

## CONTRAT REGIONAL D'AIDE A L'INSTALLATION (CRAI)

### Formulaire de demande

à retourner dans les 6 mois qui suivent l'installation par mail à l'adresse suivante accompagnés des pièces justificatives: [ars-hdf-zonages-ambulatoires@ars.sante.fr](mailto:ars-hdf-zonages-ambulatoires@ars.sante.fr)

Je soussigné(e) :

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Téléphone (fixe et mobile) : .....

Courriel : .....

Adresse personnelle : .....

Code Postal .....

Commune .....

Numéro SIRET : .....

Numéro AM/ADELI : .....

Numéro d'inscription au Conseil de l'Ordre : .....

Numéro RPPS : .....

Signataire CESP :  oui  non

Nom de la structure d'exercice : .....

Adresse de la structure d'exercice .....

Commune .....

Code Postal .....

Date d'installation dans la structure : .....

Date de la primo-installation : .....

**Adresse du précédent lieu d'exercice** (le cas échéant) :

**Commune** : .....

**Code Postal** : .....

**Nombre de jours d'exercice libéral par semaine :**

4.5 jours

4 jours

3 jours

2,5 jours

Jours de présence	
Lundi matin <input type="checkbox"/>	Jeudi matin <input type="checkbox"/>
Lundi après-midi <input type="checkbox"/>	Jeudi après-midi <input type="checkbox"/>
Mardi matin <input type="checkbox"/>	Vendredi matin <input type="checkbox"/>
Mardi après-midi <input type="checkbox"/>	Vendredi après-midi <input type="checkbox"/>
Mercredi matin <input type="checkbox"/>	Samedi matin <input type="checkbox"/>
Mercredi après-midi <input type="checkbox"/>	

M'engage à assurer la continuité des soins si mon activité est inférieure à 4.5 jours par semaine

**Secteur conventionnel :**

Secteur 1

Autre secteur (préciser)

**Exercice coordonné :**

Exerce au sein d'une Maison de Santé Pluri Professionnelle (MSP), d'une Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ou d'une équipe de soins primaires(ESP) reconnue par l'ARS Hauts de France

M'engage à exercer dans un cadre coordonné dans un délai de 2 ans.

**Permanence des Soins Ambulatoires**

M'engage à participer à la permanence des soins ambulatoires

**Maître de stage des Universités (MSU)**

Suis déjà MSU

M'engage à suivre la formation de MSU et à déposer une demande d'agrément

- Déclare souhaiter adhérer au Contrat Régional d'Aide à l'Installation (CRAI) destiné à favoriser l'installation des médecins généralistes libéraux au sein d'une zone d'action complémentaire ou d'une zone d'accompagnement régional par la mise en place d'une aide forfaitaire versée au moment de l'installation du médecin dans les zones précitées pour l'accompagner dans cette période de fort investissement généré par

le début d'activité en exercice libéral (locaux, équipements, charges diverses, etc.) dans le cadre du fonds d'intervention régional au titre du 3°) de l'article L.1435-8 du code de la santé publique

- Déclare respecter les engagements liés au Contrat Régional d'Aide à l'Installation (CRAI)

**Date :**

**Signature et cachet du médecin :**

**Pièces à fournir :**

- Le projet professionnel
- Un document attestant de l'exercice coordonné ou des perspectives d'exercice coordonné
- Une copie de l'arrêté d'agrément en qualité de MSU (arrêté disponible sur le site suivant : <https://www.hauts-de-france.paps.sante.fr> rubrique Médecin – Formation Initiale et continue)
- Un relevé d'identité bancaire
- Un extrait au répertoire SIRENE
- Une attestation d'inscription au Conseil de l'Ordre (de moins de 3 mois)