

Démarche : Fichier PS : Mise à jour de votre Relevé d'Identité Bancaire professionnel Orthoptiste

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 professionnels de santé de demander la mise à jour de leurs nouvelles coordonnées bancaires auprès de la CPAM Lille-Douai.

EN CAS D'EXERCICE EN S.E.L.A.R.L. ou changement de statut juridique, veuillez COCHER CETTE CASE

En cas de S.E.L.A.R.L. MULTI SITES, avec des RIB DIFFERENTS, nous vous remercions d'adresser votre demande à l'adresse suivante : rps.cpam-lille-douai@assurance-maladie.fr

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Identification

Votre nom

Votre prénom

Nom d'Exercice

Votre numéro d'Assurance Maladie (= numéro de facturation : /!\ il s'agit du numéro à 9 chiffres débutant par 59XXXXXXX)

Merci de ne PAS indiquer votre NIR, seul le numéro AM est nécessaire.

Fichier PS : Mise à jour de votre Relevé d'Identité Bancaire professionnel Orthoptiste

Votre numéro de téléphone (professionnel ou personnel)

CE NUMÉRO SERA UTILISÉ UNIQUEMENT SI LE SERVICE RELATIONS AVEC LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DE LA CAISSE PRIMAIRE DE LILLE DOUAI A BESOIN DE VOUS CONTACTER POUR CETTE MISE À JOUR.

Il ne sera pas enregistré au Fichier National des Professionnels de Santé (FNPS).

Votre adresse @EMAIL (professionnelle ou personnelle)

CETTE ADRESSE @MAIL SERA UTILISÉE UNIQUEMENT SI LE SERVICE RELATIONS AVEC LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DE LA CAISSE PRIMAIRE DE LILLE DOUAI A BESOIN DE VOUS CONTACTER POUR CETTE MISE À JOUR.

Elle ne sera pas enregistrée au Fichier National des Professionnels de Santé (FNPS).

Profession

Vous êtes :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Médecin
- ☐ Infirmier/Infirmière
- ☐ Infirmier(e) IPA
- ☐ Masseur Kinésithérapeute
- ☐ Chirurgien dentiste
- ☐ Pédicure Podologue
- ☐ Sage femme/Maïeuticien
- ☐ Psychologue
- ☐ Orthoptiste
- ☐ Orthophoniste
- ☐ Fournisseur
- ☐ Pharmacien
- ☐ Laboratoire
- ☐ Transporteur Sanitaire
- ☐ Taxis

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

- ☐ 59-Lille-Douai

Pièces justificatives à fournir :

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ Votre NOUVEAU RIB/IBAN professionnel

NOUVEAU Relevé d'identité bancaire professionnel

Fichier PS : Mise à jour de votre Relevé d'Identité Bancaire professionnel Orthoptiste

Si vous exercez en SELARL, transmettre le RIB de la SELARL et ne pas oublier de cocher la case correspondante en haut du formulaire.

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ Si votre NOUVEAU RIB/IBAN professionnel est un compte en ligne tel que 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 ANCIEN RIB/IBAN professionnel

Si vous n'êtes PAS EN MESURE de le transmettre, veuillez joindre une attestation sur l'honneur datée et signée précisant que vous êtes dans l'incapacité de fournir votre ancien RIB.

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ Carte identité RECTO

SI naissance à l'étranger : titre de séjour RECTO.

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ Carte identité VERSO

SI naissance à l'étranger, titre de séjour VERSO.

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ Extrait du KBIS pour les professionnels suivants :

Concerne les fournisseurs, les pharmaciens, les laboratoires, les taxiteurs et les transporteurs sanitaires.

(!) S'agissant du changement de RIB d'une entité juridique, seul(s) le(s) représentant(s) légal(aux) est fondé (sont fondés) à demander la mise à jour.

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 :

Indiquez la commune

Le :

Format jj/mm/aaaa