

Démarche : CPAM 71 : Installation "Infirmier IPA"

Organisme : Service gestion des professionnels de santé 71

Identité du demandeur

Email	
Civilité	
Nom	
Prénom	

Formulaire

Ce formulaire en ligne permet à l'infirmier/infirmière "IPA" n'étant pas encore installé(e) en tant qu'IDEL de transmettre les informations obligatoires accompagnées de leurs justificatifs pour une nouvelle installation auprès de la CPAM de Saône-et-Loire.

Si vous êtes déjà installé(e), une simple mise à jour de votre situation est à demander auprès de votre CPAM.

Identification

Votre nom

Nom d'exercice

Nom de jeune fille

Votre prénom

Nationalité :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Française

☐ Pays appartenant à l'Union Européenne (UE)

☐ Pays hors UE

Votre numéro de sécurité sociale

Votre numéro de sécurité sociale est composé de 15 chiffres.

CPAM 71 : Installation "Infirmier IPA"
Pièce justificative à joindre en complément du dossier
☐ Attestation de droits d'assuré social

Je ne possède pas de numéro de sécurité sociale

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Praticien non francophone - Pièces Jointes (PJ) à fournir n°1 : Extrait de naissance original

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Praticien non francophone PJ à fournir n°2 : Extrait de naissance traduit en français par un organisme agréé

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Praticien non francophone PJ à fournir n°3 : Relevé d'Identité Bancaire ou Postal (RIB/RIP)

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Carte identité recto/verso

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

Votre numéro de sécurité sociale

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Copie de la carte Vitale ou attestation de droits Sécurité Sociale

Coordonnées personnelles

Votre adresse personnelle

Votre adresse email (personnelle)

Votre numéro de téléphone (personnel)

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)

Profession

Votre numéro RPPS

Numéro composé de 11 caractères suite démarches avec l'Ordre

CPAM 71 : Installation "Infirmier IPA"

Votre numéro ADELI

Date d'obtention du diplôme :

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Diplôme IPA

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Attestation de l'Ordre "exercice en pratique avancée"

Dans quel département souhaitez-vous vous installer ?

Indiquez le numéro du département

SITUATION ADMINISTRATIVE

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

Votre adresse professionnelle

Votre numéro de téléphone (professionnel)

CE NUMÉRO SERA CELUI VISIBLE SUR L'ANNUAIRE SANTÉ AMELI

Votre adresse email professionnelle

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Votre RIB/IBAN professionnel

Relevé d'identité bancaire professionnel

Afin d'enregistrer ce RIB, nous avons l'obligation de recueillir votre consentement quant au contrôle des informations déclarées auprès des organismes bancaires concernés en recourant aux dispositions des articles L114-19 et suivants du Code de la Sécurité Sociale ; dans une limite de 3 ans à compter de la présente autorisation.

Si vous n'autorisez pas l'Assurance Maladie, nous ne pourrions procéder à l'enregistrement de vos coordonnées bancaires.

Renforcement des procédures de sécurisation

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ J'autorise la CPAM de Saône et Loire à contrôler les informations déclarées auprès des organismes bancaires concernés en recourant aux dispositions des articles L114-19 et suivants du Code de la Sécurité Sociale ; dans une limite de 3 ans à compter de la présente autorisation.

CPAM 71 : Installation "Infirmier IPA"

- ☐ Je n'autorise pas la CPAM de Saône et Loire à contrôler les informations déclarées auprès des organismes bancaires concernés en recourant aux dispositions des articles L114-19 et suivants du Code de la Sécurité Sociale ; dans une limite de 3 ans à compter de la présente autorisation

EXERCICE DE LA PROFESSION

Votre activité libérale

Date de début de votre activité libérale ou salariée d'un médecin

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

Indiquez votre situation exacte :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ IPA-salarié(e)
- ☐ IPA-libéral(e)
- ☐ IPA -mixte (libéral + salarié)

STRUCTURE JURIDIQUE

Structure juridiquement constituée

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

- ☐ Société Civile Professionnelle monodisciplinaire
- ☐ Société Civile Professionnelle pluridisciplinaire
- ☐ Société Civile de Moyens
- ☐ Société d'exercice libéral
- ☐ Autres structures juridiques

Nom du cabinet médical

Adresse du cabinet médical

Membres du cabinet qui composent le cabinet

précisez le nom, prénom des personnes qui exercent dans le même cabinet

Structure non juridiquement formalisée

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

- ☐ Société de fait

CPAM 71 : Installation "Infirmier IPA"

☐ Contrat d'association

☐ Contrat de collaboration

☐ Exerce seul

☐ Autres structures juridiques

Votre situation antérieure

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

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Adhésion à la convention nationale

Convention nationale des infirmiers

<https://www.ameli.fr/saone-et-loire/infirmier/textes-reference/convention/convention>

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

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/saone-et-loire/assure/droits-demarches/maladie-accident-hospitalisation/assurance-volontaire-individuelle-mp-independant>

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

Commentaire ou information(s) complémentaire(s) que vous jugez utile

Vous pouvez nous transmettre tout complément d'informations utiles à l'étude de votre dossier

Engagement

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

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Fait à :

CPAM 71 : Installation "Infirmier IPA"

Indiquez la commune

Le :

Format jj/mm/aaaa