Attestation de participation à la permanence des soins versement des indemnités d'astreinte

Caisse de rattachement : Caisse Primaire d'Assurance Maladie - BOULOGNE-sur-MER

Mois et année de référence /_/_/ /_/_/_/_/

Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins du Pas-de-calais

☎ 03.21.63.41.80

SECTEUR DE GARDE n ° / _ / _ / _ /

Médecin généraliste participant

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse professionnelle : .....

.....

Ville : ..... Code Postal /_/_/_/_/_/

Téléphone..... /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/ E mail :.....

N° identification du professionnel /_/_/_/_/_/_/_/_/_/ clé /_/

Détail des Astreintes

A noter que les tableaux de permanence des soins sont validés exclusivement par les tableaux CALEPSO *(arrêté préfectoral du 21 juin 2005)* et qu'en conséquence, afin d'éviter tout retour intempestif de la déclaration de forfaits d'astreintes dû à une non-conformité dans les dates de réalisation, tout remplacement doit être impérativement accompagné d'une attestation dûment complétée par le médecin initialement titulaire de la garde.

Dates	Nuit 20 h à 0 h PRN	Nuit 0 h à 8 h PRM	Nuit 20 h à 8 h PRT	Dimanche + férié 8 h à 20 h PRD	Montant
				TOTAL	

Demande d'indemnisation

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

Soit la somme de ..... euros.

Signature et cachet du médecin

Fait à :

le :

Ce document doit être adressé impérativement à votre caisse de rattachement au ***Service Division Technique*** *- Monsieur Jacques* ***TIBAUT*** ☎ *03.21.87.71.42 au plus tard le 5ème jour ouvré du mois suivant le mois au cours duquel ont été réalisées les astreintes (ex : le 07/06 pour des astreintes effectuées au mois de mai).*