

Démarche : CPAM 71 : Déclarer un cabinet secondaire en Saône-et-Loire

Organisme : Service gestion des professionnels de santé 71

Identité du demandeur

Email	
Civilité	
Nom	
Prénom	

Formulaire

Ce formulaire en ligne permet aux professionnels de santé de transmettre les informations obligatoires accompagnées de leurs justificatifs pour une nouvelle installation auprès de la CPAM de Saône et Loire.

Au préalable, et en fonction de votre métier, vous devez en premier lieu informer votre ordre ou l'ARS pour toute déclaration de site secondaire.

La CPAM de Saône-et-Loire est dépendante des modifications réalisées par votre ordre ou l'ARS pour formaliser aussi ce ou ces changements.

Ce formulaire ne permet pas de déclarer un cabinet **PRINCIPAL**.

Identification

Civilité

☐ Mme

☐ M.

Nom pour votre exercice

Nom d'usage

Votre nom de jeune fille

Votre prénom

Date de naissance

CPAM 71 : Déclarer un cabinet secondaire en Saône-et-Loire

Lieu de Naissance

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Copie recto/verso pièce identité

Joindre une copie de votre pièce d'identité recto et verso

Nationalité :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Française

☐ Pays appartenant à l'Union Européenne (UE)

☐ Pays hors UE

Votre numéro de sécurité sociale

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Attestation de droits d'assuré social

Je ne possède pas de numéro de sécurité sociale

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Professionnel de Santé non francophone - Pièces Jointes (PJ) à fournir n°1 : Extrait de naissance original

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Professionnel de Santé non francophone - PJ à fournir n°2 : Extrait de naissance traduit en français par un organisme agréé

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Professionnel de Santé non francophone - PJ à fournir n°3 : Relevé d'Identité Bancaire ou Postal (RIB/RIP)

Situation personnelle

Votre adresse personnelle

Numéro de téléphone personnel

Votre email personnel

Votre cabinet PRINCIPAL

Votre profession :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Médecin
- ☐ Infirmier
- ☐ Masseur Kinésithérapeute
- ☐ Chirurgien-Dentiste
- ☐ Sage-Femme
- ☐ Pédicure Podologue
- ☐ Orthophoniste
- ☐ Orthoptiste

Votre numéro RPPS

Numéro d'inscription au Conseil de l'Ordre composé de 11 caractères

Numéro ADELI de votre cabinet PRINCIPAL

Numéro de professionnel de Santé composé de 9 caractères.
commence par 711.....

Je ne connais pas mon numéro ADELI

Cochez la mention applicable

- ☐ Oui
- ☐ Non

Adresse professionnelle de votre cabinet PRINCIPAL

Votre cabinet SECONDAIRE (devant être au préalable enregistré à l'Ordre)

Votre situation

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ J'exerce en cabinet principal en Saône et Loire et mon cabinet secondaire se situe également en Saône et Loire
- ☐ J'exerce en cabinet principal dans un autre département et mon cabinet secondaire se situe en Saône et Loire

Dans quel département se situera votre cabinet secondaire.

Ce formulaire est réservé exclusivement aux professionnels installant leur cabinet secondaire en Saône-et-Loire.

CPAM 71 : Déclarer un cabinet secondaire en Saône-et-Loire

Adresse exacte de votre cabinet **SECONDAIRE**

Date de début pour votre activité **SECONDAIRE**

Votre numéro de téléphone professionnel (si différent du cabinet principal)

CE NUMÉRO APPARAÎTRA SUR L'ANNUAIRE SANTÉ AMELI ET VISIBLE PAR LES ASSURÉS.

Votre adresse email professionnelle (si différente du cabinet principal)

Précision concernant votre RIB professionnel

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ RIB professionnel identique pour mon cabinet principal et mon cabinet secondaire

☐ RIB professionnel différent pour mon cabinet principal et mon cabinet secondaire

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ RIB professionnel pour votre cabinet **SECONDAIRE**

Afin d'enregistrer ce RIB, nous avons l'obligation de recueillir votre consentement quant au contrôle des informations déclarées auprès des organismes bancaires concernés en recourant aux dispositions des articles L114-19 et suivants du Code de la Sécurité Sociale ; dans une limite de 3 ans à compter de la présente autorisation.

Si vous n'autorisez pas l'Assurance Maladie, nous ne pourrions procéder à l'enregistrement de vos coordonnées bancaires.

Renforcement des procédures de sécurisation

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ J'autorise la CPAM de Saône et Loire à contrôler les informations déclarées auprès des organismes bancaires concernés en recourant aux dispositions des articles L114-19 et suivants du Code de la Sécurité Sociale ; dans une limite de 3 ans à compter de la présente autorisation

☐ Je n'autorise pas la CPAM de Saône et Loire à contrôler les informations déclarées auprès des organismes bancaires concernés en recourant aux dispositions des articles L114-19 et suivants du Code de la Sécurité Sociale ; dans une limite de 3 ans à compter de la présente autorisation

Autres cabinets secondaires à déclarer

Adresse exacte des autres cabinets secondaires

Adresse exacte des autres cabinets secondaires

Adresse exacte des autres cabinets secondaires

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