

Démarche : Fichier PS : Installation "médecin"

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 au médecin de transmettre les informations obligatoires accompagnées de leurs justificatifs pour une nouvelle installation auprès de la CPAM Lille-Douai.

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

Fichier PS : Installation "médecin"

Profession

Votre spécialité :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Médecin Généraliste

☐ Médecin Spécialiste

Spécialité reconnue par le Conseil de l'Ordre :

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)

Votre 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)

DEMANDE DROIT AU SECTEUR*, article 38.1.2 de la convention nationale des médecins

Dans quel secteur exercerez-vous ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Demande de secteur 1

☐ Demande de secteur 2

Si secteur 2, à quel titre :

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Joindre le titre hospitalier

Pour les médecins généralistes : Activité particulière reconnue par le Conseil de l'Ordre :

Autre information, à préciser :

Choix d'affiliation

Si vous êtes praticien de Secteur 2 et optez pour le régime des Travailleurs Indépendants (TI), vous ne pourrez revenir

Fichier PS : Installation "médecin"

ultérieurement sur votre choix d'affiliation

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ CPAM (PAM)

☐ TI (Travailleur Indépendant) => possibilité ouverte aux praticiens Secteur 2

Pour toutes informations concernant le régime Travailleur Indépendant

<https://www.urssaf.fr/accueil/independant/praticien-auxiliaire-medical.html>

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

☐ SCP

☐ 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

☐ Praticien temps plein hospitalier ayant un secteur privé

Exécutez-vous à votre cabinet des actes de radiodiagnostic ou actes de radiothérapie

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Si oui, joindre le justificatif du numéro agrément de l'installation

Votre situation antérieure

Fichier PS : Installation "médecin"

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

Si, oui complétez le point 4

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

Convention nationale des médecins libéraux

<https://www.ameli.fr/lille-douai/medecin/textes-reference/convention-medicale-2024-2029>

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 :

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 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,

Fichier PS : Installation "médecin"

- 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

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.

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.

Information assistant médical

Vous souhaitez vous dégager du temps médical et d'écoute pour vos patients ? Pensez à l'assistant médical ! Dans le lien suivant, retrouvez la présentation de ce dispositif.

<https://www.ameli.fr/lille-douai/medecin/actualites/assistants-medicaux-lancement-d-une-campagne-d-accompagnement-des-medecins-par-l-assurance-maladie>

Pour tout complément d'information et accompagnement personnalisé, n'hésitez pas à vous rapprocher de votre délégué d'assurance maladie à l'adresse : dam.cpam-lille-douai@assurance-maladie.fr

Fichier PS : Installation "médecin"

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Le résultat de votre simulation d'aide à l'emploi d'un assistant médical

Afin de vous libérer du temps médical, l'Assurance Maladie vous accompagne dans le recrutement d'un assistant médical. Avant votre rendez-vous avec votre délégué de l'Assurance maladie, nous vous invitons à effectuer une simulation pour estimer les financements possibles via le lien <https://www.ameli.fr/lille-douai/medecin/aide-emploi-assistant-medical?>

Après avoir effectué cette simulation d'aide à l'emploi d'un assistant médical, veuillez nous transmettre le résultat. Pour cela, il vous suffira d'effectuer un "clic droit" sur la page du résultat, puis de sélectionner "effectuer une capture d'écran" - "capturer la page complète", cliquer sur TELECHARGER afin d'enregistrer le document sur votre ordinateur pour le télécharger et le transmettre à la CPAM.

Etes -vous en capacité de prendre de nouveaux patients sans Médecin Traitant?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Les adresses utiles :

Je souhaite faire une demande d'imprimés

https://authps-espacepro.ameli.fr/oauth2/authorize?response_type=code&scope=openid%20profile%20infosp%20email&client_id=csm-cen-prod_ameliprotransverse-connexionadmin_1_amtrx_i1_csm-cen-prod%2Fameliprotransverse-connexionadmin_1%2Famtrx_i1&state=S6FxlyYxsYh-RhOuqXtNVmH6UbA&redirect_uri=https%3A%2F%2Fespacepro.ameli.fr%2Fredirect_uri&nonce=xJKQn1PbB29JoliajkzeCvoPIASskkT-zvd7OaiR-Pg

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