

Démarche : Fichier PS : Installation "infirmier"

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 infirmiers/infirmières de transmettre les informations obligatoires accompagnées de leurs justificatifs pour une nouvelle installation auprès de la CPAM Lille-Douai.

Ce formulaire est à compléter APRES avoir reçu votre attestation de validation d'expérience professionnelle
Tout dossier reçu sans cette attestation sera classé sans suite.

Identification

Votre nom

Votre prénom

Nom d'Exercice

Nationalité :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ FRANCAISE

☐ EEE

☐ AUTRE

Votre numéro de sécurité sociale

Votre numéro RPPS

Numéro composé de 11 caractères

Profession

Nature du diplôme :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Français

☐ Etranger

Date d'obtention du diplôme :

Date d'autorisation d'exercer en France :

Dans quel département souhaitez-vous vous installer ?

Indiquez le numéro du département

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

☐ Lille-Douai

SITUATION ADMINISTRATIVE

Cabinet principal (devant être au préalable enregistré à l'Ordre)

Votre adresse (professionnelle)

Pour tout infirmier-e s'installant en zone intermédiaire ou très dotée

Conformément à l'article 3.4.4 de l'avenant 6 : "L'infirmier libéral qui s'installe nouvellement dans l'une de ces zones s'engage à réaliser deux tiers de son activité conventionnée dans sa zone d'installation. Cet encadrement vise à renforcer l'adéquation du lieu d'installation de l'infirmier avec les réalités d'exercice. En cas de non-respect de cet engagement le conventionnement peut être remis en cause."

Numéro de téléphone (professionnel)

CE NUMÉRO SERA CELUI VISIBLE SUR L'ANNUAIRE SANTÉ AMELI

Votre adresse email (professionnelle)

Si cabinet secondaire (devant être au préalable enregistré à l'Ordre)

Adresse professionnelle

Téléphone professionnel

CE NUMÉRO SERA CELUI VISIBLE SUR L'ANNUAIRE SANTÉ AMELI

Votre adresse email (professionnelle)

Coordonnées personnelles

Votre adresse personnelle

Votre adresse email (personnelle)

Votre numéro de téléphone (personnel)

EXERCICE DE LA PROFESSION

Votre activité libérale

Date de début de votre activité libérale

La date à indiquer doit être IDENTIQUE à celle communiquée à l'ORDRE

Exercice de l'activité :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Individuelle

☐ Collaboration

☐ En cabinet de groupe

☐ Assistanat

Forme juridique du groupe

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ SELARL

☐

Fichier PS : Installation "infirmier"

☐ SCM

Indiquez votre situation exacte :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Libéral intégral

☐ Exercice à temps partiel avec une activité salariée non hospitalière

☐ Exercice à temps partiel avec une activité salariée hospitalière

Votre situation antérieure

Avez-vous déjà été installé(e) à titre libéral ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Déclaration de cessation d'activité (si vous êtes concerné(e))

Ancien N° d'identification

Saisir votre ancien numéro AM / Adeli

Je déclare avoir cessé mon activité libérale à l'adresse suivante :

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Ancienne adresse professionnelle :

Date de cessation d'activité :

Adhésion à la convention nationale

La convention nationale destinée à organiser les rapports entre les infirmières et infirmiers libéraux et l'Assurance Maladie

<https://www.ameli.fr/lille-douai/infirmier/textes-reference/convention>

En cochant cette case, j'atteste avoir pris connaissance de la convention nationale, adhérer à cette convention et décider d'exercer mon activité professionnelle selon ses dispositions.

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Pièces justificatives à fournir

Fichier PS : Installation "infirmier"

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Votre RIB/IBAN professionnel

Relevé d'identité bancaire professionnel

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Si RIB/IBAN professionnel QONTO, REVOLUT, DEBLOCK, BANXUP, NICKEL, FIDUCIAL ou SUMUP, attestation de votre banque confirmant la validité du compte

(!) Attention, l'ATTESTATION doit comporter :

- le nom du titulaire du compte ou détenteur du compte,
- le numéro de compte bancaire,
- le cachet de la banque ET la signature.

=> Un RIB avec le cachet de la banque et la signature N'EST PAS RECEVABLE.

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Votre RIB/IBAN personnel

(si vous vivez à l'étranger, il faut obligatoirement un relevé d'identité bancaire français)

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Carte identité RECTO

Ou l'extrait d'acte de naissance (si naissance à l'étranger)

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Carte identité VERSO

(Si naissance à l'étranger, redéposer votre extrait d'acte de naissance)

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Carte vitale/Attestation de droits

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Si demande d'installation en zone SURDOTÉE : Avis favorable CPD

(!) Aucune demande d'installation en zone SURDOTÉE ne sera acceptée sans cet avis.

=> Si vous souhaitez formuler une DEMANDE DE DEROGATION, veuillez nous transmettre cette demande via l'adresse mail : ipc.cpam-lille-douai@assurance-maladie.fr

Des démarches Importantes :

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ L'assurance Volontaire :

Adhésion facultative, vous trouverez les informations via le lien : <https://www.ameli.fr/lille-douai/assure/droits-demarches/maladie-accident-hospitalisation/assurance-volontaire-individuelle-mp>

Si vous souhaitez adhérer à cette assurance, il vous suffit de :

- . télécharger le "modèle suivant" ci-dessous
- . compléter et sauvegarder le formulaire sur votre ordinateur
- . télécharger le formulaire sauvegardé pour le transmettre à la CPAM

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ La demande d'ouverture des droits à l'assurance maladie :

CE DOCUMENT EST NECESSAIRE A L'ENREGISTREMENT DE VOTRE DOSSIER.

Fichier PS : Installation "infirmier"

Il vous suffit de :

- . télécharger le "modèle suivant" ci-dessous
- . compléter et sauvegarder le formulaire sur votre ordinateur
- . télécharger le formulaire sauvegardé pour le transmettre à la CPAM

(!) ATTENTION, votre dossier ne pourra être traité sans ce document REMPLI.

Les adresses utiles :

Je souhaite faire une demande d'imprimés

Compléter la démarche "Commande et réception des imprimés"

Après avoir validé votre demande d'installation, vous pouvez effectuer une demande en ligne d'imprimés en vous rendant sur DECLIC RPS et en cliquant sur l'icône "Commande et réception des imprimés"

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