

## 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)*

*(Document à envoyer par courrier postal rempli, signé, sans rature ni surcharge à votre caisse de rattachement\*)*

Mois et année de référence (à préciser) :

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)																																		
Demi-journée (après-midi)																																		

Je soussigné(e), Dr \_\_\_\_\_, déclare avoir participé à la permanence des soins dentaires aux dates mentionnées ci-dessus ouvrant droit au versement des astreintes, soit la somme de \_\_\_\_\_ €, correspondant à \_\_\_\_\_ demi-journée(s).

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_.

Signature et cachet du Chirurgien-Dentiste

**\*Adresse de votre caisse de rattachement :**

Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Haut-Rhin  
 Service Prestations  
 19, Boulevard du Champ de Mars  
 B.P. 40454  
 68022 COLMAR Cedex

\*