

FORMULAIRE D'INSCRIPTION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ REMPLAÇANTS

En tant que libéral(e) remplaçant(e), les formalités d'inscription à l'Assurance Maladie doivent être effectuées auprès de la CPAM de votre domicile. Veuillez compléter ce formulaire si vous résidez dans le département du Rhône.

L'Urssaf et votre caisse de retraite sont susceptibles de vous demander ce document. Conservez-le : aucun duplicata ne sera délivré.

IDENTIFICATION DU PROFESSIONNEL DE SANTÉ

Profession : CHIRURGIEN-DENTISTE

Pour les étudiants en médecine munis d'une licence de remplacement, cocher la case : ☐

Nom d'exercice : ZOPPARDO

Nom de famille : ZOPPARDO

Prénom usuel : TIMOTHÉE

Numéro de
Sécurité Sociale : 1 9 9 0 6 3 8 1 8 5 3 9 4 5 9

Adresse personnelle : 166 avenue des Frères Lumière

6 9 0 0 8 Lyon

Adresse électronique : timo.zoppardo@gmail.com

Pour les médecins diplômés, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes et les pédicures-podologues, indiquer le N° RPPS :

Pour les orthophonistes et les orthoptistes, indiquer le N° ADELI :

N° de téléphone personnel :

0 6 7 8 6 7 6 7 8 5

REPLACEMENT ET AFFILIATION AU RÉGIME PAMC

Le remplacement peut être effectué dans l'ensemble du territoire national quel que soit le département de résidence.

Date du 1^{er} jour de remplacement effectué :

(Rhône ou hors Rhône) 11 / 04 / 2023

Date du 31^{ème} jour effectif de remplacement :

(Si 1^{er} jour de remplacement effectué avant le 01/01/2018)

L'affiliation obligatoire au régime d'assurance maladie des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC) prend effet au premier jour de remplacement depuis le 01/01/2018 et au 31^{ème} jour de remplacement effectif pour les remplacements ayant débuté avant 2018.

Pour plus d'informations, cliquer ci-après : [La protection sociale PAMC](#)

Les cotisations assurance maladie (toutes professions) : [Site de l'Urssaf](#)

Les cotisations assurance vieillesse : [Site de la Carmf](#)

[Site de la Carcdsf](#)

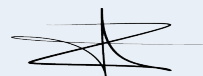
[Site de la Carpimko](#)

☒ Je certifie que les renseignements portés sur ce formulaire sont exacts.

Fait à : Bernin

le : 18/06/2023

Signature :



ACCUSÉ DE RÉCEPTION DE LA CPAM DU RHÔNE

Date d'effet au :

Date d'affiliation au :

Fait à Villeurbanne, le :

Cachet de
la caisse
primaire :