

Démarche : Formulaire de demande de contrat démographique pour les masseurs-kinésithérapeutes (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 la création de cabinet, à l'installation ou au maintien des masseurs-kinésithérapeutes (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 947xxxxx 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 de début d'exercice en libéral

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

## Date d'installation dans la commune très sous dotée

Pour rappel, selon le zonage des Masseurs-kinésithérapeutes du 05/11/2024, 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 réglementairement, 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

# 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 réglementairement, 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