

Démarche : Fichier PS : Installation " Audioprothésiste"
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

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

Copie recto-verso pièce identité

Fichier PS : Installation "Audioprothésiste"

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 : Installation "Audioprothésiste"

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 : Installation "Audioprothésiste"

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 APPARAITRA SUR L'ANNUAIRE SANTÉ AMELI ET VISIBLE PAR LES ASSURES.

Votre adresse email professionnelle

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

Votre RIB professionnel de votre cabinet principal

Questionnaire Balnéothérapie

Proposez-vous des soins kinébalnéothérapie?

Cochez la mention applicable

Oui

Non

Si oui, descriptif des soins proposés

Disposez-vous d'une piscine?

Cochez la mention applicable

Fichier PS : Installation "Audioprothésiste"

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)

Remarques ou commentaires sur votre activité de balnéothérapie.

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 MASSEURS KINESITHERAPEUTES

Fichier PS : Installation " Audioprothésiste "

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

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