

Démarche : Formulaire de demande de contrat démographique pour les chirurgiens-dentistes (CPAM du Val-de-Marne) - Zonage 2024

Organisme : Pôle Accompagnement des Offreurs de Soins / Convention

Identité du demandeur

Email	
Civilité	
Nom	
Prénom	

Formulaire

Formulaire de demande de contrat d'aide à l'installation ou au maintien des chirurgiens-dentistes (CAICD et CAMCD) en zones très sous dotées

1. Identification du chirurgien-dentiste

Nom et prénom

N° d'identification à l'Assurance Maladie

Il s'agit du numéro à 9 chiffres commençant par 944xxxxxx utilisé pour votre facturation et se trouvant sur le pavé d'identification de vos feuilles de soins papier.

Adresse du lieu d'exercice dans le Val-de-Marne

Votre lieu d'exercice principal doit être situé dans le Val-de-Marne en zone très sous-dotée (c'est-à-dire que la majorité de votre activité conventionnée doit être réalisée dans la zone et, a minima, 2 jours par semaine).

N° de téléphone

Mail

Date de début d'exercice en libéral

Date d'installation dans la commune très sous dotée

Pour rappel, selon le zonage des Chirurgiens-dentistes du 14/12/2024, 8 communes du Val-de-Marne sont considérées

Formulaire de demande de contrat démographique pour les chirurgiens-dentistes (CPAM du Val-

comme très sous-dotées et éligibles, à ce titre, aux contrats démographiques de l'Assurance Maladie :

- Boissy-Saint-Léger
- Chevilly-Larue
- Marolles-en-Brie
- Orly
- Le Plessis-Tréville
- La Queue-en-Brie
- Rungis
- Santeny

Avez-vous déjà bénéficié d'un contrat démographique ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Si oui, lequel ? A quelle date l'avez-vous signé ? Et avec quelle CPAM ?

Vous souhaitez adhérer à quel contrat ?

Vous pouvez retrouver les fiches détaillées des contrats sur le site Ameli.fr : <https://www.ameli.fr/val-de-marne/chirurgien-dentiste/exercice-liberal/vie-cabinet/contrat-incitatif>

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ CAICD (contrat d'aide à l'installation des chirurgiens-dentistes)

☐ CAMCD (contrat d'aide au maintien des chirurgiens-dentistes)

2. Conditions d'éligibilité

Etes-vous êtes libéral conventionné ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Vous êtes

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Titulaire

☐ Collaborateur

Vous exercez

Par exercice de groupe, on entend un exercice dans les mêmes locaux d'au moins 2 chirurgiens-dentistes conventionnés.

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ A titre individuel

☐ En groupe

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Transmettre le contrat de SCP, SEL, SCM ou tout autre contrat de société validé par l'Ordre

3. Engagements

Vous vous engagez à remplir les conditions permettant de percevoir le forfait de modernisation et d'informatisation du

Formulaire de demande de contrat démographique pour les chirurgiens-dentistes (CPAM du Val-

cabinet professionnel (FAMI)

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Vous vous engagez à maintenir, durant la durée du contrat, la majorité de son activité conventionnée dans la zone et, a minima, 2 jours par semaine

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Vous vous engagez à informer préalablement la caisse de la circonscription de son cabinet principal de toute intention de cesser son activité dans la zone avant l'échéance du contrat..

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Je certifie l'exactitude des informations déclarées dans le présent formulaire

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non