

Démarche : Fichier PS : "orthophoniste" remplaçant
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 orthophonistes, 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 compléter ce formulaire :

- la situation du Professionnel de Santé doit être à jour sur le portail e-RPPS,
- le Professionnel de Santé doit avoir effectué son premier jour de remplacement.

AVANT DE COMPLETER CE FORMULAIRE :

- votre situation doit être à jour sur le portail e-RPPS,
- 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"/>

Fichier PS : "orthophoniste" remplaçant

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.

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

Fichier PS : "orthophoniste" remplaçant

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

Votre Carte d'identité RECTO

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

Attestation d'inscription au Répertoire Partagé des Professionnels de Santé

Votre activité doit être enregistrée via le portail e-RPPS

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

Diplôme d'état

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

Votre Attestation de droits

UNIQUEMENT SI VOUS ETES ASSURE 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.

Fichier PS : "orthophoniste" remplaçant

Cochez la mention applicable

Oui

Non

Fait à :

Indiquez la commune

Le :

Format jj/mm/aaaa