



## 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<sup>ère</sup> 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.