

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 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 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-kinésithérapeute/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