

Démarche	: Frais de santé - attestation de participation à la permanence des soins bucco-dentaires
Organisme	: Caisse Primaire d'Assurance Maladie - Pôle Professionnels de santé

Identité du demandeur

Email	<input type="text"/>
Etablissement SIRET	<input type="text"/>
Dénomination	<input type="text"/>
Forme juridique	<input type="text"/>

Formulaire

Ce formulaire en ligne permet aux chirurgiens-dentistes de la Manche de compléter l'attestation de participation à la permanence des soins bucco-dentaires pour le versement des indemnités d'astreintes (avenant 2 à la convention nationale des chirurgiens-dentistes JO du 31/07/2012)

Vous disposez des tarifs de la permanence de soins dentaires sur ameli.fr/manche/chirurgien-dentiste/exercice-liberal/facturation-remuneration/tarifs-conventionnels/tarifs-professionnel-de-sante.

Identification du praticien

Nom

Prénom

Dans quel département exercez-vous ?

Indiquez le numéro du département

Numéro d'identification

Numéro Adéli

Adresse professionnelle

Frais de santé - attestation de participation à la permanence des soins bucco-dentaires

Numéro de téléphone

Email

Identification du praticien remplaçant (le cas échéant)

Nom

Prénom

N° identification

Situation

Mois de référence

Année de référence

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

Jours correspondant aux astreintes au cours du mois de référence (dimanche et jours fériés) :

Indiquer une date

Si vous avez plusieurs jours d'astreintes à indiquer, cliquer sur (+ Ajouter un élément pour "Jours correspondant aux astreintes au cours du mois de référence (dimanche et jours fériés)")

Indiquer une date

Si vous avez plusieurs jours d'astreintes à indiquer, cliquer sur (+ Ajouter un élément pour "Jours correspondant aux astreintes au cours du mois de référence (dimanche et jours fériés)")

Indiquer une date

Si vous avez plusieurs jours d'astreintes à indiquer, cliquer sur (+ Ajouter un élément pour "Jours correspondant aux astreintes au cours du mois de référence (dimanche et jours fériés)")

Engagement

En cochant cette case, je déclare avoir participé à la permanence des soins dentaires aux dates mentionnées ci-dessus ouvrant droit au versement des astreintes

Cochez la mention applicable

Oui

Non

Frais de santé - attestation de participation à la permanence des soins bucco-dentaires

Montant du versement des astreintes

Fait à :

Indiquez la commune

Le :

Format jj/mm/aaaa