

Démarche : Frais de santé - Etablissement du certificat de décès / Demande de paiement du forfait

Organisme : Caisse Primaire d'Assurance Maladie - Pôle Professionnels de santé

Identité du demandeur

Email	
Etablissement SIRET	
Dénomination	
Forme juridique	

Formulaire

Ce formulaire en ligne permet aux médecins rattachés à la CPAM de la Manche de demander le paiement du forfait pour l'établissement du certificat de décès.

Articles L. 162-5, L. 162-5-10, L. 162-5-14-2 et L. 162-32-1 du Code de la sécurité sociale

Pour le règlement du forfait, veuillez adresser un relevé d'identité (IBAN), si vous ne l'avez pas déjà fait

IMPORTANT

La prise en charge des frais relatifs à l'examen nécessaire à l'établissement du certificat de décès s'applique uniquement à l'examen réalisé par les médecins libéraux (conventionnés et non conventionnés) dans le cadre de leur activité libérale et par les médecins salariés des centres de santé :

❑ au domicile de la personne décédée, y compris dans le cadre d'une hospitalisation à domicile ou lorsque la personne résidait dans un établissement social ou médico-social ;

❑ aux horaires suivants :

- sur l'ensemble du territoire national : la nuit entre 20h et 8h, le samedi, le dimanche et les jours fériés de 8h à 20h,

le lundi lorsqu'il précède un jour férié, le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié de 8h à 20h,

- dans les zones déterminées par arrêté du Directeur général de l'Agence régionale de santé (1^o de l'article L. 1434-4 du Code de la santé publique) : quels que soient le jour et l'heure de l'examen.

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale).

Personne décédée et assuré(e)

Frais de santé - Etablissement du certificat de décès / Demande de paiement du forfait

Personne décédée

Nom

Nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu)

Prénom

Numéro d'immatriculation

Numéro de sécurité sociale : Saisir les 15 chiffres sans espace

Date de naissance

Assuré(e) : à remplir si la personne décédée n'est pas l'assuré(e)

Nom

Nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu)

Prénom

Numéro d'immatriculation

Numéro de sécurité sociale : Saisir les 15 chiffres sans espace

Attestation sur l'honneur

En cochant cette case, je certifie avoir procédé à l'examen nécessaire à l'établissement du certificat de décès de la personne désignée ci-dessus.

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Date et heure de réalisation de l'examen nécessaire à l'établissement du certificat de décès :

A son domicile

Précisez l'adresse

Identification du médecin et de la structure dans laquelle il exerce

Frais de santé - Etablissement du certificat de décès / Demande de paiement du forfait

Nom

Prénom

A quelle CPAM êtes-vous rattaché ?

Indiquez le numéro du département

N° identifiant

Raison sociale ou si vous intervenez en qualité de médecin remplaçant, veuillez indiquer ci-dessous votre NOM et Prénom

Adresse

N° structure (AM, FINESS ou SIRET)

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