

Démarche	: Formulaire de demande de contrat démographique pour les chirurgiens-dentistes (CPAM du Val-de-Marne) - Zonage 2024
Organisme	: Pôle Accompagnement des Offreurs de Soins / Convention

Identité du demandeur

Email	<input type="text"/>
Civilité	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>

Formulaire

Formulaire de demande de contrat d'aide à l'installation ou au maintien des chirurgiens-dentistes (CAICD et CAMCD) en zones très sous dotées

1. Identification du chirurgien-dentiste

Nom et prénom

N° d'identification à l'Assurance Maladie

Il s'agit du numéro à 9 chiffres commençant par 944xxxxxx utilisé pour votre facturation et se trouvant sur le pavé d'identification de vos feuilles de soins papier.

Adresse du lieu d'exercice dans le Val-de-Marne

Votre lieu d'exercice principal doit être situé dans le Val-de-Marne en zone très sous-dotée (c'est-à-dire que la majorité de votre activité conventionnée doit être réalisée dans la zone et, à minima, 2 jours par semaine).

N° de téléphone

Mail

Date de début d'exercice en libéral

Formulaire de demande de contrat démographique pour les chirurgiens-dentistes (CPAM du Val-de-Marne)

Date d'installation dans la commune très sous dotée

Pour rappel, selon le zonage des Chirurgiens-dentistes du 14/12/2024, 8 communes du Val-de-Marne sont considérées comme très sous-dotées et éligibles, à ce titre, aux contrats démographiques de l'Assurance Maladie :

- Boissy-Saint-Léger
- Chevilly-Larue
- Marolles-en-Brie
- Orly
- Le Plessis-Trévise
- La Queue-en-Brie
- Rungis
- Santeny

Avez-vous déjà bénéficié d'un contrat démographique ?

Cochez la mention applicable

 Oui Non

Si oui, lequel ? A quelle date l'avez-vous signé ? Et avec quelle CPAM ?

Vous souhaitez adhérer à quel contrat ?

Vous pouvez retrouver les fiches détaillées des contrats sur le site Ameli.fr : <https://www.ameli.fr/val-de-marne/chirurgien-dentiste/exercice-liberal/vie-cabinet/contrat-incitatif>

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

 CAICD (contrat d'aide à l'installation des chirurgiens-dentistes) CAMCD (contrat d'aide au maintien des chirurgiens-dentistes)

2. Conditions d'éligibilité

Etes-vous élu libéral conventionné ?

Cochez la mention applicable

 Oui Non

Vous êtes

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

 Titulaire Collaborateur

Vous exercez

Par exercice de groupe, on entend un exercice dans les mêmes locaux d'au moins 2 chirurgiens-dentistes conventionnés.

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

 A titre individuel En groupe

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

 Transmettre le contrat de SCP, SEL, SCM ou tout autre contrat de société validé par l'Ordre

3. Engagements

Formulaire de demande de contrat démographique pour les chirurgiens-dentistes (CPAM du Val-de-Marne)

Vous vous engagez à remplir les conditions permettant de percevoir le forfait de modernisation et d'informatisation du cabinet professionnel (FAMI)

Cochez la mention applicable

Oui

Non

Vous vous engagez à maintenir, durant la durée du contrat, la majorité de son activité conventionnée dans la zone et, à minima, 2 jours par semaine

Cochez la mention applicable

Oui

Non

Vous vous engagez à informer préalablement la caisse de la circonscription de son cabinet principal de toute intention de cesser son activité dans la zone avant l'échéance du contrat..

Cochez la mention applicable

Oui

Non

Je certifie l'exactitude des informations déclarées dans le présent formulaire

Cochez la mention applicable

Oui

Non