

# DEMANDE D'INSTALLATION DANS LE DEPARTEMENT DE LA REUNION



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

**CE DOCUMENT EST A ENVOYER PAR MAIL AU SERVICE RPS ACCOMPAGNE DES PIECES JUSTIFICATIVES REQUISES<sup>(1)</sup> 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 mail\* : .....

J'autorise la CGSS de la Réunion à m'adresser des informations par mail

« 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

<sup>(1)</sup>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
- Votre formulaire de demande de CPS **signé au recto et au verso avec les mentions requises**<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> « 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)
- Votre attestation d'inscription à l'Ordre

### SAGE-FEMME

---

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

### INFIRMIER LIBERAL

---

- 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
- Si vous exercez dans le secteur public : attestation de mise en disponibilité, congés sans solde, mise à la retraite, accord démission.
- Votre inscription à l'Ordre des Infirmiers en cours de validité

Uniquement pour les 1<sup>ère</sup> installations et transferts de l'activité depuis un autre département :

- Votre formulaire de demande de CPS **signé au recto et verso avec les mentions requises**<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> « je certifie exacte les informations figurant sur ce formulaire »

