CGSS de la Réunion

l'Assurance Maladie REUNION

CAISSE GÉNÉRALE DE SÉCURITÉ SOCIALE DE LA RÉUNION

FORMULAIRE DE PARAMÉTRAGE POUR LA TÉLÉTRANSMISSION VITALE

NOM - PRENOM : .....

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

Courriel : .....

N° Identifiant : ..... N° ADELI : .....

Mode de télétransmission *(1)* A compter du : ..... / ..... / 20 .....

☐ **CGSS** (sans concentrateur)

☐ **Via concentrateur**

Nom : .....

N° : .....

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