



ATTESTATION DE PARTICIPATION A LA PERMANENCE DES SOINS BUCCO-DENTAIRES VERSEMENT DES INDEMNITES D'ASTREINTE



Document à envoyer rempli, daté, signé, au plus tard le 5^{ème} jour ouvré du mois suivant le mois concerné à :
✉ : droits.ps.cpam-gap@assurance-maladie.fr

MOIS ET ANNEE DE REFERENCE :

SECTEUR : **HAUTES-ALPES NORD**

IDENTIFICATION DU PRATICIEN	IDENTIFICATION DU PRATICIEN REMPLAÇANT (le cas échéant)
Nom :	Nom : Prénom : N° RPPS :
Prénom :	
Adresse :	
.....	
Téléphone :	
E-mail :	
N° AM: 054 _____	

Nombre d'Astreintes effectuées au cours du mois de référence (Dimanches et Jours Fériés)

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

DATES	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
Demi-journée (9H-13H)																															

Demande d'indemnisation (rédaction manuscrite)

Je soussigné(e), Docteur déclare avoir participé à la permanence des soins dentaires aux dates mentionnées ci-dessus ouvrant droit au versement des astreintes, soit la somme de : Euros, correspondant à demi-journée(s) x 75 Euros.

Fait à le / /

Signature et cachet du Chirurgien-Dentiste