

**IDENTIFICATION DU REMPLAÇANT :**

Numéro d'immatriculation à la sécurité sociale :

Numéro d'inscription à votre ordre : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance :

Mail : \_\_\_\_\_ Tél. :

Adresse domicile : \_\_\_\_\_

Profession : (renseigner le numéro ADELI pour le groupe 1 et le numéro RPPS pour le groupe 2)

Groupe 1 :

N° ADELI :

Infirmier

Pédicure-Podologue

Orthophoniste

Orthoptiste

Groupe 2 :

N° RPPS :

Chirurgien-Dentiste

Masseur-Kinésithérapeute

Médecin

Sage-Femme

**Pour les médecins** : Numéro de licence de remplacement : \_\_\_\_\_

**Uniquement**

Situation :  Etudiant

Diplômé

**IMPORTANT**

Ce document concerne les professionnels de santé :

- dont le remplacement est l'activité principale,
- qui n'ont pas encore fait enregistrer leur statut d'assuré en qualité de professionnel libéral.

**Cet enregistrement conditionne la validation de votre statut de professionnel de santé libéral à l'URSSAF** (à défaut vous ne bénéficierez pas des avantages liés au statut de cotisant spécifique)

Lors du décompte de vos journées :

- Les journées de remplacement effectuées hors du département sont à intégrer au décompte ;
- Un Week-End de garde est assimilé à deux journées effectives de remplacement.
- Une seule journée par case ; les périodes sont à détailler. (Ex. : remplacement du 02/01/2017 au 03/01/2017 = 2 cases à compléter, une par jour)

- Sont assimilés à une journée effective de remplacement :
  - ✓ Une demi-journée de remplacement isolée ou non
  - ✓ Une nuit isolée de garde ou d'astreinte ;
  - ✓ Un jour ordinaire ouvré de remplacement
  - ✓ Un jour férié de remplacement.

Ce document est à retourner dûment complété au service des Relations avec les Professionnels de Santé :

**Par courrier** : CGSS de la Réunion -Service RPS- 4 Boulevard Doret CS 53001 -97 741 Saint-Denis Cedex 9

**Par courriel** : [rps@cgss.re](mailto:rps@cgss.re)

**Vous devez impérativement joindre à l'envoi de ce document :**

- La copie d'une pièce d'Etat Civil
- La copie d'un justificatif d'adresse récent
- Votre RIB personnel (pour votre dossier d'assuré social)



Je soussigné ..... certifie avoir effectué les 30 jours de remplacement nécessaires mon affiliation à la CGSS :

	DATE	NOM DU REMPLACE	N° DE PRATICIEN	ADRESSE
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

Affiliation possible au régime des professionnels de santé libéraux à partir du :

Fait à ..... le .....