

**Attestation de participation à la permanence des soins dentaires  
Versement des indemnisations d'astreinte**

Assurance Maladie de Gap  
10 boulevard Georges Pompidou  
05000 GAP

*(Avenant 2 à la convention nationale des chirurgiens-dentistes JO du 31/07/2012)*

*(Document à envoyer par courrier postal rempli, signé, sans rature ni surcharge à votre caisse de rattachement)*

Identification du praticien		Identification de votre remplaçant (le cas échéant)
RPPS :		
Numéro AM :		
Prénom, Nom :		
Adresse :		
Téléphone :		
Email :		

Mois et année de référence :

*(Veuillez cocher les cases des jours correspondants à vos astreintes)*

	Montant unitaire	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Total	
Demi-journée (matin)	75 €																																	
Demi-journée (après-midi)	75 €																																	

Nombre d'astreintes effectuées au cours du mois de référence :

Je soussigné, \_\_\_\_\_, déclare avoir participé à la permanence aux soins dentaires aux dates mentionnées ci-dessus ouvrant droit au versement des astreintes,

soit la somme de , correspondant à  demi-journées.

Votre cachet

Fait à

Signature du chirurgien-dentiste