

Démarche : Fichier PS : Installation "orthoptiste"

Organisme : Service Relations avec les Professionnels de Santé

## Identité du demandeur

Email

Civilité

Nom

Prénom

## Formulaire

Ce formulaire en ligne permet aux orthoptistes de transmettre les informations obligatoires accompagnées de leurs justificatifs pour une nouvelle installation auprès de la CPAM Lille-Douai.

### Identification

Votre nom

Votre prénom

Nom d'Exercice

#### Nationalité :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

FRANCAISE

EEE

AUTRE

Votre numéro de sécurité sociale

Votre numéro RPPS

Numéro composé de 11 caractères

## Profession

**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 :**

Si vous êtes titulaire d'un diplôme français, veuillez indiquer la date d'obtention de votre diplôme

**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 être au préalable enregistré à l'ARS via le portail E-RPPS)****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 être au préalable enregistré à l'ARS via le portail E-RPPS)****Adresse professionnelle**

# Fichier PS : Installation "orthoptiste"

## Téléphone professionnel

CE NUMÉRO SERA CELUI VISIBLE SUR L'ANNUAIRE SANTÉ AMELI

## Votre adresse email (professionnelle)

# Coordonnées personnelles

## Votre adresse personnelle

## Votre numéro de téléphone (personnel)

## Votre adresse email (personnelle)

# EXERCICE DE LA PROFESSION

## Votre activité libérale

### Date de début de votre activité libérale

La date à indiquer doit être IDENTIQUE à celle enregistrée dans le portail E-RPPS

### Exercice de l'activité :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- Individuelle
- Collaboration
- En cabinet de groupe

### Forme juridique du groupe

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- SELARL
- SCP
- SCM

### 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 complétez le point 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 à la convention nationale

**Convention nationale des orthoptistes**

<https://www.ameli.fr/lille-douai/orthoptiste/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

## Pièces justificatives à fournir :

**Pièce justificative à joindre en complément du dossier**

Votre RIB/IBAN professionnel

Relevé d'identité bancaire professionnel

## Fichier PS : Installation "orthoptiste"

Si vous exercez en SELARL, transmettre le RIB de la SELARL

### 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

- Si titulaire d'un diplôme étranger, nous transmettre le diplôme ainsi que l'autorisation d'exercice en France

### 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

- Carte identité RECTO

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

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- Carte identité VERSO

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

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- Attestation de droits Sécurité Sociale

## 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

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

## Les adresses utiles :

# Fichier PS : Installation "orthoptiste"

## Je souhaite faire une demande d'imprimés

[https://authps-espacepro.ameli.fr/oauth2/authorize?response\\_type=code&scope=openid%20profile%20infosp%20email&client\\_id=csm-cen-prod\\_ameliprotransverse-connexionadmin\\_1\\_amtrx\\_i1\\_csm-cen-prod%2Fameliprotransverse-connexionadmin\\_1%2Famtrx\\_i1&state=S6FxlyYxsYh-RhOuqXtNVmH6UbA&redirect\\_uri=https%3A%2F%2Fespacepro.ameli.fr%2Fredirect\\_uri&nonce=xJKQn1PbB29JoliajkzeCvoPIASskkT-zvd7OaiR-Pg](https://authps-espacepro.ameli.fr/oauth2/authorize?response_type=code&scope=openid%20profile%20infosp%20email&client_id=csm-cen-prod_ameliprotransverse-connexionadmin_1_amtrx_i1_csm-cen-prod%2Fameliprotransverse-connexionadmin_1%2Famtrx_i1&state=S6FxlyYxsYh-RhOuqXtNVmH6UbA&redirect_uri=https%3A%2F%2Fespacepro.ameli.fr%2Fredirect_uri&nonce=xJKQn1PbB29JoliajkzeCvoPIASskkT-zvd7OaiR-Pg)

### 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