

Démarche : CPAM 71 : Installation "médecin"

Organisme : Service gestion des professionnels de santé 71

Identité du demandeur

Email	
Civilité	
Nom	
Prénom	

Formulaire

Ce formulaire en ligne permet aux médecins 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

Votre nom de jeune fille

Votre prénom

Date de naissance

Lieu de Naissance

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

CPAM 71 : Installation "médecin"

☐ 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

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

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Médecin 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

☐ Médecin non francophone PJ à fournir n°3 : Relevé d'Identité Bancaire ou Postal Personnel

Situation personnelle

Votre adresse personnelle

Numéro de téléphone personnel

Votre email personnel

Votre profession

Nous vous rappelons que vous devez, avant la date définie de votre installation, être inscrit au Conseil de l'Ordre de Saône et Loire.

Vous pouvez contacter le Conseil de l'Ordre des Médecins au 03.85.38.16.49

CPAM 71 : Installation "médecin"

Votre numéro RPPS

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

Votre numéro ADELI

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

Profession

Votre spécialité :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Médecin Spécialiste en Médecine Générale

☐ Médecin Spécialiste

Spécialité reconnue par le Conseil de l'Ordre :

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

Avez-vous déjà été exercé(e) en libéral ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Oui

☐ Non

Quel est votre situation professionnelle avant votre installation ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Libéral dans un autre département

☐ Remplaçant libéral en Saône-et-Loire

☐ Remplaçant libéral dans un autre département

☐ Salarié

☐ Sans profession

☐ Autre situation

Indiquez votre situation exacte :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

CPAM 71 : Installation "médecin"

☐ Libéral intégral

☐ Libéral avec une activité salariée (50 % salarié dans un hôpital public ou privé et 50 % libéral)

☐ Libéral temps partiel hospitalier (80 % salarié dans un hôpital public et 20 % libéral)

☐ Libéral temps plein hospitalier (salarié de l'hôpital public et 2 demies journées en tant que libéral)

DECLARATION DE STRUCTURE JURIDIQUE

Je déclare exercer seul(e)

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Je déclare exercer en groupe dans une structure non juridiquement constituée

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

☐ 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, plusieurs valeurs possibles

☐ Société Civile professionnelle mono disciplinaire

☐ Société Civile professionnelle pluri disciplinaire

☐ Société Civile de moyens

☐ Société d'exercice libéral

☐ Autre structure juridique

Liste des membres de même catégorie professionnelle qui exercent dans les mêmes locaux

Nom, prénom 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 VISIBLE PAR LES ASSURES.

--

CPAM 71 : Installation "médecin"

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 pourrons 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

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

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

Adresse exacte de votre installation professionnelle du cabinet secondaire

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ RIB pour cabinet secondaire si RIB différent du cabinet principal

Si d'autres cabinets secondaires

Adresse exacte des autres cabinets secondaires

Adresse exacte des autres cabinets secondaires

CPAM 71 : Installation "médecin"

Adresse exacte des autres cabinets secondaires

ADHESION A LA CONVENTION DES MEDECINS

Je déclare exercer dans le cadre de la convention médicale des médecins :

<https://www.ameli.fr/saone-et-loire/medecin/textes-referance/convention-medicale-2024-2029>

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Je déclare ne pas exercer dans le cadre de la convention médicale des médecins
- ☐ Je choisis d'appliquer les tarifs conventionnels en SECTEUR 1.
- ☐ Je choisis d'appliquer des tarifs différents des tarifs conventionnels en SECTEUR 2, j'ai les titres hospitaliers requis par la convention et respecte les conditions énoncées à l'article 4., paragraphe 3, alinéa d. de la convention.

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ Si vous souhaitez exercer en SECTEUR 2, merci de bien nous fournir votre titre hospitalier

Exemple : vos titres hospitaliers requis par la convention (justificatif de votre internat en CHU ou votre titre d'ancien chef de clinique)

Si vous souhaitez exercer en SECTEUR 2, merci de bien choisir votre régime

Vous ne pourrez revenir ultérieurement sur votre choix d'affiliation.

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Etre affilié au régime des Praticiens ou Auxiliaires Médicaux Conventionnés (PAMC)
- ☐ Opter pour le rattachement au régime des Travailleurs Indépendants TI

Pour faire votre choix d'affiliation

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

Souhaitez-vous nous transmettre des informations complémentaires?

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

Texte court