



**l'Assurance
Maladie**

CÔTE-D'OR

Secteur santé

Attestation de participation à la permanence des soins Versement des indemnités d'astreinte

Secteur :

Mois et année de référence : /

Date	20h/0h 50 euros	0h/8h 100 euros	8h/20h dimanches et fériés 150 euros
	Cocher la case concernée		
01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
Total			

Je soussigné, Dr

N° identification professionnel :

ou cachet du médecin :

déclare avoir participé à la permanence des soins aux dates
mentionnées dans le tableau ci-contre, ouvrant droit au verse-
ment d'un forfait de :

€ x 50 euros

€ x 100 euros

€ x 150 euros

soit la somme de euros

fait à

le

signature

Ce document doit être adressé (par courrier, mail ou fax) dès
que possible à l'adresse ci-dessous.

Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Côte-d'Or

Secteur Santé - 8 rue Docteur Maret - 21045 Dijon Cedex

Tél. : 03.80.59.37.89 - fax : 03.80.59.37.45 - www.cpam21.fr - secteur.sante@cpam-dijon.cnamts.fr