

A Compter du 8 novembre 2021

Cet imprimé est spécifiquement réservé à la facturation des vacances réalisées dans le cadre des opérations de vaccination COVID dans les centres de vaccination et les établissements médico-sociaux hors EHPAD. Il est à envoyer par le professionnel à sa caisse de rattachement

Nom et prénom du professionnel :

n° AM :

Date de facturation : / /

Raison sociale de l'établissement ou indication sur le centre de vaccination*	Date de vacances (répéter la date si vacation différente)	Heure de début de la vacation	Heure de fin de la vacation	Cachet de l'établissement ou du responsable du centre de vaccination	Réservé à la CPAM
	<u> </u> / <u> </u> / <u> </u>				
	<u> </u> / <u> </u> / <u> </u>				
	<u> </u> / <u> </u> / <u> </u>				
	<u> </u> / <u> </u> / <u> </u>				
	<u> </u> / <u> </u> / <u> </u>				
	<u> </u> / <u> </u> / <u> </u>				

**le cas échéant, établissement de santé de rattachement, collectivité organisatrice, adresse,...)*

Rémunération hors samedis après-midi (à partir de 12h), dimanches et jours fériés	Nbre vacances horaires (toute heure commencée est due) →		nbre vacances 1/2 journée (si au moins 4H) →	
	Tarif unitaire	30 €	Tarif unitaire	120 €
	Sous total à payer (a)		sous total à payer (b)	
rémunération samedis après-midi, dimanches et jours fériés	nbre vacances horaires (toute heure commencée est due) →		nbre vacances 1/2 journée (si au moins 4H) →	
	Tarif unitaire	41 €	Tarif unitaire	164 €
	sous total à payer ©		sous total à payer (d)	

Signature du professionnel :	TOTAL À PAYER (a + b + c + d)
------------------------------	--