



**IMPORTANT : VEUILLEZ COMPLETER CE DOCUMENT A L'ENCRE NOIR**

**CE DOCUMENT EST A ENVOYER PAR MAIL AU SERVICE RPS ACCOMPAGNE DES PIECES JUSTIFICATIVES REQUISE EN PDF**

- 1<sup>ère</sup> installation (aucun exercice libéral conventionné antérieur)
- Reprise d'activité de l'activité depuis un autre département
- Création activité secondaire (une demande par lieu d'exercice supplémentaire)

## IDENTITE DU DEMANDEUR (\* MENTION OBLIGATOIRE)

Nom\* : .....

Prénom(s)\* : ..... N° Sécurité Sociale\* : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Tél. : | | | | | | | | | | Adresse courriel\* : .....

J'autorise la CGSS de la Réunion à m'adresser des informations par courriel  
« Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à informer les professionnels de santé des dispositions conventionnelles et réglementaires par voie informatique. Ils peuvent donner lieu à l'exercice du droit d'accès et de rectification »

Né(e) le : | | | | | | | | | | à ..... Nationalité : .....

Adresse du domicile : .....

## ACTIVITE DU DEMANDEUR (\* MENTION OBLIGATOIRE)

Spécialité : ..... N° RPPS\* : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Numéro d'inscription à l'Ordre des Médecins → N° ordinal\* : | | | | | | | |

Si vous avez déjà exercé, N° AM de votre dernière activité N° AM : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

## CONVENTIONNEMENT

Je souhaite exercer sous le régime de la convention de ma profession avec l'Assurance Maladie pour une activité libérale dans le cabinet situé au :

..... N° tél. cabinet : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Statut activité :  Individuel       Associé       Collaborateur       Assistant

Identité des titulaires ou associés : .....

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus, et m'engage à informer la Caisse Générale de Sécurité Sociale de toutes modifications intervenant dans ma situation.

Fait à ..... le ..... Signature du professionnel de santé



## SECTEUR D'ACTIVITE (CABINET PRINCIPAL UNIQUEMENT)

Je déclare :

- Être un médecin appliquant strictement les tarifs conventionnels est exercé en **Secteur 1**
- Demander le bénéfice du secteur à honoraires différents est exercé en **Secteur 2**

→ Dans ce cas :

Je souhaite être affilié(e) :

- Au régime d'assurance maladie des praticiens et auxiliaires médicaux (régime général)
- Au régime d'assurance maladie des professions indépendantes (Sécurité Sociale pour les indépendants)

Je souhaite être informé sur l'OPTAM / OPTAM-CO :  Oui  Non

Fait à ..... le .....

Signature du Médecin

## MEDECIN LIBERAL AVEC ACTIVITE SALARIEE

Je déclare également exercé une activité salarié :

- À temps partiel
- À temps complet

Identification de l'employeur : .....

Numéro de l'employeur (FINESS établissement) : .....

Adresse : .....

- Autres activités médicales : .....
- Dispensaire : .....

Fait à ..... le .....

Signature du Médecin

## PIECES JUSTIFICATIVES REQUISES (PAR MAIL AU FORMAT PDF)

- Votre pièce d'identité
- Votre carte vitale ou attestation de droit à la sécurité sociale
- Votre RIB à usage professionnel
- Votre attestation d'inscription à l'Ordre comportant votre numéro d'inscription, votre numéro RPPS et vos différents lieux d'exercice
- Si secteur 2 : Titres permettant l'accès au secteur
- Si vous exercez en tant que praticien hospitalier : copie du contrat d'activité libérale de l'hôpital validé par l'ARS
- Si activité radio : agrément radio ou document justifiant la demande d'agrément