

Démarche : Fichier PS : Installation "chirurgien-dentiste"

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 chirurgiens-dentistes de transmettre les informations obligatoires accompagnées de leurs justificatifs pour une nouvelle installation pour la Cnam Lille-Douai.

SI votre demande d'installation concerne une zone NON PRIORITAIRE

(!) Concernant les demandes d'installation à LESQUIN ou VENDEVILLE, veuillez AU PREALABLE envoyer votre demande par mail à l'adresse : ipc.cpam-lille-douai@assurance-maladie.fr

SI votre demande de dérogation est acceptée, vous pourrez ENSUITE compléter ce formulaire de demande d'installation.

Identification

Votre nom

Votre prénom

Nom d'Exercice

Nationalité :

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

☐ Française

☐ EEE

☐ Autre

Fichier PS : Installation "chirurgien-dentiste"

Votre numéro de sécurité sociale

Votre numéro RPPS

Numéro composé de 11 caractères

Nature du diplôme :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Français

☐ Etranger

Date d'obtention du diplôme :

Date d'autorisation d'exercer en France :

Dans quel département souhaitez-vous vous installer ?

Indiquez le numéro du département

Je suis affilié(e) à la CPAM :

Cette démarche est exclusivement réservée aux professionnels de santé de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Lille-Douai.

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Lille-Douai

SITUATION ADMINISTRATIVE

Cabinet principal (devant au préalable être enregistré à l'Ordre)

Votre adresse professionnelle

Merci d'indiquer votre adresse professionnelle si vous avez connaissance de votre lieu d'implantation

Votre numéro de téléphone (professionnel)

CE NUMÉRO SERA CELUI VISIBLE SUR L'ANNUAIRE SANTÉ AMELI

Votre adresse email (professionnelle)

Si cabinet secondaire (devant au préalable être enregistré à l'Ordre)

Fichier PS : Installation "chirurgien-dentiste"
Adresse professionnelle

Votre adresse email (professionnelle)

Coordonnées personnelles

Votre adresse personnelle

Votre adresse email (personnelle)

Votre numéro de téléphone (personnel)

EXERCICE DE LA PROFESSION

Votre activité libérale

Date de début de votre activité libérale

La date à indiquer doit être IDENTIQUE à celle communiquée à l'ORDRE

Votre spécialité

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Chirurgien-dentiste

☐ Orthodontiste

Exercice de l'activité :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Individuelle

☐ Collaboration

☐ En cabinet de groupe

☐ Assistanat

Forme juridique du groupe

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ SELARL

☐ SCP

☐ SCM

Fichier PS : Installation "chirurgien-dentiste"

Indiquez votre situation exacte

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Libéral intégral
- ☐ Exercice à temps partiel avec une activité salariée non hospitalière
- ☐ Exercice à temps partiel avec une activité salariée hospitalière

Votre situation antérieure

Avez-vous déjà été installé(e) à titre libéral ?

Si oui , veuillez compléter la partie 4

Cochez la mention applicable

- ☐ Oui
- ☐ Non

Déclaration de cessation d'activité (si vous êtes concerné(e))

Ancien N° d'identification :

Saisir votre ancien numéro AM / Adeli

Je déclare avoir cessé mon activité libérale à l'adresse suivante :

Cochez la mention applicable

- ☐ Oui
- ☐ Non

Ancienne adresse professionnelle :

Date de cessation d'activité :

Adhésion la convention nationale avec les chirurgiens-dentistes libéraux

La convention nationale avec les chirurgiens-dentistes libéraux

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000037335538>

En cochant cette case, j'atteste avoir pris connaissance de la convention nationale, adhérer à cette convention et décider d'exercer mon activité professionnelle selon ses dispositions.

Cochez la mention applicable

- ☐ Oui
- ☐ Non

Pièces justificatives à fournir

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐

Fichier PS : Installation "chirurgien-dentiste"

Relevé d'identité bancaire professionnel

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Si RIB/IBAN professionnel QONTO, REVOLUT ou SUMUP, attestation de votre banque confirmant la validité du compte

(!) Attention, l'ATTESTATION doit comporter :

- le nom du titulaire du compte ou détenteur du compte,
- le numéro de compte bancaire,
- le cachet de la banque ET la signature.

=> Un RIB avec le cachet de la banque et la signature N'EST PAS RECEVABLE.

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Votre RIB/IBAN personnel

(Si vous vivez à l'étranger, il faut obligatoirement un relevé d'identité bancaire français)

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Votre Carte identité RECTO

Ou l'extrait d'acte de naissance (si naissance à l'étranger)

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Votre Carte identité VERSO

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

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Votre Carte vitale/Attestation de droits

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Votre Déclaration radio de l'ASN

Accusé réception ou le récépissé d'une déclaration d'appareils de radiodiagnosics délivrés par l'ASN Division de Lille - 44 rue de Tournai-BP289-59019 LILLE CEDEX (à défaut, celui de votre titulaire)

Des démarches importantes :

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ L'assurance Volontaire :

Adhésion facultative, vous trouverez les informations via le lien : <https://www.ameli.fr/lille-douai/assure/droits-demarches/maladie-accident-hospitalisation/assurance-volontaire-individuelle-mp>

Si vous souhaitez adhérer à cette assurance, 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

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ La demande d'ouverture des droits à l'assurance maladie :

CE DOCUMENT EST NECESSAIRE A L'ENREGISTREMENT DE VOTRE DOSSIER.

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

Fichier PS : Installation "chirurgien-dentiste"

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

Les adresses utiles :

Je souhaite faire une demande d'imprimés

Compléter la démarche "Commande et réception des imprimés"

Après avoir validé votre demande d'installation, vous pouvez effectuer une demande en ligne d'imprimés en vous rendant sur DECLIC RPS et en cliquant sur l'icône "Commande et réception des imprimés".

Engagement

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

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Fait à :

Indiquez la commune

Le :

Format jj/mm/aaaa