l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

Doubs

Attestation de participation à la permanence des soins bucco-dentaires
Versement des indemnisations d'astreintes

(Avenant 2 à la convention nationale des chirurgiens-dentistes JO du 31/07/2012)
(Arrêté n° 2015-264 portant organisation de la permanence des soins dentaires)

Mois de référence	Année de référence

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

Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Doubs
Service Frais de Santé - Site Besançon
25036 BESANÇON Cedex
Mail : **ampn.doubs@assurance-maladie.fr**

Identification du praticien	Identification du praticien remplaçant (le cas échéant)	
Nom, Prénom :	Nom, Prénom	N° identification
Numéro d'identification du praticien :		
Adresse :		
Téléphone :		
Email :		

Nombre d'astreintes effectuées au cours du mois de référence *(dimanches et jours fériés)* : *(Veuillez cocher les cases des jours correspondant à vos astreintes)*

Jours	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	Nombre total demi journée
Demi-journée (matin)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

Je soussigné **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)

Fait à le

Signature et cachet du médecin