

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

Organisme : Caisse Primaire d'Assurance Maladie - Pôle Professionnels de santé

Identité du demandeur

Email

Etablissement
SIRET

Dénomination

Forme juridique

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 la Manche.

Identification

Votre nom

Votre prénom

Votre numéro RPPS
Numéro composé de 11 caractères

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

Votre adresse professionnelle

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

Votre adresse email

Votre numéro de téléphone

Pièces justificatives à fournir

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 N-1

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Votre attestation de paiement de l'assurance RCP de l'année N-1

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