Démarche : Formulaire de demande de contrat démographique pour les masseurskinésithérapeutes (CPAM du Val-de-Marne) - Zonage 2024 Organisme : Pôle Accompagnement des Offreurs de Soins / Convention Identité du demandeur **Email** Civilité Nom Prénom **Formulaire** Formulaire de demande de contrat d'aide à la création de cabinet, à l'installation ou au maintien des masseurskinésithérapeutes (CACCMK-CAIMK-CAMMK) en zones très sous dotées 1. Identification du masseur-kinésithérapeute Nom et prénom N° d'identification à l'Assurance Maladie Il s'agit du numéro à 9 chiffres commençant par 947xxxxxx 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 N° de téléphone Mail

Date d'installation dans la commune très sous dotée

Date de début d'exercice en libéral

Formulaire de demande de contrat démographique pour les masseurs-kinésithérapeutes (CPAM Pour rappel, selon le zonage des Masseurs-kinésithérapeutes du 03/11/2024, 4 communes sont considérées comme très
sous dotées et éligibles, à ce titre, aux contrats démographiques de l'Assurance Maladie : - Chevilly-Larue
- Rungis - Thiais
- Villejuif
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/masseur-kinesitherapeute/exercice-liberal/vie-cabinet/aides-installation-maintien-activite-zones-deficitaires
Cochez la mention applicable, une seule valeur possible  CACCMK (création ou reprise de cabinet en cas de cessation totale du titulaire)
CAIMK (installation dans un cabinet de groupe ou pluri-professionnel)
CAMMK (maintien)
2. Conditions d'éligibilité
Vous êtes libéral conventionné ? Cochez la mention applicable Oui
□ Non
Vous exercez ?
Par exercice de groupe, on entend un exercice dans les mêmes locaux d'au moins 2 praticiens conventionnés. Par exercice pluri-professionnel, on entend un cabinet pluri-professionnel, une maison de santé ou toute autre forme reconnue règlementairement, dès lors que les praticiens exercent dans les mêmes locaux.
Cochez la mention applicable, une seule valeur possible  En cabinet individuel
☐ En cabinet de groupe
Dans un cadre pluri-professionnel
Pièce justificative à joindre en complément du dossier  Vous vous engagez à assurer la continuité des soins par le recours à des remplaçants en votre absence.
Téléchargez une copie d'un contrat de remplacement A défaut, à l'issue de chaque année civile, vous vous engagez à transmettre à la CPAM un contrat ou une preuve que vous avez essayé par tous moyens de trouver un remplaçant pour assurer cette continuité des soins (mails, courriers ect).
Pièce justificative à joindre en complément du dossier  Transmettre un justificatif de votre exercice de groupe : le contrat de SCP, de SEL ou tout autre contrat de société validé par l'Ordre

## Formulaire de demande de contrat démographique pour les masseurs-kinésithérapeutes (CPAM

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

Pièce justificative à joindre en complément du dossier  Téléchargez un justificatif de votre exercice pluri-professionnel
Par exercice pluri-professionnel, on entend un cabinet pluri-professionnel, une maison de santé ou toute autre forme reconnue règlementairement, dès lors que les praticiens exercent dans les mêmes locaux.
Etes-vous ? Cochez la mention applicable, une seule valeur possible Titulaire libéral
Collaborateur libéral
Assistant libéral
Reprenez-vous une activité après une suspension ou une interruption temporairement d'activité ?  Cochez la mention applicable  Oui
Non
S'agit-il d'une création de cabinet ? Cochez la mention applicable Oui
Non
S'agit-il d'une reprise de cabinet principal dans le cadre d'une cessation totale d'activité du titulaire ?  Cochez la mention applicable  Oui
Non
Exercez-vous exclusivement à domicile ? Cochez la mention applicable Oui
Non
3. Engagements
Vous vous engagez à remplir les conditions permettant de recevoir les aides à l'équipement informatique du cabinet (article 4.9 de l'avenant 5)  Cochez la mention applicable  Oui
Non
Vous vous engagez à justifier d'un minimum de 2000 actes la 1ère année et 3000 actes les années suivantes.  Cochez la mention applicable  Oui
Non

Formulaire de demande de contrat démographique pour les masseurs-kinésithérapeutes (CPAM Vous vous engagez à réaliser 50% de votre activité sur la zone très sous dotée  Cochez la mention applicable  Oui
□ Non
A titre optionnel : souhaitez-vous vous engager à exercer les fonctions de maître de stage et accueillir en stage de fin d'étude un étudiant en kinésithérapie ?  Cochez la mention applicable  Oui
□ Non
Vous vous engagez à informer, le cas échéant, votre caisse de votre intention de cesser votre activité dans la zone avant 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