

Démarche : Fichier PS : Installation "Masseurs Kinésithérapeutes"

Organisme : Service gestion des professionnels de santé 71

## Identité du demandeur

Email

Civilité

Nom

Prénom

## Formulaire

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

### Identification

#### Votre nom

Votre 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)

#### Votre numéro de sécurité sociale

# Fichier PS : Installation "Masseurs Kinésithérapeutes"

## Pièce justificative à joindre en complément du dossier

Carte Vitale/Attestation de droits

### Si vous ne disposez pas de N° de sécurité sociale

## Pièce justificative à joindre en complément du dossier

La demande d'ouverture des droits à l'assurance maladie :

Ce document est nécessaire à l'enregistrement de votre dossier.

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

## 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.

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

Cpam de Saône et Loire

## 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

### Votre numéro ADELI

### Nature du diplôme :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

Français

# Fichier PS : Installation "Masseurs Kinésithérapeutes"

Etranger

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

Justificatif du diplôme

**Date d'obtention du diplôme :**

**Dans quel département souhaitez-vous vous installer ?**

Indiquez le numéro du département

## SITUATION ADMINISTRATIVE

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

**Votre adresse (professionnelle)**

**Votre adresse email (professionnelle)**

**Votre numéro de téléphone (professionnel)**

CE NUMÉRO SERA CELUI VISIBLE SUR L'ANNUAIRE SANTÉ AMELI

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

**Adresse professionnelle**

**Téléphone professionnel**

CE NUMÉRO SERA CELUI VISIBLE SUR L'ANNUAIRE SANTÉ AMELI

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

Votre RIB/IBAN professionnel

Relevé d'identité bancaire professionnel

## EXERCICE DE LA PROFESSION

### Votre activité libérale

# Fichier PS : Installation "Masseurs Kinésithérapeutes"

## 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, plusieurs valeurs possibles

Activité libérale intégrale

Activité mixte

## Votre situation antérieure

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

Si, oui complétez le point 4

Cochez la mention applicable

Oui

Non

## 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 :

### Date de cessation d'activité :

## Kinébalnéothérapie

### Proposez vous des soins en kinébalnéothérapie

Cochez la mention applicable

Oui

Non

### Si oui décrivez les soins proposés

### Disposez vous d'une piscine?

Cochez la mention applicable

# Fichier PS : Installation "Masseurs Kinésithérapeutes"

Non

**Si oui, dimensions de votre piscine (LxlxH)**

**Disposez vous d'un bassin?**

Cochez la mention applicable

Oui

Non

**Si oui, dimensions de votre bassin (LxlxH)**

## Adhésion à la convention nationale

**Convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes**

<https://www.ameli.fr/saone-et-loire/masseur-kinesitherapeute/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/assurance-volontaire-individuelle-mp>

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 :**

## Fichier PS : Installation "Masseurs Kinésithérapeutes"

Indiquez la commune

**Le :**

Format jj/mm/aaaa