



DOSSIER DE DEMANDE
AUPRES DU CONSEIL DEPARTEMENTAL

**Dispositif de PRIME FORFAITAIRE D'EXERCICE
pour les médecins et chirurgiens-dentistes**

Identité

Nom / Prénom :

Adresse :

.....

Email :

Téléphone :

Spécialité :

Je suis intéressé(e) par la prime forfaitaire d'exercice, et à titre indicatif, j'envisage :

Des remplacements dans le/les secteurs de

Et
/

ou Des collaborations dans le/les secteurs de

.....

Déclaration sur l'honneur :

Je soussigné(e)
atteste sur l'honneur l'exactitude des éléments fournis pour recevoir la prime d'exercice
forfaitaire pour les médecins et chirurgiens-dentistes.

Je m'engage à faire l'équivalent d'un mi-temps de remplacements ou de collaborations en
zones éligibles de la Manche, et à fournir à la fin de chaque semestre la liste des justificatifs
nécessaires.

J'ai pris connaissance du contrat qui m'engage dans ce cadre et qui sera signé après accord
de la commission sur ma candidature au dispositif.

Pour servir et valoir ce que de droit,

Fait à Saint Lô, le

Signature

Rappel des conditions de la prime

Engagements :

- Sont éligibles les médecins et les chirurgiens dentistes diplômés depuis moins de 3 ans, ayant le droit d'exercer en libéral,
- Engagement d'un équivalent mi-temps de remplacement ou de collaboration dans des cabinets de groupe des zones éligibles de la Manche, à savoir :
 - Les zones à densité moyenne ou faible, selon la cartographie interactive du Conseil de l'Ordre des Médecins (demographie.medecin.fr/demographie) pour les médecins,
 - Les zones intermédiaires, sous-dotées ou très sous-dotées, selon la cartographie interactive de l'ARS (<http://carto.ars.sante.fr/cartosante/>) pour les chirurgiens-dentistes.

Contre partie :

- Une prime de 4200 € par semestre pour les 3 premiers semestres,
- Une prime de 4200 € par semestre pour les 3 semestres suivants pour des collaborations, Ou Une prime de 2100 € par semestre pour les 3 semestres suivants pour des remplacements,
- Un accompagnement individualisé gratuit de la CPAM pour les démarches d'installation.

Pièces justificatives à fournir

A la demande avec ce formulaire :

- copie du diplôme de Docteur en médecine ou en chirurgie-dentaire
- attestation d'inscription à un Conseil de l'Ordre
- un RIB

Pour le versement de la prime à la fin de chaque semestre :

- copie des contrats de remplacement ou de collaboration validés par le Conseil de l'Ordre de la Manche

Envoi du dossier

Par courrier :

Conseil départemental de la Manche
A l'attention de Laura EVENO
Chargée de projets Offre de soins territoriale
Mission Appui aux Territoires
50050 SAINT-LÔ CEDEX

attractivitemedicale@manche.fr - Tel : 02 33 05 97 44