

CAISSE GÉNÉRALE DE SÉCURITÉ SOCIALE DE LA RÉUNION

FORMULAIRE DE PARAMÉTRAGE POUR LA TÉLÉTRANSMISSION VITALE

Nom - Prénom:

ou

Raison Sociale (pour pharmacien , fournisseur , opticiens , Transports ou Labo) :

Contact professionnel :

N° de téléphone fixe : (0262)..... N° de téléphone portable : (06).....

Email professionnel :

N° Identifiant AM : 97 _ _ _ _ _

N° RPPS :

Mode de télétransmission (1)

A compter du : / / 20

CGSS (sans concentrateur)

Références NOEMIE (Pour les transporteurs, fournisseurs et laboratoires)

Retour d'informations

Rejets et signalements

Via concentrateur

Nom :

N° Identification Emetteur :

Signature et cachet du Professionnel

Merci de bien vouloir retourner ce document dûment rempli par mail à parametrage@cgss.re

(1) Cochez la case correspondante