



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

(Article 20.2 de l'accord national des centres de santé – JO du 30/09/2015)

Document à envoyer par mail rempli, signé, sans rature ni surcharge  
au **Service Remboursement des Soins** – [gardespn441@assurance-maladie.fr](mailto:gardespn441@assurance-maladie.fr)

Mois et année de référence (à préciser) :

Identification du Centre de Santé	Identification des praticiens
Numéro FINESS : 440 .....	Nom, Prénom :
	N° RPPS :
Raison Sociale :	Nom, Prénom :
Adresse :	N° RPPS :
Téléphone :	Nom, Prénom :
Email :	N° RPPS :
	Nom, Prénom :
	N° RPPS :

Nombre d'astreintes effectuées au cours du mois de référence (dimanches et jours fériés) : .....

(Veuillez cocher les cases des jours correspondant à vos astreintes)

	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
Demi-journée (matin)																															
Demi-journée (après-midi)																															

Je soussigné(e), M. (Mme) ....., directeur du centre de santé référencé ci-dessus, déclare exacts les renseignements portés ci-dessus, ouvrant droit au versement des astreintes, soit la somme de .....€ (Montant unitaire 75€).

Fait à ....., Le :

Signature du directeur,  
et cachet du Centre de Santé