

Démarche : Fichier PS : Installation "pharmacie"

Organisme : Service Relations avec les Professionnels de Santé

## Identité du demandeur

Email

Civilité

Nom

Prénom

## Formulaire

Ce formulaire en ligne permet aux pharmacies de transmettre les informations obligatoires accompagnées de leurs justificatifs pour une nouvelle installation pour la Cram Lille-Douai.

### Identification

**Nom de la pharmacie**

**Nom(s) et prénom(s) du (ou des) TITULAIRE(S)**

**Nom et prénom de la personne complétant le dossier**

Ce dossier doit être complété par le ou un des nouveaux titulaire(s)

**Nom d'exercice de la personne complétant le dossier**

**Numéro RPPS de la personne complétant le dossier**

Numéro composé de 11 caractères

### Profession

**Dans quel département souhaitez-vous vous installer ?**

Indiquez le numéro du département

# Fichier PS : Installation "pharmacie"

## 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 au préalable être 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)

## Coordonnées personnelles

#### Adresse personnelle de la personne complétant le dossier

#### Adresse email (personnelle) de la personne complétant le dossier

#### Numéro de téléphone (personnel) de la personne complétant le dossier

## EXERCICE DE LA PROFESSION

#### 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

Libéral intégral

#### --> Vous exercez en libéral intégral, indiquer le nombre de titulaires

# Fichier PS : Installation "pharmacie"

Veuillez indiquer le statut juridique de la pharmacie

## Adhésion la convention nationale

**La convention nationale avec les pharmaciens**

<https://www.ameli.fr/lille-douai/pharmacien/textes-reference/textes-conventionnels/convention-nationale>

**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

**En cas de reprise d'une officine - Si vous gardez le même numéro SIRET**

L'enregistrement des RIB au Fichier National des Professionnels de Santé NE PEUT ETRE QUE LE REFLET de ce qui est enregistré par votre banque et visible sur l'applicatif FICOBA.

SI vous gardez le même numéro SIRET de l'officine que vous reprenez, votre banque NE POURRA PAS modifier la raison sociale de la pharmacie AVANT sa cessation.

=> Il vous faudra attendre la date de cessation de l'officine cédante, pour que votre conseiller bancaire puisse effectuer une manipulation qui sera ensuite visible sur FICOBA et pour que la CPAM puisse ensuite, enregistrer votre pharmacie au Fichier National des Professionnels de Santé.

=> Vous recevrez dans un troisième temps les cartes CPS puis CPE.

Votre facturation devra dans ce laps de temps soit être faite en format papier, soit être mise en attente.

**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,
- le numéro de compte bancaire,
- le cachet de la banque ET la signature.

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

**Pièce justificative à joindre en complément du dossier**

Formulaire de cartes CPE

Compléter et déposer l'imprimé

**Pièce justificative à joindre en complément du dossier**

# Fichier PS : Installation "pharmacie"

Compléter et déposer l'imprimé

## Pièce justificative à joindre en complément du dossier

SI délivrance de petit appareillage : diplôme d'orthopédie ou attestation de formation de petit appareillage

## Information

Les adresses utiles :

## 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