

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

---

**Identité**

Nom / Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Email : .....

Téléphone : .....

Spécialité : .....

Date prévisionnelle thèse : .....

**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](http://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

## **Gestion des données personnelles**

Les informations à caractère personnel recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatique, destiné à recueillir les informations vous concernant dans le cadre de la **gestion de votre demande d'aides financières relative à la politique « démographie médicale du Département de la Manche »**.

Les finalités du traitement sont :

- Instruction de la demande
- Notification de décision
- Transmission des conventions aux signataires
- Suivi des engagements contractuels
- Informations concernant l'exercice professionnel et la vie dans la Manche.

Le traitement de ces données s'inscrit dans le cadre juridique d'une Mission d'intérêt public et conformément à la délibération CP.2023-09-15.1-7, relative à l'évolution des conventions en faveur des étudiants, internes ou jeunes professionnels en médecine générale ou en odontologie.

La personne responsable du traitement est le président du Département de la Manche.

Les données ne font pas l'objet d'une décision automatisée. L'ensemble des informations demandées est nécessaire à la bonne instruction de la demande. Tout défaut de réponse pourra entraîner l'impossibilité de traiter la demande.

Les destinataires de ces données sont les agents dûment habilités au sein du Conseil départemental de la Manche, de la direction générale adjointe action sociale, qui sont soumis à des obligations imposées par notre politique interne en la matière, ainsi que des agents des organismes signataires des conventions :

- La Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) ;
- Les conseils départementaux de l'ordre de médecins ou des chirurgiens-dentistes.

Ces données sont conservées sur la plateforme jusqu'à la date de fin des engagements contractuels et ont 10 ans de durée de vie.

Conformément aux articles 13 et 14 du RGPD, le demandeur dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et d'opposition sur les informations le concernant. Il dispose aussi du droit de limiter le traitement de ses données dans les conditions prévues au RGPD.

Pour exercer l'ensemble de ces droits, vous pouvez vous adresser, par mail à : [dpo@manche.fr](mailto:dpo@manche.fr) ou par courrier à : Délégué à la Protection des Données – 50050 Saint-Lô cédex.

Si vous estimez, après contact avec le DPO que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, il est possible de saisir la CNIL sur le site [cnil.fr](http://cnil.fr) ou par téléphone au : 01 53 73 22 22, voire par courrier postal : Commission Nationale Informatique et Liberté – 3 place Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris Cédex 07.

### **Envoi du dossier**

Par courrier :

Conseil départemental de la Manche  
A l'attention de Karlen Patrix  
Cheffe de projet santé  
Direction générale action sociale  
50050 SAINT-LÔ CEDEX

[attractivitemedicale@manche.fr](mailto:attractivitemedicale@manche.fr) - Tel : 02 33 05 96 17