

Le taux d'usage des 3 services est calculé de façon indépendante.

Pour bénéficier de la rémunération, la moyenne des taux d'usage de ces 3 services est calculée et doit atteindre ou dépasser la cible définie pour l'indicateur composite.

Le calcul de la moyenne se calculera selon la formule suivante :

$$moyenne = \frac{\sum(p_i * \frac{num_i}{dénum_i})}{\sum p_i}$$

Avec p_i le poids de chaque indicateur.

c. Justificatifs requis

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

2. Indicateur 2 : recours à l'espace numérique en santé

a. Description de l'indicateur

Pour bénéficier de la rémunération de cet indicateur, le médecin doit atteindre au 31/12/2026 un taux de 30% dans :

- L'alimentation du dossier médical partagé (DMP) : prise en compte de tous les types de documents alimentés par les PS (pas de prise en compte des documents alimentés par les patients et l'assurance maladie) ;
- L'usage de l'ordonnance numérique.

Cet indicateur est affecté de 60 points.

b. Calcul de l'indicateur

L'alimentation du DMP se calcul en % de consultations donnant lieu à une alimentation d'un document dans le DMP :

- Numérateur : nombre de fois où les DMP sont alimentés par le médecin durant la période d'observation *(couple DMP/date d'alimentation, un DMP alimenté une ou plusieurs fois sur la période est comptabilisé autant de fois que d'actions d'alimentation à des dates distinctes)*
- Dénominateur (nombre de contacts avec les patients) : nombre de fois où les patients sont vus par le médecin (facturation d'un acte) sur la période d'observation

(nombre distinct de dates de soins / patients)

L'usage d'ordonnances numériques se calcul sur les produits de santé :

- Numérateur : nombre de prescriptions de produits de santé (prescriptions de médicaments et de LPP) faites via le téléservice sur la période d'observation
- Dénominateur : nombre total de prescriptions de produits de santé (prescriptions de médicaments et de LPP sur papier et dématérialisées) sur la période d'observation

(*nombre distinct de dates de prescriptions/ patients*)

Le taux d'usage des 2 services est calculé de façon indépendante.

Pour bénéficier de la rémunération, la moyenne des taux d'usage de ces 2 services est calculée et doit atteindre ou dépasser la cible définie pour l'indicateur composite.

Le calcul de la moyenne se calculera selon la formule suivante :

$$moyenne = \frac{\sum(p_i * \frac{num_i}{dénum_i})}{\sum p_i}$$

Avec pi le poids de chaque indicateur

c. Justificatifs requis

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

3. Indicateur 3 : usage de l'Appli Carte Vitale (ApCV) et de la messagerie de santé de Mon espace santé

a. Description de l'indicateur

Cet indicateur valorise le médecin qui utilise l'application Carte Vitale (ApCV) et la messagerie de santé de Mon espace santé.

Pour bénéficier de la rémunération de cet indicateur, le médecin doit avoir fait au moins une FSE avec ApCV et avoir envoyé au moins un message à un patient via la messagerie sécurisée vers la messagerie de Mon espace santé au 31/12/2026.

b. Calcul de l'indicateur

L'usage de la messagerie de santé Mon espace santé entre médecins et patients se calcule à partir du nombre de consultations comprenant un échange par courriel sécurisé avec le patient via la messagerie de santé de Mon espace santé sur la période d'observation.

L'usage de l'application carte Vitale s'apprécie au regard du nombre de FSE réalisées avec ApCV. Une FSE réalisée avec ApCV suffit pour valider l'indicateur.

c. *Justificatifs requis*

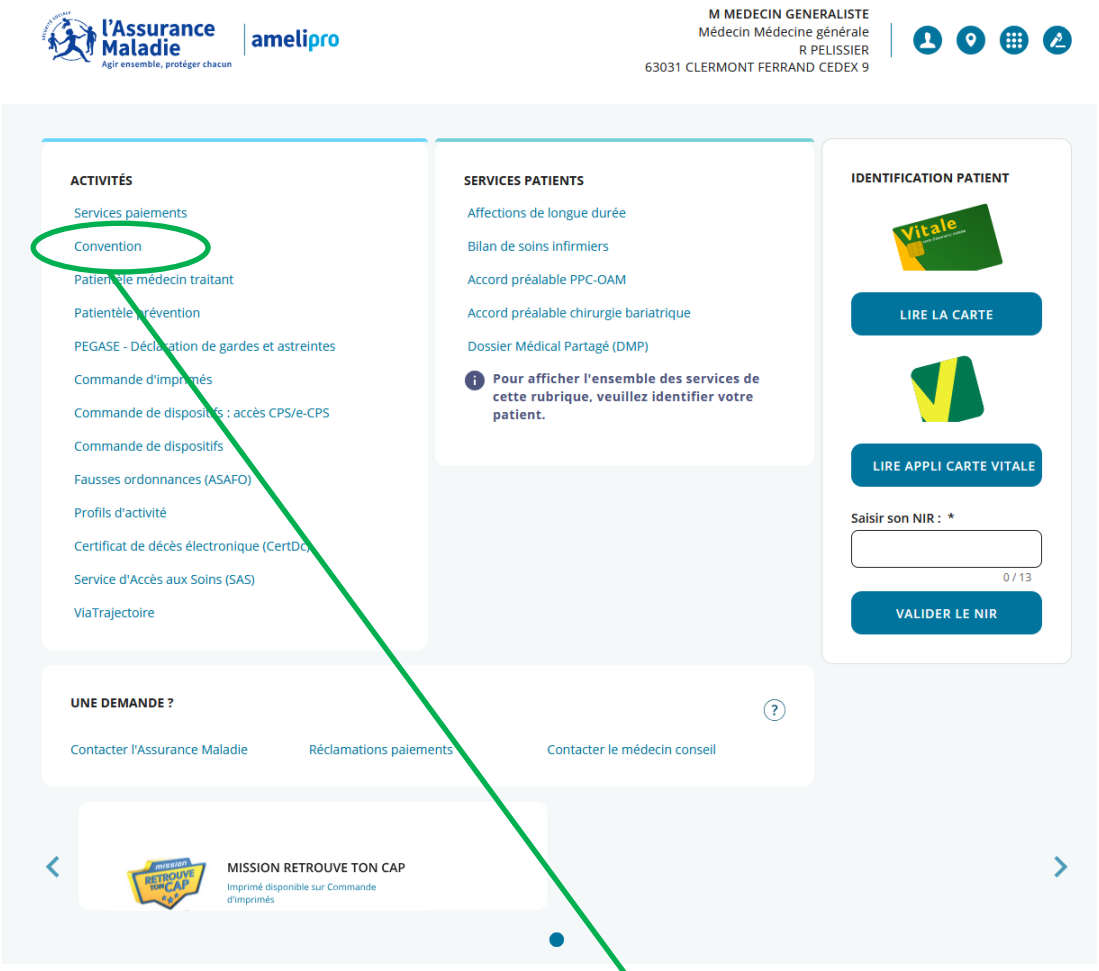
Ces indicateurs sont calculés et alimentés automatiquement. Aucun justificatif n'est requis de la part du médecin.

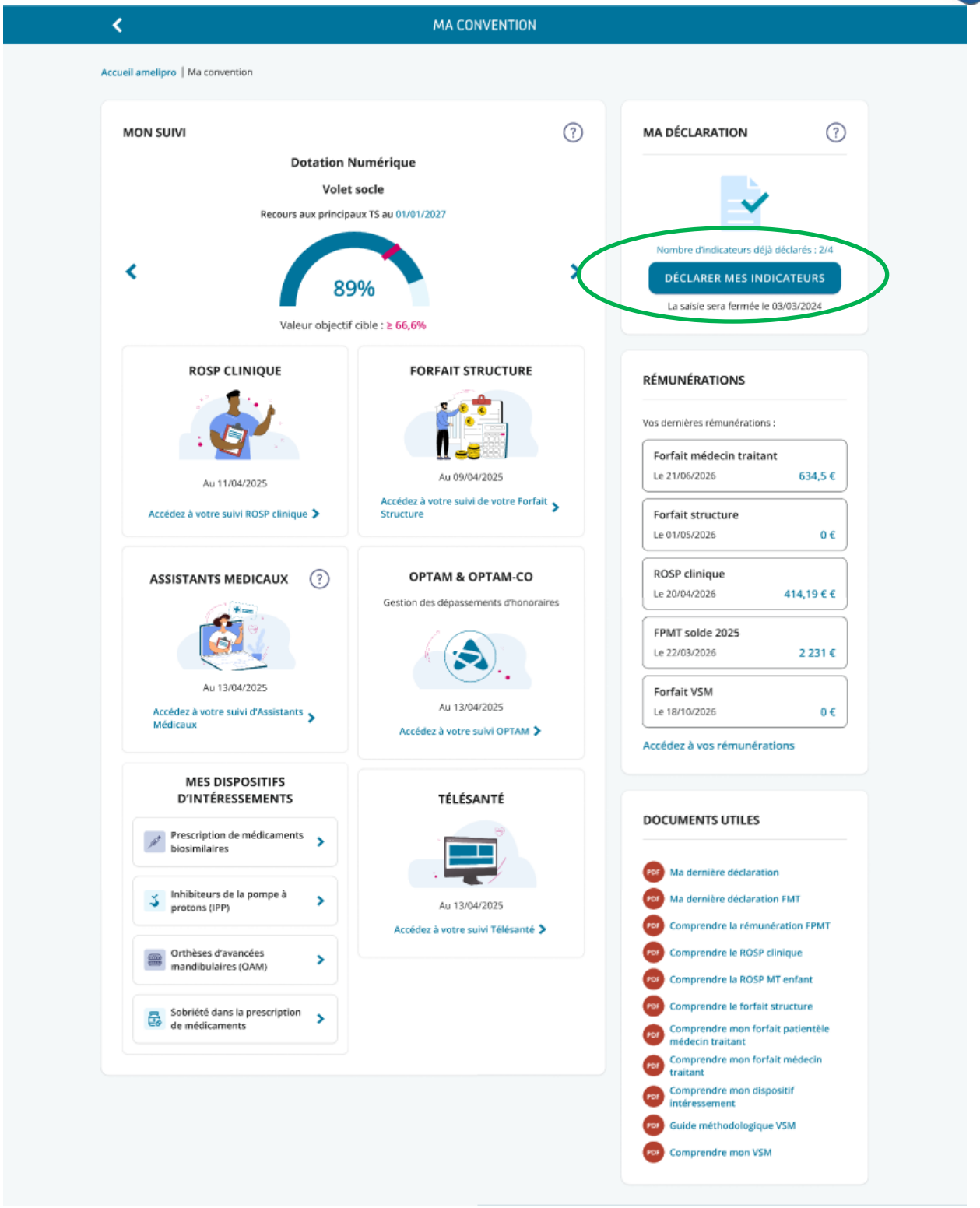
III. Modalités de déclaration des indicateurs déclaratifs par les médecins

Pour valider les indicateurs déclaratifs de la dotation numérique 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 de la dotation numérique.

Pour les indicateurs de l'année 2026, l'ouverture prévisionnelle de la saisie des indicateurs déclaratifs pour les médecins est autour de mi-décembre 2026.

Sur Amelipro, la saisie des indicateurs est réalisée dans le service « Ma convention » accessible via le lien « Convention » de la rubrique « Activités ».




MA CONVENTION
Accueil amelipro | Ma convention
MON SUIVI
Dotation Numérique
Volet socle
Recours aux principaux TS au 01/01/2027
89%
Valeur objectif cible : ≥ 66,6%
ROSP CLINIQUE
Au 11/04/2025
Accédez à votre suivi ROSP clinique
FORFAIT STRUCTURE
Au 09/04/2025
Accédez à votre suivi de votre Forfait Structure
ASSISTANTS MEDICAUX
Au 13/04/2025
Accédez à votre suivi d'Assistants Médicaux
OPTAM & OPTAM-CO
Gestion des dépassements d'honoraires
Au 13/04/2025
Accédez à votre suivi OPTAM
MES DISPOSITIFS D'INTÉRESSEMENTS
Prescription de médicaments biosimilaires
Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)
Orthèses d'avancées mandibulaires (OAM)
Sobriété dans la prescription de médicaments
TÉLÉSANTÉ
Au 13/04/2025
Accédez à votre suivi Télésanté
MA DÉCLARATION
Nombre d'indicateurs déjà déclarés : 2/4
DÉCLARER MES INDICATEURS
La saisie sera fermée le 03/03/2024
RÉMUNÉRATIONS
Vos dernières rémunérations :
Forfait médecin traitant
Le 21/06/2026
634,5 €
Forfait structure
Le 01/05/2026
0 €
ROSP clinique
Le 20/04/2026
414,19 €
FPMT solde 2025
Le 22/03/2026
2 231 €
Forfait VSM
Le 18/10/2026
0 €
Accédez à vos rémunérations
DOCUMENTS UTILES
Ma dernière déclaration
Ma dernière déclaration FMT
Comprendre la rémunération FPMT
Comprendre le ROSP clinique
Comprendre la ROSP MT enfant
Comprendre le forfait structure
Comprendre mon forfait patientèle médecin traitant
Comprendre mon forfait médecin traitant
Comprendre mon dispositif intéressement
Guide méthodologique VSM
Comprendre mon VSM

À titre exceptionnel et dérogatoire, à défaut d'utilisation d'Amelipro 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.

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

Récapitulatif des indicateurs déclaratifs devant faire l'objet d'une déclaration sur Amelipro :

Volet socle	Utilisation d'un logiciel métier référencé Ségur avec LAP certifié (messagerie sécurisée de santé intégrée).

IV. Calcul de la rémunération

Le calcul de la rémunération est annuel et est effectué par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie dans le courant du 1er 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 socle est un prérequis 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.

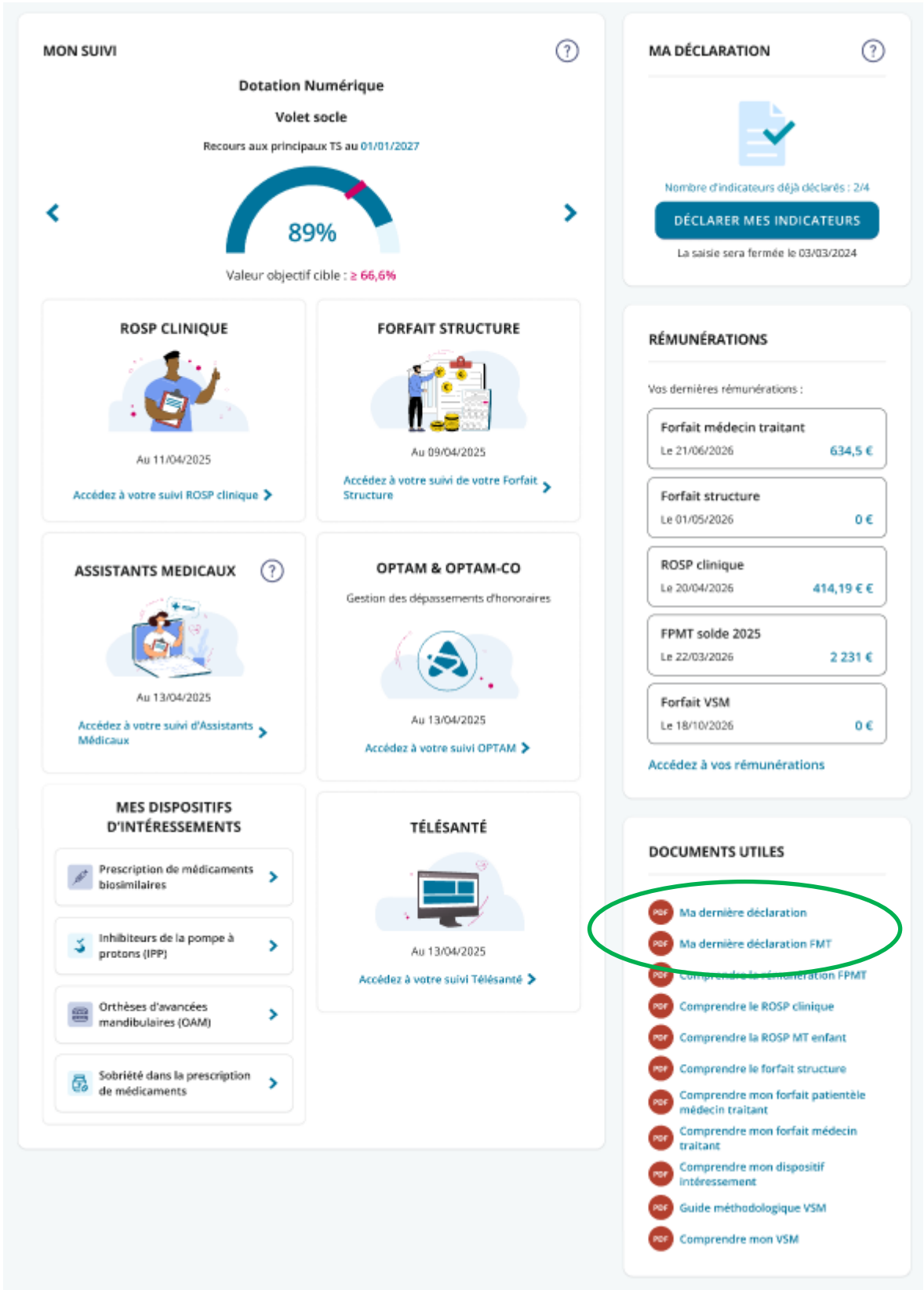
La vérification de l'atteinte des indicateurs de la dotation numérique est appréciée au 31/12/2026. Par conséquent, les indicateurs du forfait ne font l'objet d'aucune proratisation en cas de cessation d'activité en cours d'année.

V. Vérifications

À 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.

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 de la dotation numérique.

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


MON SUIVI
Dotation Numérique
Volet socle
Recours aux principaux TS au 01/01/2027
89%
Valeur objectif cible : ≥ 66,6%
ROSP CLINIQUE
Au 11/04/2025
Accédez à votre suivi ROSP clinique
FORFAIT STRUCTURE
Au 09/04/2025
Accédez à votre suivi de votre Forfait Structure
ASSISTANTS MEDICAUX
Au 13/04/2025
Accédez à votre suivi d'Assistants Médicaux
OPTAM & OPTAM-CO
Gestion des dépassements d'honoraires
Au 13/04/2025
Accédez à votre suivi OPTAM
MES DISPOSITIFS D'INTÉRESSEMENTS
Prescription de médicaments biosimilaires
Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)
Orthèses d'avancées mandibulaires (OAM)
Sobriété dans la prescription de médicaments
TÉLÉSANTÉ
Au 13/04/2025
Accédez à votre suivi Télésanté
MA DÉCLARATION
Nombre d'indicateurs déjà déclarés : 2/4
DÉCLARER MES INDICATEURS
La saisie sera fermée le 03/03/2024
RÉMUNÉRATIONS
Vos dernières rémunérations :
Forfait médecin traitant
Le 21/06/2026 634,5 €
Forfait structure
Le 01/05/2026 0 €
ROSP clinique
Le 20/04/2026 414,19 € €
FPMT solde 2025
Le 22/03/2026 2 231 €
Forfait VSM
Le 18/10/2026 0 €
Accédez à vos rémunérations
DOCUMENTS UTILES
Ma dernière déclaration
Ma dernière déclaration FMT
Comprendre la rémunération FPMT
Comprendre le ROSP clinique
Comprendre la ROSP MT enfant
Comprendre le forfait structure
Comprendre mon forfait patientèle médecin traitant
Comprendre mon forfait médecin traitant
Comprendre mon dispositif intéressement
Guide méthodologique VSM
Comprendre mon VSM

Annexe - Attestation pour les éditeurs de logiciels

Modèle d'ATTESTATION DE CONFORMITE - indicateur 1 volet socle de la dotation numérique

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

NOM du logiciel

Le *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*[1].

Nom du logiciel est :

- Logiciel d'aide à la prescription (LAP) :
  - certifié HAS depuis le *xx/xx/xxxx* 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).
  - LAP V2

  ou

  - ayant obtenu une certification provisoire de la HAS et ayant initié la démarche de certification sur la base du référentiel HAS en vigueur et ce, avant le 31 janvier 2027.

- Logiciel référencé Ségur

Nom du logiciel

Cachet de la société du logiciel

Tampon ou signature du praticien

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