

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

Document à envoyer rempli, daté, signé, sans rature ni surcharge, **au plus tard le 5^{ème} jour ouvré du mois suivant le mois concerné** à la **CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE**, 2, rue des Alliés 38045 GRENOBLE CEDEX 9 Tél. : 04 76 68 50 43 www.ameli.fr

Mois et année de référence :

/

Conseil de l'Ordre des
 Médecins de l'Isère
 1A, bd de la Chantourne
 38700 LA TRONCHE
 Tél : 04 76 51 56 00
 isere@38.medecin.fr

Médecin généraliste participant
 titulaire du cabinet médical (à renseigner dans tous les cas)
 Prénom, nom : _____
 Adresse professionnelle : _____
 Code postal : _____ Ville : _____
 Téléphone : _____
 E-mail : _____
 N° identification du professionnel :

 SECTEUR de rattachement d'astreinte : _____

Rubrique à renseigner obligatoirement lorsque le médecin titulaire est remplacé

Médecin généraliste remplaçant du titulaire (le cas échéant)
 Prénom, nom : _____
 Adresse professionnelle : _____
 Code postal : _____ Ville : _____
 Téléphone : _____
 E-mail : _____
 N° identification du professionnel :

JOURS CALENDAIRES DE REALISATION DES ASTREINTES *(cocher chaque case concernée)*

Périodes et codes	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					
Samedi après-midi 12h-20h (RSP)																																	...	x	100 €	=	
Dimanche / jour férié 8h-20h (PRD)																																		...	x	150 €	=
Nuits 20H - 8H (PRT)																																		...	x	150 €	=
Nuits 20h - 0h (PRN)																																		...	x	50 €	=
Nuits 0h - 8h (PRM)																																		...	x	100 €	=
Lundi précédant un jour férié 8h - 20h (PRD)																																		...	x	150 €	=
Vendredi suivant un jour férié 8h - 20h (PRD)																																		...	x	150 €	=
Samedi matin suivant un jour férié 8h - 12h (RSA)																																		...	x	50 €	=

DEMANDE D'INDEMNISATION *(rédaction manuscrite)*

Soit la somme totale de €

Je soussigné Dr _____ déclare avoir participé à la permanence des soins aux dates mentionnées ci-dessus.

Signature et cachet du médecin

En qualité de (cocher la case) : titulaire du cabinet médical
 remplaçant du titulaire

Fait à _____
 le _____