

Démarche : CPAM 78 _ Début d'activité libérale Médecins

Organisme : CPAM des Yvelines

Identité du demandeur

Email	<input type="text"/>
Civilité	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>

Formulaire

Pour nous permettre de traiter votre demande d'installation dans les meilleurs délais, merci de bien vouloir compléter ce formulaire et nous transmettre les pièces demandées.

Attention, votre dossier doit être complet.

Selon votre situation, nous pourrions vous demander des documents complémentaires.

Pour un traitement efficace de votre dossier, veuillez noter qu'il convient de faire le dépôt de votre dossier dans les deux mois avant votre date d'installation maximum.

Quand déposer mon dossier ?

Pour un traitement efficace de votre dossier, veuillez noter qu'il convient de faire le dépôt de votre dossier dans les deux mois avant votre date d'installation maximum afin que les informations du conseil de l'ordre redescendent auprès de l'Assurance Maladie.

Vous pouvez initier votre dossier et le laisser en brouillon et ne valider que le moment venu.

Veuillez également ne pas tenir compte des délais affichés par le site démarches-simplifiées qui ne représente pas le délai réel de traitement.

ATTENTION : Le choix du secteur I est définitif.

Nous vous invitons à prendre connaissance de l'article 10 de la convention médicale : <https://www.ameli.fr/yvelines/medecin/textes-reference>

J'atteste avoir connaissance de l'article 10 de la convention concernant le choix du secteur.

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

CPAM 78 Début d'activité libérale Médecins

1. IDENTIFICATION ET COORDONNEES

Veillez indiquer votre civilité :

☐ Mme

☐ M.

Numéro RPPS

Ce numéro est délivré par le Conseil de l'Ordre et se compose de 11 chiffres

Nom

Nom d'exercice qui apparaîtra sur vos feuilles de soins

Prénom

Nom de jeune de fille

Date et lieu de naissance

Numéro de sécurité sociale

numéro en 14 chiffres commençant par 1 ou 2 sur votre carte vitale.

Adresse postale personnelle

Numéro de téléphone personnel

Ce numéro de téléphone sera utilisé uniquement pour vous contacter en cas de besoin.

2. PIECES JUSTIFICATIVES

Choix d'exercice

Attention, toute demande d'installation en secteur I est définitive, nous vous invitons à prendre connaissance de l'article 10 de la convention médicale :

<https://www.ameli.fr/yvelines/medecin/textes-reference/convention-medicale-2024-2029/essentiel>

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Secteur 1

☐ Secteur 2

☐ Secteur 3

☐ Remplaçant ou Assistant

CPAM 78 _ Début d'activité libérale Médecins

Remplaçant ou assistant ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Remplaçant

☐ Assistant

Adresse professionnelle

Adresse du cabinet d'exercice

Téléphone professionnel

Numéro indiqué sur vos feuilles de soins

Adresse mail professionnel

Date du premier jour de votre remplacement.

Ce dernier doit être conforme avec le contrat signé avec le médecin remplacé.

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Le (ou les) contrats en tant qu'assistant

Veuillez fusionner l'ensemble de vos contrats au format PDF.

Date d'installation en cabinet

Celle-ci doit être conforme à celle indiquée au répertoire des professionnels de santé*

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ La copie de votre attestation d'inscription au Conseil départemental de l'Ordre des médecins

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Justificatif de vos titres hospitaliers (fonctions hospitalières).

Une étude de vos titres hospitaliers sera nécessaire, veuillez nous faire parvenir les documents identifiés dans le fichier à télécharger ci-joint.

Spécialité exercée

Mode d'exercice libérale

(Si en Associé concerne l'exercice en SCP ou SEL)

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Titulaire de cabinet

☐ Titulaire de cabinet en SCM

CPAM 78 _ Début d'activité libérale Médecins

- ☐ Collaborateur
- ☐ Associé (SCP ou SEL)

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ Veuillez nous transmettre votre/vos contrat(s) de collaboration(s)

Si exercice en société, veuillez préciser :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ SELARL

- ☐ SELAS

- ☐ SCP

Précisez le nombre et le nom/prénom de vos associés :

--

Avez vous des activités secondaires libérales ?

(Veuillez nous indiquer seulement si ce sont des activités libérales)

Cochez la mention applicable

- ☐ Oui
- ☐ Non

Avez vous déjà été installé(e) ?

Cochez la mention applicable

- ☐ Oui
- ☐ Non

Combien d'activités secondaires libérales ?

--

Première activité secondaire libérale

Adresse du cabinet

--

Téléphone du cabinet

--

Adresse mail professionnel

--

Mode d'exercice en association :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ SELARL

--

CPAM 78 _ Début d'activité libérale Médecins

☐ SELAS

☐ SCM

Date d'installation

Celle-ci doit correspondre à la date indiquée au RPPS

Adresse du cabinet

Téléphone du cabinet

Adresse mail professionnel

Mode d'exercice en association :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ SELARL

☐ SCP

☐ SELAS

☐ SCM

Date d'installation

Celle-ci doit correspondre à la date indiquée au RPPS

Adresse du cabinet

Téléphone du cabinet

Adresse mail professionnel

Mode d'exercice en association :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ SELARL

☐ SCP

☐ SELAS

☐

CPAM 78 _ Début d'activité libérale Médecins

Date d'installation

Celle-ci doit correspondre à la date indiquée au RPPS

Deuxième activité secondaire libérale

Adresse du cabinet

Téléphone fixe du cabinet

Adresse mail professionnel

Mode d'exercice en association type

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ SELARL

☐ SCP

☐ SELAS

☐ SCM

Date d'installation

Celle-ci doit correspondre à la date indiquée au RPPS

Adresse du cabinet

Téléphone fixe du cabinet

Adresse mail professionnel

Mode d'exercice en association type

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ SELARL

☐ SCP

☐ SELAS

☐ SCM

CPAM 78 _ Début d'activité libérale Médecins

Date d'installation

Celle-ci doit correspondre à la date indiquée au RPPS

Adresse du cabinet

Téléphone fixe du cabinet

Adresse mail professionnel

Mode d'exercice en association type

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ SELARL

☐ SCP

☐ SELAS

☐ SCM

Date d'installation

Celle-ci doit correspondre à la date indiquée au RPPS

Troisième activité secondaire

Adresse du cabinet

Téléphone fixe du cabinet

Adresse mail professionnel

Mode d'exercice en association type

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ SELARL

☐ SCP

☐ SELAS

☐ SCM

Date d'installation

CPAM 78 _ Début d'activité libérale Médecins

Celle-ci doit correspondre à la date indiquée au RPPS

Adresse du cabinet

Téléphone fixe du cabinet

Adresse mail professionnel

Mode d'exercice en association type

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ SELARL

☐ SCP

☐ SELAS

☐ SCM

Date d'installation

Celle-ci doit correspondre à la date indiquée au RPPS

Adresse du cabinet

Téléphone fixe du cabinet

Adresse mail professionnel

Mode d'exercice en association type

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ SELARL

☐ SCP

☐ SELAS

☐ SCM

Date d'installation

Celle-ci doit correspondre à la date indiquée au RPPS

CPAM 78 _ Début d'activité libérale Médecins

Si oui, veuillez nous préciser votre ancien numéro et votre secteur d'installation :

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Formulaire Déclaration de début d'activité

Tous les champs doivent être complétés, daté et signé

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Formulaire Adhésion à la convention

Tous les champs doivent être complétés, daté et signé

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Secteur II _ Formulaire Adhésion à la convention

Ce document est à remplir obligatoirement après étude de vos titres et accord de la CPAM en tant que secteur II.

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Formulaire Affiliation (CPAM des Yvelines).

Tous les champs doivent être complétés, daté et signé

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Formulaire Déclaration cabinet de groupe

Attention : Seul les associés sont concernés par ce document, si vous êtes collaborateur ou titulaire de cabinet vous n'avez pas à remplir ce document

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Pièce d'identité

Recto & verso de votre carte d'identité impératif.

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Carte vitale

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ RIB professionnel

Le RIB doit mentionner votre nom et prénom ou le nom de votre société et la mention SELARL

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Attestation de sécurisation bancaire

Document obligatoire à la vérification de vos coordonnées bancaire afin d'éviter les rejets de facturations.

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Contrat d'activité libérale validé par l'Agence Régionale de Santé

Si vous exercez une activité libérale Temps Plein Hospitalier

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Licence de remplacements

CPAM 78 _ Début d'activité libérale Médecins

Attestation du conseil de l'ordre pour les médecins étudiants thésés ou non.

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Contrat de remplacements

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ CPTS de votre lieu d'exercice

Acceptez vous d'être contacté(e) par la CPTS de votre secteur d'installation ?

Lien vers la cartographie des CPTS de notre département

<https://www.fcpts.org/la-cartographie/cartographie-departementale-des-cpts/cartographie-yvelines/>

Vous pouvez trouver d'autres sur les CPTS informations à l'adresse suivante :

<https://www.fcpts.org/la-cartographie/cartographie-departementale-des-cpts/cartographie-yvelines/>

Avez vous des informations complémentaires à nous faire parvenir ?