



# Demande d'attribution de carte de professionnel de santé (CPS) Professions de prothésiste et orthésiste, opticien-lunetier et audioprothésiste F202



## 1. Objet du formulaire

Ce formulaire est destiné à tout professionnel de santé **ayant une activité de fournisseur d'appareillage médical**. Ce dernier peut exercer une activité libérale ou salariée (Audioprothésiste, Orthoprothésiste, Podo-Orthésiste, Orthopédiste-Orthésiste, Oculariste, Epithésiste, Opticien lunetier).

## 2. Numéro de contrat d'adhésion

N° Contrat  
(Si vous connaissez le numéro de contrat d'adhésion existant, veuillez le mentionner ici)

## 3. Identification du Client

N° SIRET

Dénomination de la structure

## 4. Identification du porteur *(le cas échéant, le porteur peut être représentant légal de la structure ou mandataire)*

Civilité

M.

Mme

Nom de famille

Prénom(s)

Nom d'usage

Prénom usuel

N°ADELI

Profession

Adresse courriel

Téléphone

Langues parlées  
par ordre de préférence

## 5. Description de l'activité

**Si différents du Client, remplissez le N°FINESS / le N°SIRET et la dénomination de la structure :**

N°SIRET

Dénomination de la structure

Êtes-vous représentant de la structure ?	<p>Oui (Justificatifs à joindre à ce formulaire, voir section 6) S'il s'agit d'une demande consécutive à un changement de représentant légal ou mandataire, pensez à déclarer le départ du précédent représentant légal ou mandataire.</p> <p>Non</p>		
Quel est votre mode d'exercice pour cette activité ?	Indépendant (Libéral)		Salarié
<b>Uniquement si vous avez coché "Oui" à la question "êtes-vous représentant légal de la structure ?"</b>			
Autorisez-vous des professionnels de santé employés à signer les lots de Feuilles de Soins Électroniques ?	Oui		Non
<b>Uniquement si vous avez coché "Non" à la question "êtes-vous représentant légal de la structure ?"</b>			
Avez-vous été désigné en qualité de mandataire pour la gestion des cartes ? (Cf Conditions Générales d'Utilisation)	Oui		Non
<b>Adresse de livraison :</b>			
Dénomination de la structure			
Mention complémentaire			
Adresse	N°		Type de voie (avenue, rue...)
	Libellé de la voie		
	Code postal		Commune
	Pays		

## 6. Pièces justificatives à joindre *(sauf si elles ont déjà été fournies simultanément avec le contrat d'adhésion)*

- ☐ Copie de l'acte de nomination désignant le représentant légal de la structure (décret, arrêté, décision, procès-verbal d'Assemblée Générale, etc.) et, le cas échéant, de l'extrait du K-bis datant de moins de 3 mois et mentionnant le nom du représentant légal.
- ☐ Photocopie d'un justificatif d'identité : carte d'identité, passeport, permis de conduire, carte de séjour ou de résident.

Je certifie avoir lu et accepté les <a href="#">conditions générales d'utilisation relatives aux moyens d'identification électronique</a> .		
Je certifie exactes les informations mentionnées ci-dessus. Il est rappelé que les fraudes et tentatives de fraude sont passibles de sanctions pénales et peuvent conduire à la suspension de l'instruction de votre demande ou au retrait des droits dont le bénéfice est demandé.		
Date	Date	Date
Signature du porteur	Nom, prénom et signature du « Représentant légal ou Mandataire » et cachet de la structure	Cachet de l'ARS (Agence Régionale de Santé)

Ce formulaire est à envoyer **signé et daté avec le cachet de la structure et le cachet de l'ARS** à l'adresse e-mail suivante :

[monservicclient.cartes@esante.gouv.fr](mailto:monservicclient.cartes@esante.gouv.fr)

Pour toutes questions relatives à ce formulaire, vous pouvez utiliser cette même adresse mail.