FORMULAIRE DE DEMANDE DE CONVENTIONNEMENT EN ZONE « NON PRIORITAIRE »

Se reporter à la notice explicative jointe en annexe 4 pour renseigner ce formulaire et connaître les pièces justificatives à fournir.

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Le territoire national est divisé en territoires de vie santé (TVS) classés en 5 catégories de zones selon la méthodologie définie en annexe IV de la convention nationale des chirurgiens-dentistes.

Conformément aux dispositions de la convention nationale les zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins est particulièrement élevé, au sens de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, dénommées **« zones non prioritaires »** correspondent aux TVS qui recouvrent les 5 % de la population française totale pour lesquels l'indicateur d'Accessibilité Potentielle Localisée (APL) est le plus élevé.

⇨ **Le principe de régulation du conventionnement s'applique dans ces zones « non prioritaires » : un conventionnement ne peut être accordé par un organisme d'assurance maladie à un chirurgien-dentiste libéral dans une zone « non prioritaire » qu'au bénéfice d'un autre chirurgien-dentiste libéral assurant la succession d'un confrère cessant définitivement son activité dans la zone considérée, sauf cas de dérogations prévues à l'article 35.5 de la convention des CDL.**

Si vous souhaitez vous installer dans une zone « non prioritaire » soumise au dispositif de gestion partagée du conventionnement au sein des zones « non prioritaires » :

✓ Vous devez adresser une demande de conventionnement **par lettre recommandée avec accusé de réception**, par voie postale

✓ Votre dossier, sous réserve qu'il soit complet, est soumis à la Commission Paritaire Départementale (CPD) des chirurgiens-dentistes dans un délai de 30 jours. Cette commission rend ensuite son avis dans un délai maximal de 30 jours suivant sa saisine. À noter que la CPD peut demander des compléments d'information ou souhaiter vous entendre ; vous avez également la possibilité de demander à être entendu par cette commission si vous le souhaitez.

✓ **La décision du Directeur Général de la caisse vous sera ensuite notifiée soit par email, soit par lettre recommandée avec accusé de réception dans un délai de 15 jours.**

LE COURRIER RECOMMANDE AVEC ACCUSE DE RECEPTION DOIT ETRE ADRESSE A :
SERVICE RPS – Caisse Générale de Sécurité Sociale
4 Boulevard Doret
CS 53 001
97741 SAINT DENIS CEDEX 9

IMPORTANT : Seuls les dossiers complets seront examinés,

- Compléter les cadres 1 à 4 du formulaire.
- Ecrire lisiblement et en majuscules.
- Lorsque plusieurs choix sont proposés, cocher la case correspondant à votre situation.

1. NATURE DE LA DEMANDE (*cf. notice cadre 1*)

□ Installation

□Changement d'adresse

□ 1ère demande

2. LE DEMANDEUR *(cf. notice cadre 2)*

NOM : ……

NOM d'usage :……

Prénom :……

Adresse personnelle :

……..

Téléphone :……

Numéro Assurance Maladie (ADELI) : …… **(Uniquement pour les chirurgiens-dentistes installés)**

Numéro RPPS : ……

Adresse email : ……

La caisse d'Assurance Maladie à m'adresser par email toute correspondance relative à ma demande d'installation ou à mon exercice professionnel*

□ J'autorise

□ Je n'autorise pas

3. VOTRE SITUATION PROFESSIONNELLE ACTUELLE *(pièces à joindre cf. notice cadre 5)*

Quel est votre statut actuel ?

□ **SALARIE(E)** Nom de la structure :
…….

□ REMPLACANT(E)

Nom du chirurgien-dentiste remplacé : **……**

□ LIBERAL(E)

□ Titulaire

□ **Collaborateur libéral**

Cabinet principal : Numéro ADELI : …….

Adresse actuelle de votre cabinet :

Cabinet secondaire : Numéro ADELI : ……

Adresse actuelle de votre cabinet :

4. CONDITIONS ET PROJET D'INSTALLATION *(pièces à joindre cf. notice cadre 4 et 5)*

Motif de votre demande :

□ CAS 1 : demande de conventionnement au titre du « 1 pour 1 » avec désignation de successeur

□ CAS 2 : demande de conventionnement à titre dérogatoire

CONDITIONS PROJETEES DE VOTRE INSTALLATION

Adresse du lieu d'installation envisagé :

……
……

……
……

Date prévisionnelle de début d'activité : ……

Statut envisagé du CD libéral :

□ Titulaire

□ Collaborateur

S'agit-il d'un cabinet :

□ Principal

□ Secondaire (sur un site distinct)

CAS 1 : ATTESTATION DE CESSATION ET DE DÉSIGNATION D'UN REPRENEUR (à remplir par le chirurgien-dentiste libéral cessant et le chirurgien-dentiste libéral repreneur

Vous reprenez la patientèle d'un chirurgien-dentiste qui a cessé son activité dans la zone dans laquelle vous souhaitez vous installer, remplissez l'attestation de désignation d'un successeur suivante :

I - Partie à remplir par le chirurgien-dentiste libéral qui cesse son activité en zone « non prioritaire » :

Date : ……

Je soussigné(e), …… chirurgien-dentiste libéral(e)

conventionné(e) sous le numéro Adeli : ……..

Et enregistré(e) au Conseil de l'Ordre des CD sous le numéro RPPS : ……

Exerçant à l'adresse suivante :

……

……en qualité de ☐ **titulaire** ☐ **collaborateur**

Activité de ce cabinet : ☐ Principale ☐ Secondaire

Atteste par la présente **cesser définitivement** mon activité libérale dans la zone « non prioritaire » dont dépend mon cabinet à compter du …… pour le motif suivant :

☐ Convenance personnelle ☐ Retraite ☐ Changement de département
☐ Changement d'adresse hors de la zone

Cachet : Signature :

II - Partie à remplir par le(s) titulaire(s) du cabinet et par le chirurgien-dentiste libéral qui cesse son activité

Conformément à la convention nationale des chirurgiens-dentistes (art. 35.1) *« Si le chirurgien-dentiste cédant son activité a le statut d'assistant ou de collaborateur libéral, l'attestation de succession est rédigée par le titulaire du cabinet en accord avec l'assistant ou le collaborateur qui co-signe l'attestation. »*

Aussi, merci de bien vouloir mentionner les nom et prénom du successeur :

M./Mme ……

Identification du ou des **titulaires** du cabinet :

- Nom-Prénom – N° RPPS :

- Nom-Prénom – N° RPPS :

- Nom-Prénom – N° RPPS :

Identification du **chirurgien-dentiste collaborateur qui cesse son activité dans la zone « non prioritaire »** :

- Nom-Prénom – N° RPPS :

Cachet et signature

Cachet(s) et signature(s) du ou des titulaires du cabinet

CAS 2 : demande de conventionnement dérogatoire

Précisez de quel cas dérogatoire au principe de régulation, il s'agit :

Dérogation liée à la vie personnelle (*la dérogation dans un délai maximum de six mois suivant le changement de situation du professionnel dûment attesté*) :

- ☐ **Situation médicale grave de l'intéressé/conjoint/enfant/ascendant** *fournir le justificatif de filiation ; et les documents médicaux (adressés dans une enveloppe séparée avec la mention « secret médical »)*
- ☐ **Changement d'activité professionnelle du conjoint nécessitant une mobilité géographique imposée** *fournir le contrat de mariage/PACS/certificat de vie commune, ainsi que des documents justifiant du changement d'activité professionnelle (comprenant l'adresse de la localisation de l'emploi dans la ZNP inscrit au contrat de travail du conjoint), attestée par l'employeur.*
- ☐ **Changement d'adresse liée à une situation juridique personnelle** *fournir le jugement de divorce/ la décision d'une garde partagée … ;*