Démarche : Formulaire de demande de contrat démographique pour les orthophonistes (CPAM du Val-de-Marne) - Zonage 2024 : Pôle Accompagnement des Offreurs de Soins / Convention Organisme Identité du demandeur **Email** Civilité Nom Prénom **Formulaire** Formulaire de demande du contrat d'aide à l'installation ou au maintien des orthophonistes (CAIO-CAPIO-CAMO) 1. Identification de l'orthophoniste Nom et prénom N° AM Adresse du lieu d'exercice dans le Val-de-Marne N° téléphone Mail Date de début d'exercice en libéral

Date d'installation dans votre commune actuelle

Vous exercez combien de jours par semaine

Formulaire de demande de contrat démographique pour les orthophonistes (CPAM du Val-de-M
Avez-vous déjà bénéficié d'un contrat démographique ? Cochez la mention applicable Oui
□ Non
Si oui, précisez (type de contrat, durée, CPAM de rattachement)
2. Conditions d'éligibilité
Etes-vous installé(e) dans une zone sous dense? Liste des communes du Val-de-Marne classées en zones sous denses au regard du dernier zonage ARS lle-de-France pour la profession des orthophonistes publié au recueil des actes administratifs le 18 juin 2024 : Ablon-sur-Seine Boissy-Saint-Léger Bonneuil Sur Marne Chennevières Fresnes I'Haÿ-les-Roses La-Queue-en-Brie Limeil-Brévannes Mandres-les-Roses Noiseau Orly Ormesson Périgny-sur-Yerres Sucy-en-Brie Valenton Villecresnes Villeneuve-le-Roi Villeneuve-Saint-Georges Vitry-sur-Seine Cochez la mention applicable Oui
□ Non
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/orthophoniste/textes-reference/convention/contrat-incitatif
Cochez la mention applicable, une seule valeur possible Contrat d'Aide à la Première Installation Orthophonistes (CAPIO)
Contrat d'Aide à l'Installation Orthophonistes (CAIO)
Contrat d'Aide au Maintien Orthophonistes (CAMO)
3. Engagements
Vous vous engagez à remplir les conditions permettant de recevoir les aides à l'équipement informatique du cabinet (art 29 de la convention) Cochez la mention applicable Oui
Non

Vous vous engagez à exercer pendant au moins 5 ans pour les CAPIO et CAIO et 3 ans pour le CAMO sur la zone sous

Formulaire de demande de contrat démographique pour les orthophonistes (CPAM du Val-de-M dense à compter de la date d'adhésion Cochez la mention applicable Oui
☐ Non
Vous vous engagez à justifier d'une activité libérale conventionnée réalisée à 50% de votre activité dans la zone « sous dense » en ayant un honoraire moyen annuel de plus de 5000€ sur la zone Cochez la mention applicable Oui
□ Non
En cas d'exercice individuel, vous vous engagez à recourir, autant que possible, à des orthophonistes assurant la continuité des soins en votre absence Cochez la mention applicable Oui
□ Non
A titre optionnel : souhaitez-vous vous engager à exercer les fonctions de maître de stage (article D4341-7) et à accueillir un étudiant en stage en orthophonie ? Cochez la mention applicable Oui
□ Non
Je certifie l'exactitude des informations déclarées dans le présent formulaire Cochez la mention applicable Oui
Non