

Démarche : Fichier PS : Installation "pédicure podologue"
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 pédicures podologues 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

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

Merci d'indiquer votre adresse professionnelle si vous avez connaissance de votre lieu d'implantation

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

Fichier PS : Installation "pédicure podologue"
Téléphone professionnel

CE NUMÉRO SERA CELUI VISIBLE SUR L'ANNUAIRE SANTÉ AMELI

Votre adresse email professionnelle

Coordonnées personnelles

Votre adresse personnelle

Votre numéro de téléphone personnel

Votre adresse email personnelle

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 cas d'exercice au sein d'un cabinet, veuillez indiquer les noms des personnes y exerçant

En cas d'exercice au sein d'un cabinet, veuillez indiquer son statut juridique

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

Si vous exercez à temps partiel, indiquer les noms et adresses de votre (vos) employeur(s)

Votre situation antérieure

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 pédicures podologues

<https://www.ameli.fr/lille-douai/pedicure-podologue/textes-referencement/convention/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 :

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

Votre RIB/IBAN professionnel

Relevé d'identité bancaire professionnel

Si vous exercez en SELARL, transmettre le RIB de la SELARL

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

Si RIB/IBAN professionnel QONTO, REVOLUT ou SUMUP, attestation de votre banque confirmant la validité du

Fichier PS : Installation "pédicure podologue"

(!) 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

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.

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

Fichier PS : Installation "pédicure podologue"

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 PS 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