

FORMULAIRE D'ADHÉSION AU CONTRAT DE STABILISATION ET DE COORDINATION POUR LES MÉDECINS (COSCOM)

Ce document est à remplir par le médecin qui l'envoie à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du lieu de son exercice principal.

Je soussigné(e), NOM :

Prénom :

Numéro d'identification :

Adresse du lieu d'exercice principal :

.....

Secteur conventionnel :

- Secteur 1
- Secteur 2, ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

Exercice coordonné :

- Exerce au sein d'un groupe formé entre médecins ou d'un groupe pluri-professionnel, quelle que soit sa forme juridique
- Exerce au sein d'une Communauté professionnelle territoriale de santé ou d'une équipe de soins primaires avec formalisation d'un projet de santé commun déposé à l'ARS

Merci d'annexer au formulaire tout document attestant de l'exercice au sein d'un groupe.

Option facultative :

- M'engage à accueillir un étudiant en médecine réalisant un stage ambulatoire à temps plein ou à temps partiel

Déclare souhaiter adhérer au Contrat de stabilisation et de coordination pour les médecins ayant pour objectif de valoriser la pratique des médecins s'inscrivant dans une démarche de prise en charge coordonnée des patients et m'engage à respecter les dispositions de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, publiée au Journal Officiel du 20/10/2016.

Cachet du médecin

Fait à le

Signature du médecin