

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.