

Démarche : Fichier PS : "orthoptiste" remplaçant

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 orthoptistes, RESIDANT dans la circonscription de la CPAM de Lille-Douai (ou pour les résidents belges, dont le lieu de travail au premier jour de remplacement se situe dans la circonscription de Lille-Douai), de transmettre les informations obligatoires accompagnées de leurs justificatifs pour une situation de remplacement.

Avant de compléter ce formulaire :

- la situation du Professionnel de Santé doit être à jour sur le portail e-RPPS,
- le Professionnel de Santé doit avoir effectué son premier jour de remplacement.

**AVANT DE COMPLETER CE FORMULAIRE :**

- votre situation doit être à jour sur le portail e-RPPS,
- vous devez avoir effectué votre premier jour de remplacement.

## Identification du professionnel de sante REMPLACANT

Votre nom

Votre prénom

Nom d'Exercice

Votre adresse personnelle

De quel département relève votre remplacement?

## Fichier PS : "orthoptiste" remplaçant

Cette démarche est exclusivement réservée aux professionnels de santé remplaçants RESIDANT dans la circonscription de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Lille-Douai ou aux professionnels de santé remplaçants résidents belges, exerçant dans la circonscription de Lille-Douai.

### Je relève de la circonscription de Lille Douai

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Je réside dans la circonscription de Lille-Douai

☐ Je suis résident Belge, mon lieu de travail au premier jour de remplacement se situe dans la circonscription de Lille-Douai

### Votre numéro de téléphone (personnel)

### Votre adresse email (personnelle)

### Votre numéro de sécurité sociale

Votre numéro de sécurité sociale est le numéro à 15 chiffres se trouvant sur votre carte vitale

### Votre numéro RPPS

Numéro composé de 11 caractères

## Identification du professionnel de sante REMPLACE

### Nom

### Prénom

### Nom d'Exercice

### Adresse professionnelle

## Situation administrative

### Date du PREMIER jour de remplacement

## Pièces justificatives à fournir

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Votre Carte d'identité RECTO

## Fichier PS : "orthoptiste" remplaçant

A défaut, livret de famille.

(Si naissance à l'étranger : extrait d'acte de naissance).

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Votre Carte d'identité VERSO

A défaut, redéposer le livret de famille.

(Si naissance à l'étranger, redéposer votre extrait d'acte de naissance)

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Votre RIB/IBAN PERSONNEL

Relevé d'identité bancaire PERSONNEL et non professionnel

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Attestation d'inscription au Répertoire Partagé des Professionnels de Santé

Votre activité doit être enregistrée via le portail e-RPPS

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Diplôme d'état

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Votre Attestation de droits

UNIQUEMENT SI VOUS ETES ASSURE(E) PAR UN REGIME AUTRE QUE LA CPAM  
(Exemples : MGEN, MSA..)

## Des démarches importantes :

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ La déclaration en vue de votre immatriculation : vous permettra d'être affilié(e) au régime des Praticiens et Auxiliaires Médicaux Conventionnés (PAMC)

CE DOCUMENT EST NECESSAIRE A L'ENREGISTREMENT DE VOTRE DOSSIER SAUF SI VOUS AVEZ DEJA LE STATUT LIBERAL. Dans ce cas, merci de nous transmettre l'imprimé en mentionnant "libéral" à la main, puis barrer le document au lieu de le remplir.

Pour les non libéraux, compléter le document normalement.  
> Indiquer la mention "REPLACANT" à l'activité professionnelle

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 :

## Engagement

En cochant cette case, je certifie conforme les saisies et je signe ma déclaration.

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐

## Fichier PS : "orthoptiste" remplaçant

**Fait à :**

Indiquez la commune

**Le :**

Format jj/mm/aaaa