



**ATTESTATION DE PARTICIPATION A LA PERMANENCE DES SOINS
VERSEMENT DES INDEMNITES DE REGULATION**

Document à envoyer rempli, daté, signé sans rature ni surcharge, par le médecin qui a réalisé les régulations

Mois et année de référence : | | | | / | 2 | 0 | 0 | | |

Coordonnées du centre de régulation :

REGUL 31

C .R.R.A du S.A.M.U 31

Hopital Purpan

Place du Docteur Baylac-31059 Toulouse

Siège Social de REGUL 31:

MAISON DES PROFESSIONS DE SANTE

9 avenue Jean Gonord

31500 TOULOUSE

Médecin participant

Prénom, Nom :

Adresse professionnelle :

.....

Code Postal : Ville :

Téléphone :

E mail :

N° identification du professionnel :

| | | | | | | | | | | |

Régulation

(pour les heures conventionnelles : 20h/08h en semaine et 8h/20h pour les dimanches et jours fériés)

Jours calendaires de réalisation des régulations (indiquer le nombre d'heures effectuées dans chaque case concernée) :

| | 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 |
|----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 20h à 0H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0H à 8H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8H à 20H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Demande d'indemnisation

Je soussigné, Docteur déclare avoir participé à la régulation aux heures mentionnées ci-dessus, ouvrant droit au versement d'un forfait de 3 C de l'heure.

Fait à : le / /

Signature et cachet du médecin :

Ce document doit être adressé à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de votre département au plus tard le 5^{ème} jour ouvré du mois suivant le mois au cours duquel ont été réalisées les régulations (exemple : le 05/09/2005 pour des régulations effectuées au mois de Août 2005)