

Démarche	: Frais de santé - Etablissement du certificat de décès / Demande de paiement du forfait
Organisme	: Caisse Primaire d'Assurance Maladie des Pyrénées-Orientales

## Identité du demandeur

Email	<input type="text"/>
Etablissement SIRET	<input type="text"/>
Dénomination	<input type="text"/>
Forme juridique	<input type="text"/>

## Formulaire

Ce formulaire en ligne permet aux médecins rattachés à la CPAM des Pyrénées-Orientales de demander le paiement du forfait pour l'établissement du certificat de décès.

**Articles L. 162-5, L. 162-5-10, L. 162-5-14-2 et L. 162-32-1 du Code de la sécurité sociale**

**Pour le règlement du forfait, veuillez adresser un relevé d'identité (IBAN), si vous ne l'avez pas déjà fait**

### IMPORTANT

La prise en charge des frais relatifs à l'examen nécessaire à l'établissement du certificat de décès s'applique uniquement à l'examen réalisé par les médecins libéraux (conventionnés et non conventionnés) dans le cadre de leur activité libérale et par les médecins salariés des centres de santé :

- à au domicile de la personne décédée, y compris dans le cadre d'une hospitalisation à domicile ou lorsque la personne résidait dans un établissement social ou médico-social ;
- aux horaires suivants :
  - sur l'ensemble du territoire national : la nuit entre 20h et 8h, le samedi, le dimanche et les jours fériés de 8h à 20h,
  - le lundi lorsqu'il précède un jour férié, le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié de 8h à 20h,
  - dans les zones déterminées par arrêté du Directeur général de l'Agence régionale de santé (1<sup>o</sup> de l'article L. 1434-4 du Code de la santé publique) : quels que soient le jour et l'heure de l'examen.

**Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale).**

## Personne décédée et assuré(e)

# Frais de santé - Etablissement du certificat de décès / Demande de paiement du forfait

## Personne décédée

### Nom

Nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu)

### Prénom

### Numéro d'immatriculation

Numéro de sécurité sociale : Saisir les 15 chiffres sans espace

### Date de naissance

### Assuré(e) : à remplir si la personne décédée n'est pas l'assuré(e)

### Nom

Nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu)

### Prénom

### Numéro d'immatriculation

Numéro de sécurité sociale : Saisir les 15 chiffres sans espace

## Attestation sur l'honneur

**En cochant cette case, je certifie avoir procédé à l'examen nécessaire à l'établissement du certificat de décès de la personne désignée ci-dessus.**

Cochez la mention applicable

Oui

Non

**Date et heure de réalisation de l'examen nécessaire à l'établissement du certificat de décès :**

### A son domicile

Précisez l'adresse

## Identification du médecin et de la structure dans laquelle il exerce

Nom

Prénom

**A quelle CPAM êtes-vous rattaché ?**

Indiquez le numéro du département

N° identifiant

Raison sociale

N° structure (AM, FINESS ou SIRET)

Adresse

## Engagement

**En cochant cette case, je certifie conforme les saisies et je signe ma déclaration.**

Cochez la mention applicable

Oui

Non

**Fait à :**

Indiquez la commune

**Le :**

Format jj/mm/aaaa