

## FORMULAIRE D'ADHÉSION AU CONTRAT D'AIDE À L'INSTALLATION MÉDECIN (CAIM)

Ce document est à remplir par le médecin qui l'envoie à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du lieu de son exercice principal.

Je soussigné(e), NOM : .....

Prénom : .....

Numéro d'identification : .....

Adresse du lieu d'exercice principal : .....

.....

### Secteur conventionnel :

- Secteur 1
- Secteur 2, ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

### Exercice coordonné :

- Exerce au sein d'un groupe formé entre médecins ou d'un groupe pluri-professionnel, quelle que soit sa forme juridique
- Exerce au sein d'une Communauté professionnelle territoriale de santé ou d'une équipe de soins primaires avec formalisation d'un projet de santé commun déposé à l'ARS
- M'engage à exercer dans un cadre coordonné dans un délai de 2 ans.

Merci d'annexer au formulaire tout document attestant de l'exercice ou des perspectives au sein d'un groupe.

### PDSA :

- M'engage à participer au dispositif de permanence des soins ambulatoire

Déclare souhaiter adhérer au Contrat d'aide à l'installation médecin destiné à favoriser l'installation de médecins dans des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et m'engage à respecter les dispositions de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, publiée au Journal Officiel du 20/10/2016.

Cachet du médecin

Fait à ..... le .....

Signature du médecin