

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :

27/08/91

Origine :

DGR

Mesdames et Messieurs les Directeurs

- des Caisses Primaires d'Assurance Maladie

- des Caisses Générales de Sécurité Sociale

Réf. :

DGR n° 2664/91

Plan de classement :

220					
-----	--	--	--	--	--

Objet :

Indemnisation des médecins qui suivent une action de formation médicale continue.

Les données fournies au fonds d'assurance formation à l'appui des virements relatifs à l'indemnisation des médecins en formation doivent être standardisées.

Pièces jointes :

Liens :

Compl. la DGR n° 2581/9 - ACCG n° 55/90
circ.CNAMTS 0

Date d'effet :

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

Téléphone :

@

**Direction de la
Gestion du Risque**

27/08/91

Mesdames et Messieurs les Directeurs
- des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
- des Caisses Générales de Sécurité Sociale

Origine :
DGR

N/Réf. : DGR n° 2664/91

Objet : Indemnisation des médecins qui suivent une action de formation médicale continue.

Afin de mieux gérer le service de l'indemnisation des médecins ayant participé à des actions de formation médicale continue agréées indemnifiables conformément à la convention médicale et en particulier pour raccourcir les délais de règlement, le fonds d'assurance formation s'équipe actuellement d'une installation informatisée d'édition automatique de lettres-chèques.

Pour que ce service soit opérationnel, il importe que les données transmises par les caisses à l'appui de leurs versements soient standardisées.

Aussi, je vous saurais gré de bien vouloir adresser au fonds d'assurance formation, **chaque mois** à date fixe laissée à votre convenance, un bordereau de transmission de l'avis de virement précisant son montant, accompagné d'un état récapitulatif des praticiens à indemniser.

Cet état récapitulatif comportera :

- La liste des médecins concernés présentée dans l'ordre alphabétique.
- Pour chaque médecin, les informations nécessaires dans l'ordre suivant :
 - . NOM
 - . PRENOM
 - . ADRESSE professionnelle complète
 - . Numéro d'identification du praticien
 - . Le (les) numéro(s) d'identification de l'(des) action(s) indemnisable(s) ouvrant droit.
 - . Les dates et lieu de l'(des) action(s)
 - . Le nombre de jours à indemniser
 - . Le montant à verser

Je vous remercie de bien vouloir veiller à la bonne application de ces mesures nécessaires au fonds d'assurance formation.

Le Directeur Adjoint
chargé de la Direction
de la Gestion du Risque

J.P. PHELIPPEAU