

DEMANDE D'INSTALLATION DANS LE DEPARTEMENT DE LA REUNION



IMPORTANT : VEUILLEZ COMPLETER CE DOCUMENT A L'ENCRE NOIRE

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

- 1^{ère} installation (aucun exercice libéral conventionné antérieur)
- Reprise d'activité / transfert 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)

Profession : N° RPPS * : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Ou si l'inscription de votre activité est faite par l'ARS N° ADELI * : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

⁽¹⁾Liste des pièces par profession au verso



LISTE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES REQUISES PAR PROFESSION

ORTHOPHONISTE - ORTHOPTISTE

- Votre pièce d'identité
- Votre carte vitale ou attestation de droit à la sécurité sociale
- Votre RIB à usage professionnel
- Votre fiche de situation ADELI délivrée par l'ARS

Uniquement pour les 1^{ère} installations et transferts de l'activité depuis un autre département

- Votre formulaire de demande de CPS **signé au recto et au verso avec les mentions requises**⁽¹⁾
⁽¹⁾ « je certifie exacte les informations figurant sur ce formulaire »

MASSEUR-KINESITHEPEUTE

- Votre pièce d'identité
- Votre carte vitale ou attestation de droit à la sécurité sociale
- Votre RIB à usage professionnel

PEDICURE-PODOLOGUE

- Votre pièce d'identité
- Votre carte vitale ou attestation de droit à la sécurité sociale
- Votre RIB à usage professionnel
- Le questionnaire relatif à l'habilitation ou au conventionnement des fournisseurs d'orthèses
(Téléchargeable sur <https://www.cgss.re/professionnels-de-sante/mes-demarches>)

CHIRURGIEN-DENTISTE

- Votre pièce d'identité
- Votre carte vitale ou attestation de droit à la sécurité sociale
- Votre RIB à usage professionnel
- Fiche(s) d'identification des générateurs radiologiques (facultatif pour une collaboration)

SAGE-FEMME

- 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

INFIRMIER LIBERAL

- Votre pièce d'identité
- Votre carte vitale ou attestation de droit à la sécurité sociale
- Votre RIB à usage professionnel