l'Assurance Maladie
MEURTHE-ET-MOSELLE

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 rempli, signé, sans rature ni surcharge par mail à l'adresse suivante :
astreintes.dentistes@cpam-meurtheetmoselle.cnamts.fr
Ou par courrier postal à Service Régulation – CPAM de Meurthe & Moselle – 9 bd Joffre – 54047 NANCY CEDEX

Je soussigné(e) :

Nom, Prénom :
Numéro d'identification :
Adresse :
Téléphone :
E-mail :

Le cas échéant, identification du praticien remplaçant :

Nom, Prénom :
Numéro d'identification :

Déclare avoir participé à la permanence des soins dentaires

le _____ / _____ / 20_____

ouvrant droit au versement d'astreinte(s) soit la somme de _____ €

Fait à _____ le _____

Signature et cachet du chirurgien-dentiste :