

Démarche : Formulaire début d'activité libérale masseurs-kinésithérapeutes (hors remplacement) CPAM DE SEINE SAINT DENIS

Organisme : Service relations avec les professionnels de santé, Direction de la Santé et des Affaires Juridiques

Identité du demandeur

Email

Civilité

Nom

Prénom

Formulaire

Pour nous permettre de traiter votre demande d'installation dans les meilleurs délais, merci de bien vouloir compléter ce formulaire et nous transmettre les pièces demandées.

Attention, votre dossier doit être complet.

Selon votre situation, nous pourrions vous demander des documents complémentaires.

Identification du masseur-kinésithérapeute

☐ Mme

☐ M.

NOM

Prénom

Numéro RPPS

Ce numéro est délivré par le Conseil de l'Ordre et se compose de 11 chiffres. Ce champ est à compléter OBLIGATOIREMENT

Numéro de téléphone personnel

Ce numéro de téléphone sera utilisé uniquement pour vous contacter en cas de besoin. Ce champ est à compléter OBLIGATOIREMENT

Formulaire début d'activité libérale masseurs-kinésithérapeutes (hors remplacement) CPAM DE S

Numéro de téléphone professionnel

Ce numéro apparaîtra sur l'annuaire santé et sera visible de votre patientèle. Ce champ est à compléter OBLIGATOIREMENT

Adresse mail

Ce champ est à compléter OBLIGATOIREMENT

Adresse professionnelle

Adresse du cabinet d'exercice. Ce champ est à compléter OBLIGATOIREMENT

Adresse personnelle

Ce champ est à compléter OBLIGATOIREMENT

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Pièce d'identité

Recto-verso

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Carte vitale

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ RIB professionnel

Le RIB doit mentionner votre nom et prénom ou le nom de votre société et la mention SELARL

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ RIB personnel

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Formulaire adhésion à la convention

Tous les champs doivent être OBLIGATOIREMENT complétés, datés et signés

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Formulaire de déclaration de début d'activité

Formulaire recto-verso. Tous les champs doivent être OBLIGATOIREMENT complétés, datés et signés

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Formulaire affiliation

Tous les champs doivent être OBLIGATOIREMENT complétés, datés et signés

Formulaire début d'activité libérale masseurs-kinésithérapeutes (hors remplacement) CPAM DE S

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ ADHESION COMPAGNON FLUX TIERS TELETRANSMISSIONS

Tous les champs doivent être OBLIGATOIREMENT complétés.

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ INFORMATION CPTS

Allez-vous débiter une activité en SELARL ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non