

Démarche : Formulaire de demande d'adhésion à un contrat d'aide au maintien ou à l'installation des infirmiers

Organisme : Pôle des relations conventionnelles avec les professionnels de santé

Identité du demandeur

Email	
Civilité	
Nom	
Prénom	

Formulaire

Seuls les infirmiers en zone très sous-dotées sont éligibles.

L'ensemble des informations demandées dans ce formulaire sont nécessaires au traitement de votre demande.

Pour plus d'information sur les contrats d'aide, consulter le site ameli.fr :

<https://www.ameli.fr/infirmier/exercice-liberal/vie-cabinet/installation-liberal/processus-installation>

Le nouveau zonage avec la liste des communes "très sous dotées" est consultable sur le site du PAPS :

<https://www.iledefrance.paps.sante.fr/ou-minstaller-174?rubrique=9949&parent=9951>

1. Identification infirmier

N°Assurance Maladie

Au format 946

L'adresse du lieu d'exercice principal

Seules les communes « très sous dotées » donnent accès à un contrat d'aide au maintien ou à l'installation. Pour connaître le zonage de votre commune d'exercice consultez le portail d'accompagnement des professionnels de santé : <https://www.iledefrance.paps.sante.fr/ou-minstaller-174?rubrique=9949&parent=9951>

Date de début d'activité en tant qu'infirmier libéral

A ne pas confondre avec la date d'installation dans la commune actuelle

Date d'installation dans la commune "très sous dotée"

Les infirmiers nouvellement installés en zone "très sous dotée" peuvent bénéficier d'un contrat d'aide à l'installation (CAII ou CAPII). Les infirmiers qui ne sont pas nouvellement installés peuvent bénéficier d'un contrat d'aide au maintien (CAMI).

Sont considérés comme « nouvel installé », les infirmiers qui s'installent dans une zone très sous dotée, moins d'un an

Formulaire de demande d'adhésion à un contrat d'aide au maintien ou à l'installation des infirmiers avant la parution du nouveau zonage régional, ou après cette date, soit l'ensemble des infirmier.e.s installé.e.s à compter du 15/12/2019.

Indiquez la ou les structures dans lesquelles vous exercez

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

- ☐ Un groupe formé d'infirmiers
- ☐ Un groupe pluri professionnel (exemple : Maison de santé, cabinet de libéraux, centre de santé)
- ☐ Une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS)
- ☐ Une équipe de soin primaire (ESP)

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ Copie de votre contrat de groupe

Combien de jours par semaine exercez-vous votre activité d'infirmier libéral ?

Indiquez le nombre de jours en moyenne sur l'année

Avez-vous bénéficié d'un contrat démographique ? De quel contrat d'aide au maintien ou à l'installation conclu avec la CPAM avez-vous déjà bénéficié ?

Cochez la mention applicable

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui, précisez (type de contrat, durée, CPAM de rattachement)

3. Engagements à respecter

Vous vous engagez à remplir les conditions permettant de percevoir le FAMI

Une vérification par la CPAM sera réalisée en année N+1.

Cochez la mention applicable

- ☐ Oui
- ☐ Non

Vous vous engagez à exercer votre activité pendant une durée minimale dans la zone « très sous-dotée » à compter de la date d'adhésion au contrat

5 ans pour le CAII et le CAPII

3 ans pour le CAMI

Cochez la mention applicable

- ☐ Oui
- ☐ Non

Vous vous engagez à justifier d'une activité libérale conventionnée réalisée à 50 % dans la zone « très sous-dotée » en ayant un honoraire annuel sans dépassement de plus de 10 000 € sur la zone la 1re année et 30 000 € les années suivantes

Cochez la mention applicable

- ☐ Oui
- ☐

Formulaire de demande d'adhésion à un contrat d'aide au maintien ou à l'installation des infirmiers

Vous vous engagez à exercer au sein d'un groupe formé d'infirmiers, d'un groupe pluri-professionnel, appartenir à une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ou à une équipe de soin primaire (ESP).

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non