Une image contenant texte

Description générée automatiquementVaccination Covid-19 : formulaire d’identification

Ce document est à compléter une seule fois, pour permettre le règlement des vacations effectuées au sein d’un centre de vaccination. Il doit être transmis avec votre premier bordereau de vacations :

* CAS 1 : si vous êtes affilé au régime général, à votre Caisse d’affiliation (CPAM/CGSS qui gère vos remboursements de soins). Je suis affilié à la CPAM : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* CAS 2**\***: si vous êtes affilié à un autre régime (MSA, MGEN…), à la CPAM/CGSS du lieu de votre résidence. Dans ce cas, vous devez également joindre un relevé d’identité bancaire. Je suis affilié au régime : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Attention, si je suis professionnel de santé remplaçant intervenant à titre exclusif (en dehors des cas de remplacement d’un professionnel de santé installé), je déclare mes revenus et mes cotisations dans le cadre habituel

|  |
| --- |
| Je relève de l'une des situations suivantes :  Remplaçant à titre exclusif (en dehors des cas de remplacement d’un professionnel de santé installé)    Retraité sans activité libérale dans le cadre d’un cumul emploi/retraite  Salarié ou fonctionnaire intervenant auprès d’un centre non géré par mon employeur et en dehors d’un contrat de mise à disposition auprès du centre  Étudiant  Professionnel de santé sans activité  Autre profession autorisée à pratiquer la vaccination – A préciser : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| Je suis :  Médecin  Étudiant en médecine 3e cycle Autre |

|  |
| --- |
| Numéro de sécurité sociale : \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_  Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Date de naissance : \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_  Lieu de naissance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Adresse postale : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Numéro : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Voie : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Complément : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ville : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Code postal : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Numéro de téléphone : \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_  Adresse email : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \*je suis concerné(e) par le CAS 2, je joins mon RIB |

*Ces informations sont à usage unique de l'Assurance Maladie et du réseau des URSSAF, elles restent strictement confidentielles et ne feront l'objet d'aucune communication extérieure. A partir de ces informations, l’ACOSS procédera à la création de votre compte cotisant. Vous n'avez aucune démarche à effectuer. L’Assurance Maladie communiquera directement à l'ACOSS les montants qui vous seront versés, procédera au calcul des cotisations et réalisera les versements correspondants à l'ACOSS. Seul le montant net de cotisations vous sera versé par la CPAM pour vos vacations (sauf si vous êtes remplaçant).*