

Démarche : Formulaire de demande CAIM (CPAM du Val-de-Marne)

Organisme : Pôle des relations conventionnelles avec les professionnels de santé

## Identité du demandeur

Email

Civilité

Nom

Prénom

## Formulaire

Vous trouverez ci-après le formulaire de demande d'adhésion à un contrat démographique médecins (CAIM)

### 1. Identification du médecin

N°AM

Adresse

Mail

Date d'installation

**Secteur conventionnel**

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Secteur 1

☐ Secteur 1 avec DP

☐ Secteur 2 avec OPTAM

☐ Secteur 2 avec OPTAM-co

**Avez-vous adhéré à un contrat incitatif antérieurement ?**

## Formulaire de demande CAIM (CPAM du Val-de-Marne)

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Si vous avez répondu oui à la question précédente, précisez (type de contrat, date, durée, CPAM de rattachement...)

## 2. Engagements socles

Si oui, détails (date)

### Etes-vous installé(e) depuis moins d'un an dans une ZIP ?

Les ZIP sont définies par l'ARS : <https://www.iledefrance.paps.sante.fr/ou-minstaller-170?parent=10002>

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

### Envisagez-vous de maintenir une activité libérale conventionnée dans cette zone pendant 5 ans ?

Une vérification annuelle sera réalisée par la CPAM

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

### Exercez-vous en groupe ou en CPTS ou ESP ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Joindre un justificatif

- Pour un exercice de groupe : exercice dans les mêmes locaux (contrat, ordonnance mentionnant l'adresse commune de cabinet)

- Pour une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) ou une Equipe de soins primaires (ESP) : document attestant de l'adhésion et/ou participation.

### Exercez-vous une activité libérale au minimum égale à 2,5 jours par semaine ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Joindre tout justificatif pouvant attester du nombre de jours d'activité/semaine (exemple : contrat, copie du planning hebdomadaire, copie du planning Doctolib...).

Une concordance sera faite avec les outils mis à disposition de la caisse.

### Participez-vous au dispositif de permanence des soins ambulatoires sur le territoire ?

Ne concerne pas les médecins spécialistes.

Une vérification annuelle sera effectuée par la CPAM

## Formulaire de demande CAIM (CPAM du Val-de-Marne)

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

### 3. Engagement optionnel

**Vous réalisez une partie de votre activité libérale au sein d'un hôpital de proximité listé par arrêté ministériel**

Les hôpitaux de proximité sont listé dans l'arrêté du 27 mai 2019 :

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorff/id/JORFTEXT000038534032>

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

#### **Joindre un justificatif**

Document attestant de cette activité au moment de l'adhésion ou dans les semaines qui suivent : copie du contrat d'activité libérale conclu avec la structure

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non