

FORMULAIRE D'ADHÉSION AU CONTRAT DE TRANSITION MÉDECIN (COTRAM)

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

Modalités d'adhésion :

- S'engage à accueillir au sein du cabinet un médecin qui s'installe dans la zone et exerçant en exercice libéral conventionné
- S'engage à accompagner son confrère nouvel installé dans son cabinet pendant une durée de 3 ans dans toutes les démarches liées à l'installation en exercice libéral, à la gestion du cabinet et à la prise en charge des patients en fonction des besoins de ce dernier

Déclare souhaiter adhérer au Contrat de transition médecin ayant pour objectif de soutenir les médecins installés préparant leur cessation d'exercice 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