DEMANDE DE CONVENTIONNEMENT AVEC L'ASSURANCE MALADIE

IDENTITE DU DEMANDEUR

Prénom : .....

Nom de naissance : .....

Nom d'exercice : .....

Né(e) le : |_|_|_|_|_|_|_|_| à ..... Nationalité : .....

N° Sécurité Sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

Adresse du domicile :

.....

|_|_|_|_|_| ..... N° tél. portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

ACTIVITE DU DEMANDEUR

Profession : .....

Date de 1ère activité libérale à la Réunion (remplacements inclus) : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Si vous n'avez exercé aucune activité à la Réunion à ce jour, veuillez cochez la case : ☐

ADHESION A LA CONVENTION

J'adhère à la convention de ma profession avec l'Assurance Maladie pour une activité libérale dans le cabinet principal situé au :

.....

|_|_|_|_|_| ..... N° tél. cabinet : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Statut activité : ☐ Individuel ☐ Associé ☐ Collaborateur ☐ Assistant

Identité des titulaires ou associés : .....

Adresse courriel de contact : .....

☐ J'autorise la CGSS de la Réunion à m'adresser des informations par courriel

« Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à informer les professionnels de santé des dispositions conventionnelles et réglementaires par voie informatique. Ils peuvent donner lieu à l'exercice du droit d'accès et de rectification »

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus, et m'engage à informer la Caisse Générale de Sécurité Sociale de toutes modifications intervenant dans ma situation.

Fait à ..... le ..... Signature du professionnel de santé

Merci de renvoyer ce document par mail au service RPS accompagné des pièces requises en nous précisant votre profession.

Caisse Générale de Sécurité Sociale de La Réunion
www.cgss.re
CGSS Réunion

Direction Prévention Précarité Régulation

Demande de conventionnement
Service Relations avec les Professionnels de Santé
rps@cgss.re

L'Assurance Maladie REUNION