

Démarche : Fichier PS : Votre inscription Remplaçant

Organisme : Service gestion des professionnels de santé 71

Identité du demandeur

Email	
Civilité	
Nom	
Prénom	

Formulaire

Ce formulaire en ligne permet aux professionnels de santé, résidant en Saône et Loire, de transmettre les informations obligatoires accompagnées de leurs justificatifs pour exercer en qualité de remplaçant.

Remplacement

En qualité de remplaçant, vous dépendez de la CPAM de votre lieu de domicile. Vous êtes autorisé(e) à faire des remplacements dans toute la France.

Identification

Dans quel département habitez-vous?

Civilité

☐ Mme

☐ M.

Nom pour votre exercice

Nom d'usage

Votre nom de jeune fille

Votre prénom

Date de naissance

Fichier PS : Votre inscription Remplaçant

Lieu de Naissance

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

Votre numéro de sécurité sociale est composé de 15 chiffres.

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

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

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Praticien 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

☐ Praticien non francophone PJ à fournir n°3 : Relevé d'Identité Bancaire ou Postal (RIB/RIP)

Situation personnelle

Votre adresse personnelle

Numéro de téléphone personnel

Votre email personnel

Situation professionnelle

Votre numéro RPPS

Numéro d'inscription au Conseil de l'Ordre composé de 11 caractères. Au préalable, vous devez être inscrit à l'Ordre de Saône-et-Loire.

Fichier PS : Votre inscription Remplaçant

Profession

Vous êtes :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Chirurgien Dentiste remplaçant

☐ Sage femme remplaçant

☐ Infirmier remplaçant

☐ Masseur Kinésithérapeute remplaçant

☐ Pédicure Podologue remplaçant

☐ Orthoptiste remplaçant

☐ Orthophoniste remplaçant

Date du 1er jour de remplacement

Quel est votre statut actuel :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Installé(e) en libéral en Saône-et-Loire

☐ Installé(e) en libéral dans un autre département

☐ Remplaçant(e) libéral dans un autre département

☐ Salarié(e)

☐ Étudiant(e)

Vos coordonnées bancaires

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Votre RIB personnel

ADHESION A LA CONVENTION

En qualité de remplaçant, vous exercez obligatoirement dans le cadre de la convention médicale du professionnel de santé que vous remplacez.

Je déclare exercer dans le cadre de la convention médicale du professionnel de santé que je remplace.

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

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

Fichier PS : Votre inscription Remplacant

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 faire part d'informations supplémentaires?

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