

Démarche : Fichier PS : Remplaçant Infirmier/Infirmière

Organisme : Service gestion des professionnels de santé 71

Identité du demandeur

Email	
Civilité	
Nom	
Prénom	

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

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Copie recto/verso pièce identité

Fichier PS : Remplaçant Infirmier/Infirmière

Joindre une copie de votre pièce d'identité recto et verso

Nationalité :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Française

☐ 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

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.

Fichier PS : Remplaçant Infirmier/Infirmière

Votre numéro ADELI

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

Je ne connais pas mon numéro ADELI

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Profession

Dans quel département souhaitez-vous vous installer ?

Indiquez le numéro du département, le nom et le code postal de la commune

Date d'installation souhaitée

Indiquez votre situation exacte :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Libéral intégral

☐ Activité Mixte avec prédominance "Libéral"

☐ Activité Mixte avec prédominance "Salarié"

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

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Remplaçant en Saône-et-Loire

☐ Libéral dans un autre département

☐ Remplaçant dans un autre département

☐ Salarié

DECLARATION DE STRUCTURE JURIDIQUE

Je déclare exercer seul(e)

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Je déclare exercer en groupe dans une structure non juridiquement constituée

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Société de fait

☐ Contrat d'association

☐ Contrat de collaboration

☐ Autre structure juridique

Fichier PS : Remplaçant Infirmier/Infirmière

Je déclare exercer en groupe dans une structure juridiquement constituée

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Société Civile professionnelle mono disciplinaire.
- ☐ Société Civile professionnelle pluri disciplinaire.
- ☐ Société Civile de moyens.
- ☐ Société d'exercice libéral.
- ☐ Autre structure juridique.

Liste des membres exerçant dans les mêmes locaux

Nom, prénom de vos confrères

--

Cabinet principal (devant être au préalable enregistré à l'Ordre)

Adresse exacte de votre installation professionnelle

--

Votre numéro de téléphone professionnel

CE NUMÉRO APPARAÎTRA SUR L'ANNUAIRE SANTÉ AMELI ET VISIBLE PAR LES ASSURÉS.

--

Votre adresse email professionnelle

--

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ Votre RIB professionnel de votre cabinet principal

Proposez-vous des soins kinébalnéothérapie?

Cochez la mention applicable

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui, dimension de votre piscine (Longueur x largeur x Hauteur)

--

Disposez-vous d'un bassin?

Cochez la mention applicable

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui, dimension de votre bassin (Longueur x largeur x Hauteur)

--

Si cabinet secondaire (devant être au préalable enregistré à l'Ordre)

Adresse exacte de votre installation professionnelle du cabinet secondaire

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ RIB pour cabinet secondaire si RIB différent du cabinet principal

Si d'autres cabinets secondaires

Adresse exacte des autres cabinets secondaires

Adresse exacte des autres cabinets secondaires

Adresse exacte des autres cabinets secondaires

ADHESION A LA CONVENTION DES INFIRMIERS

Je déclare exercer dans le cadre de la convention médicale des Infirmiers

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

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

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>

Fichier PS : Remplaçant Infirmier/Infirmière

Souhaitez-vous un devis d'assurance volontaire?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

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