



Ce formulaire nécessite d'utiliser la version 9 du logiciel Adobe Reader. Si elle n'est pas installée sur votre ordinateur, vous pouvez la télécharger gratuitement sur le site Adobe Reader, à l'adresse suivante :

<http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>

Première utilisation du formulaire

1. téléchargez le formulaire et enregistrez le sur votre ordinateur;
2. ouvrez le formulaire et remplissez le;
3. une fois que vous avez intégralement rempli le formulaire, enregistrez le sur votre ordinateur;
4. et adressez le par courrier électronique, accompagné de la copie de toutes les pièces justificatives listées ci-dessous, à votre caisse dont l'adresse (*) est indiquée en annexe (dernière page de ce formulaire).

Les pièces justificatives peuvent également être adressées par courrier postal au service des Relations avec les Professionnels de Santé de votre caisse.

5. conservez, sur votre ordinateur, l'enregistrement du formulaire rempli que vous avez adressé à votre caisse : vous serez amené à le réutiliser par la suite, lors d'un changement de situation.

	Liste des pièces justificatives à adresser à votre caisse
Concernant votre société	<ul style="list-style-type: none"> • Kbis • Certificat INSEE • Arrêté préfectoral accordant l'agrément
Concernant la domiciliation bancaire	<ul style="list-style-type: none"> • RIB
Concernant <u>chaque</u> véhicule déclaré	<ul style="list-style-type: none"> • Carte grise • Autorisation DDASS
Concernant <u>chaque</u> salarié, conducteur ou accompagnant déclaré	<ul style="list-style-type: none"> • Pièce d'identité • Diplôme(s) • Contrat de travail

En cas de changement de situation

Vous devez signaler à votre caisse tout changement concernant votre société, vos véhicules et vos salariés, accompagnants et/ou conducteurs.

1. ouvrez le formulaire rempli que vous avez précédemment adressé à votre caisse et dont vous avez conservé l'enregistrement;

- 2 modifiez le et/ou complétez le :

- en cas de modification d'informations relatives à votre société (adresse, RIB...): remplacez les informations indiquées par les nouvelles;
- en cas d'acquisition d'un véhicule ou d'embauche d'un salarié, accompagnant et/ou conducteur : ajoutez une ligne dans le tableau correspondant et complétez la;
- en cas de sortie d'un véhicule ou de départ d'un salarié, accompagnant et/ou conducteur, complétez la ligne existante dans le tableau correspondant ; ne supprimez pas la ligne.

Dans tous les cas, ne supprimez jamais une ligne déjà existante sur le formulaire.

3. enregistrez le formulaire modifié et/ou complété sur votre ordinateur;

4. et adressez le par courrier électronique, accompagné de la copie de toutes les pièces justificatives correspondantes, à votre caisse dont l'adresse (*) est indiquée en annexe (dernière page de ce formulaire).

Les pièces justificatives peuvent également être adressées par courrier postal au service des Relations avec les Professionnels de Santé de votre caisse.

5. conservez, sur votre ordinateur, l'enregistrement du formulaire modifié et/ou complété que vous avez adressé à votre caisse : vous serez amené à le réutiliser par la suite, lors d'un nouveau changement de situation.

(*) A noter : l'adresse électronique de votre caisse d'assurance maladie indiquée en annexe est exclusivement destinée à recevoir ce formulaire et la copie des pièces justificatives au format électronique.



Identification

N° assurance maladie _____ Référence qui nous permet de vous identifier lors de la facturation (9 caractères)

N° SIRET _____ N° d'identification attribué par l'INSEE (14 caractères)

Code APE _____ Tel que précisé sur votre KBIS

Raison sociale _____
Telle que précisée sur votre KBIS

Adresse

N° de voie _____ Complément de N° de voie _____

Type de voie _____ Nom de voie _____

Complément d'adresse _____

Code Postal _____ Sans la boîte postale qui est à reporter dans la zone "Complément d'adresse"

Commune _____ Sans la boîte postale qui est à reporter dans la zone "Complément d'adresse"

Pays FRANCE _____

Téléphone _____ Fax _____

Adresse Mail _____ @ _____

Domiciliation

	Code BQE	Guichet	N° compte	Clé
Mode de règlement	_____	_____	_____	_____

Titulaire du compte _____

Situation administrative

Date de début d'activité _____ N° d'agrément _____

Date installation dans le département _____



			<input type="checkbox"/> CCA <input type="checkbox"/> BNS <input type="checkbox"/> AFPS <input type="checkbox"/> DEA				<input checked="" type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> CCA <input type="checkbox"/> BNS <input type="checkbox"/> AFPS <input type="checkbox"/> DEA				<input checked="" type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> CCA <input type="checkbox"/> BNS <input type="checkbox"/> AFPS <input type="checkbox"/> DEA				<input checked="" type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> CCA <input type="checkbox"/> BNS <input type="checkbox"/> AFPS <input type="checkbox"/> DEA				<input checked="" type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> CCA <input type="checkbox"/> BNS <input type="checkbox"/> AFPS <input type="checkbox"/> DEA				<input checked="" type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> CCA <input type="checkbox"/> BNS <input type="checkbox"/> AFPS <input type="checkbox"/> DEA				<input checked="" type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> CCA <input type="checkbox"/> BNS <input type="checkbox"/> AFPS <input type="checkbox"/> DEA				<input checked="" type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> CCA <input type="checkbox"/> BNS <input type="checkbox"/> AFPS <input type="checkbox"/> DEA				<input checked="" type="checkbox"/>

