

Démarche : Fichier PS : Installation "Masseurs Kinésithérapeutes"

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 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

☐ Cnam 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