



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^{ère} 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

