

Démarche : CPAM 71 : Installation Infirmier/Infirmière

Organisme : Service gestion des professionnels de santé 71

Identité du demandeur

Email	
Civilité	
Nom	
Prénom	

Formulaire

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

Identification

Civilité

☐ Mme

☐ M.

Nom pour votre exercice

Nom d'usage

Nom de jeune fille

Prénom

Date de naissance

Lieu de naissance

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

CPAM 71 : Installation Infirmier/Infirmière

☐ 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

Votre numéro de sécurité sociale est composé de 15 chiffres.

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

Si vous êtes praticien non francophone :

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ 1) Extrait de naissance original

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ 2) Extrait de naissance traduit en français par un organisme agréé

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ 3) Relevé d'Identité Bancaire ou Postal (RIB/RIP)

Situation personnelle

Votre adresse personnelle

Numéro de téléphone personnel

Votre email personnel

Situation professionnelle

CPAM 71 : Installation Infirmier/Infirmière

Votre numéro RPPS

Numéro d'inscription au Conseil de l'Ordre composé de 11 caractères. Au préalable, vous devez être inscrit à l'Ordre de Saône-et-Loire.

Votre numéro ADELI

Numéro de professionnel de Santé composé de 9 caractères.
commence par 71.

Je ne connais pas mon numéro ADELI

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Installation

Dans quel département souhaitez-vous vous installer ?

Indiquez le numéro du département, le nom et le code postal de la commune

Date d'installation souhaitée

Vous souhaitez exercer en qualité de :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Libéral intégral

☐ Libéral remplaçant

☐ Activité Mixte avec prédominance "Libéral"

☐ Activité Mixte avec prédominance "Salarié"

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

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Remplaçant en Saône-et-Loire

☐ Libéral dans un autre département

☐ Remplaçant dans un autre département

☐ Salarié

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Attestation d'activité professionnelle validée

Cette attestation vous a été délivrée par l'Assurance Maladie après le calcul de votre expérience professionnelle

Déclaration de structure juridique

Je déclare exercer seul(e)

Cochez la mention applicable

CPAM 71 : Installation Infirmier/Infirmière

☐ Oui

☐ Non

Je déclare exercer en groupe dans une structure non juridiquement constituée :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Société de fait

☐ Contrat d'association

☐ Contrat de collaboration

☐ Autre structure juridique

Je déclare exercer en groupe dans une structure juridiquement constituée :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Société Civile professionnelle mono disciplinaire

☐ Société Civile professionnelle pluri disciplinaire

☐ Société Civile de moyens

☐ Société d'exercice libéral

☐ Autre structure juridique

Liste des membres exerçants dans les mêmes locaux :

Noms, prénoms de vos confrères

--

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

Adresse exacte de votre installation professionnelle

--

Votre numéro de téléphone professionnel

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

--

Votre adresse email professionnelle

--

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Votre RIB professionnel de votre cabinet principal

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

CPAM 71 : Installation Infirmier/Infirmière 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

Adhésion à la convention des infirmiers

Je déclare exercer dans le cadre de la convention médicale des Infirmiers

Cochez la mention applicable

- ☐ Oui
- ☐ Non

Je déclare ne pas exercer dans le cadre de la convention médicale des Infirmiers

Cochez la mention applicable

- ☐ Oui
- ☐ Non

Assurance volontaire AT/MP (Accident Travail / Maladie Professionnelle)

En tant que travailleur indépendant (artisan-commerçant ou profession libérale), vous n'êtes pas assuré de façon obligatoire contre le risque des accidents du travail et maladies professionnelles (AT/MP). Vous avez cependant la possibilité de souscrire une assurance volontaire et individuelle contre ce risque, moyennant le paiement d'une cotisation.

Pour plus d'informations : <https://www.ameli.fr/saone-et-loire/assure/droits-demarches/maladie-accident-hospitalisation/assurance-volontaire-individuelle/mp/assurance-volontaire-individuelle-mp>

Souhaitez-vous un devis d'assurance volontaire ?

Cochez la mention applicable

- ☐ Oui
- ☐ Non

Commentaire ou information(s) complémentaire(s) que vous jugez utile

Vous pouvez nous transmettre tout complément d'informations utiles à l'étude de votre dossier.

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

CPAM 71 : Installation Infirmier/Infirmière

Le :

Format jj/mm/aaaa