

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-installation-ps@ars.sante.fr

Toute demande incomplète ou formulée en dehors de ce délai sera considérée comme irrecevable

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 (Contrat d'Engagement de Service Public) : 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 :

Fonctions exercées avant l'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 3,5 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 (**préciser**)

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)
- Une attestation sur l'honneur établie dans le cadre des dispositions de l'article 2 de la loi n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels et de l'article D.162-1-11-1 du code de la sécurité sociale (confère annexe 1).

ANNEXE 1

Attestation sur l'honneur

**établie dans le cadre des dispositions de l'article 2 de la loi n° 2023-1268 du 27 décembre 2023
visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels et de l'article
D.162-1-11-1 du code de la sécurité sociale**

Je soussigné(e)

Nom

Prénoms

Date de naissance

Numéro RPPS

exerçant en tant que médecin à (**adresse professionnelle complète**) :

.....

- être informé(e) qu'en application de l'article 2 de la loi n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels et de l'article D.162-1-11-1 du code de la sécurité sociale, un médecin libéral bénéficiaire des dispositifs d'aide visés au 20° de l'article L. 162-5 du même code ne peut prétendre à un nouveau versement de ces mêmes aides dans un délai de dix ans ;

- atteste sur l'honneur dans le cadre de la présente demande de Contrat Régional d'Aide à l'Installation (CRAI) **ne pas avoir déjà bénéficié d'une aide financière à l'installation** prévue au **20°) de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale**, dans le cadre d'une précédente installation sur l'ensemble du territoire national dans un délai de dix ans précédant mon installation à l'adresse susvisée¹.

Je reconnais qu'une déclaration inexacte m'engage au remboursement intégral de l'aide financière reçue au titre du 20°) de l'article L.162-5 du code de la sécurité sociale dans le cadre de la présente demande de financement.

Je reconnais également que l'établissement d'une attestation faisant état de faits matériellement inexacts est réprimé par les dispositions de l'article 441-7 du code pénal prévoyant une peine d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à _____, le _____

Signature :

¹ Le point de départ du délai de dix ans se calcule à compter de la date de décision d'octroi de la précédente aide financière à l'installation ou, à défaut de décision, de la date de signature de la convention de financement.