



ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE DE BASE

Formulaire de demande de l'INPE par les Professionnels de Santé

Informations personnelles :

Nom : Prénom :
Sexe : Féminin Masculin
N° de la Carte Nationale d'Identité Électronique (CNIE) :
N° de la Carte de Séjour :
Date de naissance : / / Lieu de naissance :
Téléphone mobile : Téléphone fixe :
E-mail :

Informations professionnelles :

Demande : 1^{ère} demande d'enregistrement Mise à jour (INPE :)
Secteur : Public Privé Privé à but non lucratif
Catégorie : Médecin généraliste
Médecin spécialiste
Médecin dentiste
Biologiste
Paramédical
Préciser la spécialité :
Adresse professionnelle :
Préfecture/ province : Ville : Commune :
N° d'inscription à l'ordre : Date d'inscription : / /
N° d'autorisation d'exercice* : Date d'autorisation* : / /
Date de début d'activité : / / Identifiant à la taxe professionnelle :
Statut juridique : ICE :

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations énoncées ci-dessus.

J'ai pris connaissance des sanctions pénales encourues par l'auteur d'une fausse déclaration.

Fait à : Le : / /
Signature et cachet du professionnel de santé

* A renseigner par les sages-femmes et les paramédicaux du secteur privé.

Les données insérées dans ce formulaire permettront à l'ANAM l'élaboration et la mise à jour du référentiel des professionnels de santé sur la base de l'attribution de l'INPE.
Le référentiel est transmis aux organismes gestionnaires de l'AMO de base.
Vous pouvez exercer vos droits d'information, d'accès, de rectification et d'opposition en s'adressant au département conventionnement et normalisation de l'ANAM.