

Démarche : Fichier PS : "infirmier.e" remplaçant(e)
Organisme : Service Relations avec les Professionnels de Santé

Identité du demandeur

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

Formulaire

Ce formulaire en ligne permet aux infirmier(e)s, RESIDANT dans la circonscription de la CPAM de Lille-Douai (ou pour les résidents belges, dont le lieu de travail au premier jour de remplacement se situe dans la circonscription de Lille-Douai), , de transmettre les informations obligatoires accompagnées de leurs justificatifs pour une situation de remplacement.

AVANT DE COMPLETER CE FORMULAIRE :

- votre situation doit être à jour auprès de votre Conseil de l'Ordre,
- vous devez avoir effectué votre premier jour de remplacement.

Identification du professionnel de santé REMPLACANT

| | |
|---------------------------|----------------------|
| Votre nom | <input type="text"/> |
| Votre prénom | <input type="text"/> |
| Nom d'Exercice | <input type="text"/> |
| Votre adresse personnelle | <input type="text"/> |

De quel département relève votre remplacement?

Cette démarche est exclusivement réservée aux professionnels de santé remplaçants RESIDANT dans la circonscription de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Lille-Douai ou aux professionnels de santé remplaçants résidents belges, exerçant dans la circonscription de Lille-Douai.

Fichier PS : "infirmier.e" remplaçant(e)

Je relève de la circonscription de Lille Douai

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

Je réside dans la circonscription de Lille-Douai

Je suis résident Belge, mon lieu de travail au premier jour de remplacement se situe dans la circonscription de Lille-Douai

Votre numéro de téléphone (personnel)

Votre adresse email (personnelle)

Votre numéro de sécurité sociale

Votre numéro de sécurité sociale est le numéro à 15 chiffres se trouvant sur votre carte vitale

Votre numéro RPPS

Numéro composé de 11 caractères

Identification du professionnel de santé REMPLACE

Nom

Prénom

Nom d'Exercice

Adresse professionnelle

Situation administrative

Date du PREMIER jour de remplacement

Pièces justificatives à fournir

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

Attestation d'expérience professionnelle

(!) Sans cette attestation, votre demande ne peut être prise en compte.

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

Fichier PS : "infirmier.e" remplaçant(e)

A défaut, livret de famille.

(Si naissance à l'étranger : extrait d'acte de naissance).

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

Votre Carte d'identité VERSO

A défaut, redéposer le livret de famille.

(Si naissance à l'étranger, redéposer votre extrait d'acte de naissance)

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

Votre RIB/IBAN PERSONNEL

Relevé d'identité bancaire PERSONNEL et non professionnel

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

Autorisation de remplacement

Ce document est délivré par le Conseil de l'Ordre

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

Votre Attestation de droits

UNIQUEMENT SI VOUS ETES ASSURE(E) PAR UN REGIME AUTRE QUE LA CPAM

(Exemples : MGEN, MSA..)

Des démarches importantes :

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

La déclaration en vue de votre immatriculation : vous permettra d'être affilié(e) au régime des Praticiens et Auxiliaires Médicaux Conventionnés (PAMC)

CE DOCUMENT EST NECESSAIRE A L'ENREGISTREMENT DE VOTRE DOSSIER SAUF SI VOUS AVEZ DEJA LE STATUT LIBERAL. Dans ce cas, merci de nous transmettre l'imprimé en mentionnant "libéral" à la main, puis barrer le document au lieu de le remplir.

Pour les non libéraux, compléter le document normalement.
=> Indiquer la mention "REEMPLACANT" à l'activité professionnelle

Il vous suffit de :

- . télécharger le "modèle suivant" ci-dessous
- . compléter et sauvegarder le formulaire sur votre ordinateur
- . télécharger le formulaire sauvegardé pour le transmettre à la CPAM

(!) ATTENTION, votre dossier ne pourra être traité sans ce document REMPLI.

Les adresses utiles :

Engagement

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

Cochez la mention applicable

Oui

Non

Fait à :

Fichier PS : "infirmier.e" remplaçant(e)
Indiquez la commune

Le :

Format jj/mm/aaaa