

- Démarche : Fichier PS : Prise en charge de la responsabilité civile professionnelle (RCP).
- Organisme : Caisse Primaire d'Assurance Maladie des Pyrénées-Orientales

## Identité du demandeur

Email	<input type="text"/>
Etablissement SIRET	<input type="text"/>
Dénomination	<input type="text"/>
Forme juridique	<input type="text"/>

## Formulaire

Ce formulaire en ligne permet au médecin éligible de transmettre les documents nécessaires à la prise en charge partielle de la responsabilité civile professionnelle (RCP).

Ce service ne concerne que les médecins installés dans les Pyrénées-Orientales.

### Identification

Votre nom

Votre prénom

Votre numéro ADELI  
Numéro composé de 9 caractères commençant par 661.....

Dans quel département êtes-vous installé ?  
Indiquez le numéro du département

Votre adresse email

### Pièces justificatives à fournir

## Fichier PS : Prise en charge de la responsabilité civile professionnelle (RCP).

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

Votre certificat d'accréditation à la Haute Autorité en Santé (HAS)

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

Votre attestation d'assurance RCP de l'année 2024

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

Votre attestation de paiement de l'assurance RCP de l'année 2024

Si la date d'échéance annuelle de votre contrat d'assurance diffère du 31 décembre, il conviendra de transmettre les deux dernières attestations d'assurance, de manière à justifier d'une couverture continue sur l'ensemble de la période allant du 01/01/2024 au 31/12/2024

## 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