



CAISSE GÉNÉRALE DE SÉCURITÉ SOCIALE DE LA RÉUNION



FORMULAIRE DE PARAMÉTRAGE POUR LA TÉLÉTRANSMISSION VITALE

Nom - Prénom ou Raison Sociale :

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

Courriel personnel professionnel :

N° Identifiant assurance maladie : N° ADELI :

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