

Démarche : Fichier PS : Remplaçant "Masseur Kinésithérapeute"

Organisme : Service gestion des professionnels de santé 71

Identité du demandeur

Email	<input type="text"/>
Civilité	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>

Formulaire

Ce formulaire en ligne permet au médecin de transmettre les informations obligatoires accompagnées de leurs justificatifs pour une nouvelle installation auprès de la CPAM de Saône et Loire.

Identification

Civilité

☐ Mme

☐ M.

Nom pour votre exercice

Nom d'usage

Votre nom de jeune fille

Votre prénom

Date de naissance

Lieu de Naissance

Nationalité :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐

Fichier PS : Remplaçant "Masseur Kinésithérapeute"

☐ Pays appartenant à l'Union Européenne (UE)

☐ Pays hors UE

Votre numéro de sécurité sociale

Votre numéro de sécurité sociale est composé de 15 chiffres.

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Attestation de droits d'assuré social

Je ne possède pas de numéro de sécurité sociale

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Praticien non francophone - Pièces Jointes (PJ) à fournir n°1 : Extrait de naissance original

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Praticien non francophone PJ à fournir n°2 : Extrait de naissance traduit en français par un organisme agréé

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Praticien non francophone PJ à fournir n°3 : Relevé d'Identité Bancaire ou Postal (RIB/RIP)

Situation personnelle

Votre adresse personnelle

Numéro de téléphone personnel

Votre email personnel

Votre profession

Votre numéro RPPS

Numéro d'inscription au Conseil de l'Ordre composé de 11 caractères. Au préalable, vous devez être inscrit à l'Ordre de Saône-et-Loire.

Votre numéro ADELI

Numéro de professionnel de Santé composé de 9 caractères.
commence par 71.

Fichier PS : Remplaçant "Masseur Kinésithérapeute"

Je ne connais pas mon numéro ADELI

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Profession

Date du 1er jour de remplacement

Avez-vous déjà été installé(e) à titre libéral ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Libéral en Saône-et-Loire

☐ Libéral dans un autre département

☐ Remplaçant dans un autre département

☐ Salarié

☐ Etudiant

Vos coordonnées bancaires

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Votre RIB personnel

ADHESION A LA CONVENTION DES MASSEURS KINESITHERAPEUTES

Je déclare exercer dans le cadre de la convention médicale des Masseurs Kinésithérapeutes.

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Je déclare ne pas exercer dans le cadre de la convention médicale des Masseurs Kinésithérapeutes.

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

ASSURANCE VOLONTAIRE AT/MP (Accident Travail/Maladie Professionnelle)

En tant que travailleur indépendant (artisan-commerçant ou profession libérale), vous n'êtes pas assuré de façon obligatoire contre le risque des accidents du travail et maladies professionnelles (AT/MP). Vous avez cependant la possibilité de souscrire une assurance volontaire et individuelle contre ce risque, moyennant le paiement d'une cotisation.

Pour plus d'informations : <https://www.ameli.fr/saone-et-loire/assure/droits-demarches/maladie-accident-hospitalisation/assurance-volontaire-individuelle/mp/assurance-volontaire-individuelle-mp>

Souhaitez-vous un devis d'assurance volontaire?

Cochez la mention applicable

☐

Fichier PS : Remplaçant "Masseur Kinésithérapeute"

☐ Non

Commentaire

Souhaitez-vous nous faire part d'informations supplémentaires?

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