

CIRCULAIRE

CIR-14/2005

Document consultable dans Médi@m

Date :

31/01/2005

Domaine(s) :

Professions de santé

Nouveau	☐
Modificatif	☒
Complémentaire	☐
Suivi	☐

Objet :

CBP des directeurs de
laboratoire
ERRATUM.

Liens :

Cir-1/2005

Plan de classement :

2 22
222

Emetteurs :

MPS

Pièces jointes : 0

à Mesdames et Messieurs les

☒ **Directeurs**

☒ CPAM ☐ CRAM ☒ URCAM
☐ UGECAM ☒ CGSS ☐ CTI

☒ **Agents Comptables**

☒ **Médecins Conseils**

☒ Régionaux ☒ Chef de service
☒ Médecin Chef de la Réunion

Pour information

Résumé :

Le modèle de document synthétique "Attestation de participation à une démarche d'amélioration de la qualité" diffusé aux caisses en annexe de la circulaire Cir-1/2005 du 03 janvier 2005 est supprimé et remplacé par le modèle de document joint à la présente circulaire.

Mots clés :

CBP, directeurs de laboratoire

**Pour le Directeur
Délégué aux Risques**



Sylvie LEPEU

CIRCULAIRE : 14/2005

Date : 31/01/2005

Objet : CBP des directeurs de laboratoire
ERRATUM.

Affaire suivie par :	MPS Magali SIERRA	☎ 01 72 60 24 79
	DSM Laurence ROBBA	☎ 01 72 60 23 85
	DFC Marina POUJOULY	☎ 01 72 60 19 13

Madame, Monsieur,

Il est demandé aux caisses de ne pas tenir compte du modèle de document synthétique du contrat de bonne pratique des directeurs de laboratoire, "**Attestation de participation à une démarche d'amélioration de la qualité**", qui leur a été diffusé en annexe de la circulaire CIR-1/2005 du 3 janvier 2005.

Vous trouverez en annexe de la présente circulaire la version actualisée de ce document.

L'intégralité des autres informations figurant dans la circulaire CIR-1/2005 du 3 janvier 2005 reste quant à elle valable.

ATTESTATION DE PARTICIPATION

A UNE DEMARCHE D'AMELIORATION DE LA QUALITE

(Joindre obligatoirement l'attestation de qualification délivrée par l'organisme : Bio Qualité, Accréditation ISO 17025 ou 15189, certification ISO 9001-2-3)

Document à renvoyer à l'échelon local du service médical de votre circonscription 12 mois après la signature de votre contrat

Partie réservée à l'organisme

Organisme

Nom :

Adresse :

Professionnel participant

Nom, prénom :

N ° de laboratoire : /...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../

Adresse du laboratoire ::.....

Nom du référentiel	Contenu	Statut	Version	Date
1	1.1	1.1.1	1.1.1.1	1.1.1.1.1
2	2.1	2.1.1	2.1.1.1	2.1.1.1.1
3	3.1	3.1.1	3.1.1.1	3.1.1.1.1
4	4.1	4.1.1	4.1.1.1	4.1.1.1.1
5	5.1	5.1.1	5.1.1.1	5.1.1.1.1
6	6.1	6.1.1	6.1.1.1	6.1.1.1.1
7	7.1	7.1.1	7.1.1.1	7.1.1.1.1
8	8.1	8.1.1	8.1.1.1	8.1.1.1.1
9	9.1	9.1.1	9.1.1.1	9.1.1.1.1
10	10.1	10.1.1	10.1.1.1	10.1.1.1.1
11	11.1	11.1.1	11.1.1.1	11.1.1.1.1
12	12.1	12.1.1	12.1.1.1	12.1.1.1.1
13	13.1	13.1.1	13.1.1.1	13.1.1.1.1
14	14.1	14.1.1	14.1.1.1	14.1.1.1.1
15	15.1	15.1.1	15.1.1.1	15.1.1.1.1
16	16.1	16.1.1	16.1.1.1	16.1.1.1.1
17	17.1	17.1.1	17.1.1.1	17.1.1.1.1
18	18.1	18.1.1	18.1.1.1	18.1.1.1.1
19	19.1	19.1.1	19.1.1.1	19.1.1.1.1
20	20.1	20.1.1	20.1.1.1	20.1.1.1.1
21	21.1	21.1.1	21.1.1.1	21.1.1.1.1
22	22.1	22.1.1	22.1.1.1	22.1.1.1.1
23	23.1	23.1.1	23.1.1.1	23.1.1.1.1
24	24.1	24.1.1	24.1.1.1	24.1.1.1.1
25	25.1	25.1.1	25.1.1.1	25.1.1.1.1
26	26.1	26.1.1	26.1.1.1	26.1.1.1.1
27	27.1	27.1.1	27.1.1.1	27.1.1.1.1
28	28.1	28.1.1	28.1.1.1	28.1.1.1.1
29	29.1	29.1.1	29.1.1.1	29.1.1.1.1
30	30.1	30.1.1	30.1.1.1	30.1.1.1.1
31	31.1	31.1.1	31.1.1.1	31.1.1.1.1
32	32.1	32.1.1	32.1.1.1	32.1.1.1.1
33	33.1	33.1.1	33.1.1.1	33.1.1.1.1
34	34.1	34.1.1	34.1.1.1	34.1.1.1.1
35	35.1	35.1.1	35.1.1.1	35.1.1.1.1
36	36.1	36.1.1	36.1.1.1	36.1.1.1.1
37	37.1	37.1.1	37.1.1.1	37.1.1.1.1
38	38.1	38.1.1	38.1.1.1	38.1.1.1.1
39	39.1	39.1.1	39.1.1.1	39.1.1.1.1
40	40.1	40.1.1	40.1.1.1	40.1.1.1.1
41	41.1	41.1.1	41.1.1.1	41.1.1.1.1
42	42.1	42.1.1	42.1.1.1	42.1.1.1.1
43	43.1	43.1.1	43.1.1.1	43.1.1.1.1
44	44.1	44.1.1	44.1.1.1	44.1.1.1.1
45	45.1	45.1.1	45.1.1.1	45.1.1.1.1
46	46.1	46.1.1	46.1.1.1	46.1.1.1.1
47	47.1	47.1.1	47.1.1.1	47.1.1.1.1
48	48.1	48.1.1	48.1.1.1	48.1.1.1.1
49	49.1	49.1.1	49.1.1.1	49.1.1.1.1
50	50.1	50.1.1	50.1.1.1	50.1.1.1.1
51	51.1	51.1.1	51.1.1.1	51.1.1.1.1
52	52.1	52.1.1	52.1.1.1	52.1.1.1.1
53	53.1	53.1.1	53.1.1.1	53.1.1.1.1
54	54.1	54.1.1	54.1.1.1	54.1.1.1.1
55	55.1	55.1.1	55.1.1.1	55.1.1.1.1
56	56.1	56.1.1	56.1.1.1	56.1.1.1.1
57	57.1	57.1.1	57.1.1.1	57.1.1.1.1
58	58.1	58.1.1	58.1.1.1	58.1.1.1.1
59	59.1	59.1.1	59.1.1.1	59.1.1.1.1
60	60.1	60.1.1	60.1.1.1	60.1.1.1.1
61	61.1	61.1.1	61.1.1.1	61.1.1.1.

- ☐ **Accréditation NF EN ISO/CEI 17025 et 15189**
- ☐ **Bio Qualité**
- ☐ **Certification ISO 9001-2-3**

Je soussigné, en ma qualité de, certifie exacts les renseignements figurant ci-dessus ainsi que sur l'attestation de qualification à la norme.

Le/...../.....

Signature du responsable

Cachet de l'organisme

--

Partie à remplir par le professionnel

Mon adhésion au contrat de bonne pratique a été enregistrée par la CPAM le :/...../.....

Période de référence pour le paiement : du / /* au / / (12 mois après).

Je, soussigné,en ma qualité de directeur, directeur adjoint :

- certifie exacts les renseignements visés ci-dessus,

- sollicite une indemnisation forfaitaire correspondant à 400 euros.

- mon identification bancaire est.....(joindre un rib)

Fait à

Le/...../.....

Signature du participant

Cachet du laboratoire

--

* Date d'effet du contrat pour la première demande et sa date anniversaire pour les demandes ultérieures