

ATTESTATION DE PARTICIPATION A LA PERMANENCE DES SOINS VERSEMENT DES INDEMNISATIONS D'ASTREINTES

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 :

CPAM du Morbihan

Direction Production - Pôle Médecins - BP 20321 - 56021 VANNES CEDEX

Mois et année de référence : / 2 0

Coordonnées du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins :

↳ **Les Terrasses de Bernus, 2 rue de Normandie, 56000 VANNES**

Médecin généraliste participant (*à renseigner dans tous les cas*)

Prénom - Nom :

Adresse professionnelle :

Code postal : Ville :

Téléphone :

E-mail :

N° d'identification du professionnel :

N° de SECTEUR de rattachement d'astreinte :

Astreintes

Jours calendaires de réalisation des astreintes (merci de 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 | |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|
| Nuit 20h à 0h | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nuit 0h à 8h | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nuit 20h à 8h | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Samedi 12h à 20h | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dimanche & Férié 8h à 20h | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vend/Sam suivant un Férié | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Lundi précédent un Férié | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Demande d'indemnisation (*rédaction manuscrite*)

Je soussigné Dr
déclare avoir participé à la permanence des soins aux dates mentionnées ci-dessus ouvrant droit au versement d'un forfait de :

| | | Nombre | |
|---|---|--------|--------------------------------------|
| Astreinte Nuit sur la tranche horaire 20h-0h | x | 50 | euros, soit la somme de _____ euros, |
| Astreinte Nuit sur la tranche horaire 0h-8h | x | 100 | euros, soit la somme de _____ euros, |
| Astreinte Nuit sur la tranche horaire 20h-8h | x | 150 | euros, soit la somme de _____ euros, |
| Astreinte Samedi sur la tranche horaire 12h-20h | x | 100 | euros, soit la somme de _____ euros, |
| Astreinte Dimanche & Jour Férié 8h-20h | x | 150 | euros, soit la somme de _____ euros, |
| Astreinte Lundi ouvré précédent un Jour Férié 8h-20h | x | 150 | euros, soit la somme de _____ euros, |
| Astreinte Vendredi ouvré suivant un Jour Férié 8h-20h | x | 150 | euros, soit la somme de _____ euros, |
| Astreinte Samedi suivant un Jour Férié 8h-12h | x | 50 | euros, soit la somme de _____ euros, |

TOTAL A PAYER

Fait à _____ le/...../.....

Signature et cachet du médecin