



IDENTITE DU MEDECIN 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 1^{ère} activité libérale à la Réunion (remplacements inclus) :

Si vous n'avez exercé aucune activité à la Réunion à ce jour, veuillez cocher 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 Médecin

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



SECTEUR D'ACTIVITE

Je déclare :

Etre un médecin appliquant strictement les tarifs conventionnels est exercé en **Secteur 1**

Demander le bénéfice du secteur à honoraires différents est exercé en **Secteur 2**

→ Dans ce cas :

Je souhaite être affilié(e) :

Au régime d'assurance maladie des praticiens et auxiliaires médicaux (régime général)

Au régime d'assurance maladie des professions indépendantes (Sécurité Sociale pour les indépendants)

Je souhaite être informé sur l'OPTAM / OPTAM-CO : Oui Non

Fait à le

Signature du Médecin

MEDECIN LIBERAL AVEC ACTIVITE SALARIEE

Je déclare également exercé une activité salarié :

A temps partiel

A temps complet

Identification de l'employeur :

Numéro de l'employeur (FINESS établissement) :

Adresse :

Autres activités médicales :

Dispensaire :

Fait à le

Signature du Médecin