

Démarche : Demande de mise à jour de RIB professionnels de santé installés dans les Pyrénées-Orientales

Organisme : Caisse Primaire d'Assurance Maladie des Pyrénées-Orientales

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 de mise à jour de RIB professionnels de santé installés dans les Pyrénées-Orientales dans les meilleurs délais, merci de bien vouloir compléter ce formulaire à l'aide de votre adresse email professionnelle enregistrée au Fichier National des Professionnels de Santé et nous transmettre les pièces demandées.

Dans quel département êtes-vous installé ?

Cette démarche ne concerne que les professionnels de santé des Pyrénées-Orientales

Données d'identité :

Nom :

Prénom :

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Informations sur les mises à jour de RIB :

Pour vous aider dans la démarche, vous pouvez télécharger le document suivant.

Informations administratives :

Numéro d'identification Assurance Maladie (66x xxx xxx)

Raison Sociale :

Demande de mise à jour de RIB professionnels de santé installés dans les Pyrénées-Orientales

Nom :

Prénom :

Adresse professionnelle :

Adresse email professionnelle :

Votre demande de mise à jour concerne-t-elle aussi vos activités secondaires dans les Pyrénées-Orientales?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Préciser les numéros d'exercice concernés par le changement de RIB

Dépôt des pièces justificatives (en format PDF) :

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Ancien RIB :

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Nouveau RIB :

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Pièce d'identité (Recto/verso ou recto uniquement) :

Carte nationale d'identité, passeport, titre de séjour ou autre justificatif d'identité.

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Pièce d'identité (verso si nécessaire) :

Carte nationale d'identité, passeport, titre de séjour ou autre justificatif d'identité.
(Verso ou pas de pièce si recto\verso déjà fourni précédemment)

Engagement :

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

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Demande de mise à jour de RIB professionnels de santé installés dans les Pyrénées-Orientales

Fait à :

Le :

Indiquez la date du jour.