

Démarche : Fichier PS : Déclarer un changement de situation dans le cadre d'une cessation d'activité libérale

Organisme : Service Relations avec les Professionnels de Santé

## Identité du demandeur

|          |                      |
|----------|----------------------|
| Email    | <input type="text"/> |
| Civilité | <input type="text"/> |
| Nom      | <input type="text"/> |
| Prénom   | <input type="text"/> |

## Formulaire

Ce formulaire en ligne permet aux professionnels de santé de déclarer, auprès de la CPAM Lille-Douai, tout changement de situation dans le cadre d'une cessation d'activité libérale .

### Identification

**Votre nom**

**Votre prénom**

**Votre nom d'Exercice**

**Votre numéro d'Assurance Maladie (numéro de facturation)**

Débuter par 59XXXXXX X

**Votre numéro de sécurité sociale**

**Votre numéro RPPS**

Débuter par 1000XXXXXX.

Numéro composé de 11 caractères.

## Fichier PS : Déclarer un changement de situation dans le cadre d'une cessation d'activité libérale

Votre numéro de téléphone (professionnel ou personnel)

CE NUMÉRO SERA UTILISÉ UNIQUEMENT SI LE SERVICE RELATIONS AVEC LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DE LA CAISSE PRIMAIRE DE LILLE DOUAI A BESOIN DE VOUS CONTACTER POUR CETTE MISE À JOUR.

Il ne sera pas enregistré au Fichier National des Professionnels de Santé (FNPS).

### Votre adresse email (professionnelle ou personnelle)

CETTE ADRESSE MAIL SERA UTILISÉE UNIQUEMENT SI LE SERVICE RELATIONS AVEC LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DE LA CAISSE PRIMAIRE DE LILLE DOUAI A BESOIN DE VOUS CONTACTER POUR CETTE MISE À JOUR.

Elle ne sera pas enregistrée au Fichier National des Professionnels de Santé (FNPS).

## Profession

### Vous êtes :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Médecin
- ☐ Infirmier/Infirmière
- ☐ Infirmier(e) IPA
- ☐ Masseur Kinésithérapeute
- ☐ Chirurgien dentiste
- ☐ Pédicure Podologue
- ☐ Sage femme/Maïeuticien
- ☐ Psychologue
- ☐ Orthoptiste
- ☐ Orthophoniste
- ☐ Ergothérapeute
- ☐ Psychomotricien

### Je suis affilié(e) à la CPAM :

Cette démarche est exclusivement réservée aux professionnels de santé de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Lille-Douai.

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ 59-Lille-Douai

## Situation administrative

### Date de la cessation

(!) Cette date doit être IDENTIQUE à la date communiquée à l'Ordre ou sur le portail e-RPPS

### Motif de cessation

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Retraite

## Fichier PS : Déclarer un changement de situation dans le cadre d'une cessation d'activité libérale

☐ Changement de statut : Remplaçant

☐ Changement de statut : Salarié

☐ Raison de santé

☐ Changement d'adresse suite à une installation hors de la circonscription de la CPAM de Lille-Douai

**Les adresses utiles :**

**Notez bien**

(!) Vous devez également déclarer ce changement auprès de votre Conseil de l'Ordre ou sur le portail e-RPPS.

## 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