ATTESTATION DE PARTICIPATION A LA PERMANENCE DES SOINS
INDEMNISATION

Document à envoyer rempli, daté, signé, sans rature ni surcharge, au plus tard le 5ème jour ouvré du mois suivant le mois concerné à la :

Caisse primaire d'assurance maladie
(Département de la régulation médicalisée)
9, rue Gaëtan Rondeau - 44958 Nantes cedex 9

Mois et année de référence : | | | / | 2 | 0 | 0 | |

Médecin généraliste participant titulaire du cabinet médical (à renseigner dans tous les cas)	Médecin généraliste remplaçant du titulaire (le cas échéant)
Prénom, nom :.....	Prénom, nom :.....
Adresse professionnelle :	Adresse professionnelle : .....
.....	.....
Code postal : ..... Ville :.....	Code postal : ..... Ville :.....
Téléphone :.....	Téléphone :.....
E-mail :	E-mail : .....
N° identification du professionnel :	N° identification du professionnel :
Secteur de rattachement d'astreinte :	

Jours calendaires de réalisation des astreintes (cocher chaque case concernée) :

	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
8 H à 20 H																															
0 H à 0 H																															
0 H à 8 H																															
Samedi : 12 H à 20 H																															
Jours de Ponts 8 H /20 H Samedi 8 H /12 H																															

0181640042900779202O2

Je soussigné Dr_____ déclare avoir participé à la permanence des soins aux dates mentionnées ci-dessus, ouvrant droit au versement de la somme de : _____ euros.

en qualité de *(cocher la case)*
- titulaire du cabinet médical ☐
- remplaçant du titulaire ☐

Fait à_____ le_____

Signature et cachet du médecin :

De 20 H à 0 H.....	50 €
De 0 H à 8 H.....	100 €
Dimanche et jour férié : de 8 H à 20 H.....	150 €
Samedi..... de 12 H à 20 H....	100 €
Jours de "ponts" :	
- lundi ouvré de 8 H à 20 H.....	150 €
- vendredi de 8 H à 20 H.....	150 €
- samedi de 8 H à 12 H.....	50 €