

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

## Fichier PS : Installation "Infirmier IPA"

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ CPAM 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