

RÉ

RÉ

DIRECTION DU CONTROLE ET DE LA CONFORMITE DES STRUCTURES DE SANTE

Référence dossier : ARS/DCC-2026
Objet : Contrôle de conformité - Demande impérative de pièces justificatives

Madame, Monsieur,

En application des articles **L. 1431-2** et **L. 6116-1 et suivants du Code de la santé publique**, l'Agence Régionale de Santé a engagé une procédure de contrôle portant sur la conformité de votre structure et des conditions d'exercice des professionnels de santé qui y sont rattachés.

FICHE STRUCTURE CONTROLEE

Dénomination :

Adresse :

Activité : Chirurgien-dentiste

Ce contrôle fait suite à un **signalement enregistré par nos services** et s'inscrit dans le cadre du programme annuel de vérification des établissements et cabinets dentaires pour les exercices **2026-2027**. Il vise notamment à vérifier :

- la **régularité de l'agrément** de votre structure ;
- la **qualification et l'habilitation** du ou des praticiens exerçant en son sein ;
- la **conformité des pièces d'identité** et des **justificatifs professionnels** transmis par la structure.

Votre dossier a été attribué à un contrôleur sous la référence **ARS/DCC-2026/51592**. La transmission des pièces ci-dessous est **obligatoire** et conditionne la poursuite de l'instruction.

Pièces à transmettre impérativement :

1. Copie recto-verso, en cours de validité, de la **carte nationale d'identité** ou du **passeport** du **gérant de la structure** ;
2. Copie recto-verso, en cours de validité, de la **carte nationale d'identité** ou du **passeport** du **chirurgien-dentiste** ;
3. Une **feuille de soins barrée** ;
4. Copie du **diplôme** du chirurgien-dentiste ;
5. Copie de votre **carte professionnelle de santé**.

Date limite de transmission : lundi 23 novembre 2026
Mode de réponse : transmettre l'ensemble des pièces par courriel à l'adresse indiquée ci-dessous
Adresse de réponse dédiée :

Merci de rappeler la référence **ARS/DCC-2026**dans l'objet de votre réponse.

Attention : en l'absence de réponse dans le délai imparti, ou en cas de transmission incomplète, le contrôle se poursuivra d'office sur la base des éléments en notre possession. Des mesures conservatoires pourront être engagées, incluant la **suspension temporaire de l'activité** de la structure, conformément aux dispositions du Code de la santé publique.

Nous vous rappelons que toute obstruction ou défaut de coopération à un contrôle administratif de l'ARS est susceptible de donner lieu à des suites contentieuses.

Cordialement,

Agence Régionale de Santé
Direction du Contrôle et de la Conformité

Tél. : **01 89 62 99 11**
Courriel :

Ce courriel et les pièces qui y sont jointes sont établis à l'attention exclusive de leur destinataire et revêtent un caractère confidentiel. Si vous n'êtes pas le destinataire de ce message, merci de le détruire et d'en avertir l'expéditeur. Référence à conserver :