

- 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	<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 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**

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