

Démarche : Frais de santé - Etablissement du certificat de décès par un médecin retraité / Demande de paiement du forfait

Organisme : Caisse Primaire d'Assurance Maladie - Pôle Professionnels de santé

Identité du demandeur

Email	<input type="text"/>
Etablissement SIRET	<input type="text"/>
Dénomination	<input type="text"/>
Forme juridique	<input type="text"/>

Formulaire

Ce formulaire en ligne permet aux médecins retraités rattachés à la CPAM de la Manche de demander le paiement du forfait pour l'établissement du certificat de décès.

Décret n° 2020-446 du 18 avril 2020 relatif à l'établissement du certificat de décès et Articles L.162-5, L.162-5-10, L.162-5-14-2 et L.162-32-1 du Code de la sécurité sociale

IMPORTANT

1. Le présent formulaire de prise en charge des frais relatifs à l'examen nécessaire à l'établissement du certificat de décès s'applique uniquement à l'examen réalisé par les médecins retraités :

❑ au domicile de la personne décédée, y compris dans le cadre d'une hospitalisation à domicile ou lorsque la personne résidait dans un établissement social ou médico-social ;

❑ aux horaires suivants :

- sur l'ensemble du territoire national : la nuit entre 20h et 8h, le samedi, le dimanche et les jours fériés de 8h à 20h, le lundi lorsqu'il précède un jour férié, le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié de 8h à 20h,
- dans les zones déterminées par arrêté du Directeur général de l'Agence régionale de santé (1° de l'article L.1434-4 du Code de la santé publique) : quels que soient le jour et l'heure de l'examen.

2. Le forfait est dû pour le médecin retraité :

❑ inscrit au conseil départemental de l'ordre des médecins (CDOM) du lieu de sa résidence,

❑ sans activité, autorisé par le CDOM et figurant sur la liste des médecins autorisés à établir des certificats de décès par l'Ordre

Personne décédée et assuré(e)

Personne décédée

Nom

Nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu)

Prénom

Numéro d'immatriculation

Numéro de sécurité sociale : Saisir les 15 chiffres sans espace

Date de naissance

Assuré(e) : à remplir si la personne décédée n'est pas l'assuré(e)

Nom

Nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu)

Prénom

Numéro d'immatriculation

Numéro de sécurité sociale : Saisir les 15 chiffres sans espace

Attestation sur l'honneur

En cochant cette case, je certifie avoir procédé à l'examen nécessaire à l'établissement du certificat de décès de la
personne désignée ci-dessus.

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Date et heure de réalisation de l'examen nécessaire à l'établissement du certificat de décès :

A son domicile

Précisez l'adresse

Identification du médecin retraité

Nom

Prénom

Téléphone

A quelle CPAM êtes-vous rattaché ?

Indiquez le numéro du département

Conseil départemental de l'ordre de rattachement

Indiquez le numéro de département de votre conseil de l'ordre rattachement

Pièces justificatives

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Votre relevé d'identité bancaire (IBAN)

Tous les formats sauf Office (xls, doc, ppt, pps)

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Attestation d'autorisation ordinaire à effectuer des certificats de décès

Tous les formats sauf Office (xls, doc, ppt, pps)

Engagement

En cochant cette case, je certifie conforme les saisies et je signe ma déclaration.

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Fait à :

Indiquez la commune

Le :

Format jj/mm/aaaa