

Démarche : Fichier PS : Installation "Infirmier IPA"  
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 à l'infirmier/infirmière "IPA" n'étant pas encore installé(e) en tant qu'IDEL de transmettre les informations obligatoires accompagnées de leurs justificatifs pour une nouvelle installation auprès de la CPAM Lille-Douai.

Si vous êtes déjà installé(e), une simple mise à jour de votre situation est à demander auprès de votre CPAM.

### Identification

#### Votre nom

Nom d'exercice

#### Nom de jeune fille

#### Votre prénom

#### Nationalité :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

FRANCAISE

EEE

AUTRE

#### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

Carte identité recto-verso

Ou l'extrait d'acte de naissance (si naissance à l'étranger)

# Fichier PS : Installation "Infirmier IPA"

Votre numéro de sécurité sociale

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- Copie de la carte Vitale ou attestation de droits Sécurité Sociale

## Coordonnées personnelles

Votre adresse personnelle

Votre adresse email (personnelle)

Votre numéro de téléphone (personnel)

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- Votre RIB/IBAN personnel

(Si vous vivez à l'étranger, il faut obligatoirement un relevé d'identité bancaire français)

## Profession

Votre numéro RPPS

Numéro composé de 11 caractères suite démarches avec l'Ordre

Votre numéro ADELI

Date d'obtention du diplôme :

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- Diplôme IPA

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- Attestation de l'Ordre "exercice en pratique avancée"

Dans quel département souhaitez-vous vous installer ?

Indiquez le numéro du département

Je suis affilié(e) à la CPAM :

Cette démarche est exclusivement réservée aux professionnels de santé de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Saône et Loire

## SITUATION ADMINISTRATIVE

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

Votre adresse professionnelle

**Votre numéro de téléphone (professionnel)**

CE NUMÉRO SERA CELUI VISIBLE SUR L'ANNUAIRE SANTÉ AMELI

Votre adresse email professionnelle

**Pièce justificative à joindre en complément du dossier**

Votre RIB/IBAN professionnel

Relevé d'identité bancaire professionnel

## EXERCICE DE LA PROFESSION

### Votre activité libérale

**Date de début de votre activité libérale**

La date à indiquer doit être IDENTIQUE à celle communiquée à l'ORDRE

**Indiquez votre situation exacte :**

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- IPA-salarié(e)
- IPA-libéral(e)
- IPA -mixte (libéral + salarié)

## STRUCTURE JURIDIQUE

**Structure juridiquement constituée**

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

- Société Civile Professionnelle monodisciplinaire
- Société Civile Professionnelle pluridisciplinaire
- Société Civile de Moyens
- Société d'exercice libéral
- Autres structures juridiques

# Fichier PS : Installation "Infirmier IPA"

## Nom du cabinet médical

## Adresse du cabinet médical

## Membres du cabinet qui composent le cabinet

précisez le nom, prénom des personnes qui exercent dans le même cabinet

## Structure non juridiquement formalisée

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

- Société de fait
- Contrat d'association
- Contrat de collaboration
- Exerce seul
- Autres structures juridiques

## Votre situation antérieure

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

Cochez la mention applicable

- Oui
- Non

## Adresse de votre ancien lieu d'exercice

## Déclaration de cessation d'activité (si vous êtes concerné(e))

### Ancien N° d'identification :

### Je déclare avoir cessé mon activité libérale à l'adresse suivante :

Cochez la mention applicable

- Oui
- Non

### Ancienne adresse professionnelle :

# Fichier PS : Installation "Infirmier IPA"

Date de cessation d'activité :

## Adhésion à la convention nationale

Convention nationale des infirmiers

<https://www.ameli.fr/saone-et-loire/infirmier/textes-reference/convention/convention>

**En cochant cette case, j'atteste avoir pris connaissance de la convention nationale, adhérer à cette convention et décider d'exercer mon activité professionnelle selon ses dispositions.**

Cochez la mention applicable

 Oui Non

## Des démarches Importantes :

**Pièce justificative à joindre en complément du dossier**

L'assurance Volontaire :

Adhésion facultative, vous trouverez les informations via le lien : <https://www.ameli.fr/saone-et-loire/assure/droits-demarches/maladie-accident-hospitalisation/assurance-volontaire-individuelle-mp-independant>

Si vous souhaitez adhérer à cette assurance, il vous suffit de :

- . télécharger le "modèle suivant" ci-dessous
- . compléter et sauvegarder le formulaire sur votre ordinateur
- . télécharger le formulaire sauvegardé pour le transmettre à la CPAM

## 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