

Cet imprimé est spécifiquement réservé à la facturation des vacations réalisées dans le cadre des opérations de vaccination COVID. Il est à envoyer par courriel à la caisse du lieu d'implantation de la structure, selon les modalités qui seront communiquées par la caisse de rattachement de l'établissement.

Identification de la structure où les vacations ont eu lieu		Cachet de la structure
Semaine du	au	Nom et signature du Responsable de la structure :

Identification des professionnels ayant réalisé les vacations				Détail des vacations effectuées				Nombre de patients vaccinés	Signature
Nom	Prénom	N° Assurance Maladie	Médecin / Infirmier	Date de la vacation	Heure de début de la vacation	Heure de fin de la vacation	Montant à rembourser par l'AM (*)		
				Total		Montant à rembourser			

Notice

Montant du remboursement

Médecin = 420 € pour 4 heures ou 105€ par heure si moins de 4 heures

Infirmier = 220 € pour 4 heures ou 55€ par heure si moins de 4 heures

Montant du remboursement les samedi après-midi, dimanche et jours fériés

Médecin = 460 € pour 4 heures ou 115€ par heure si moins de 4 heures

Infirmier = 240 € pour 4 heures ou 60€ par heure si moins de 4 heures