

**ATTESTATION DE PARTICIPATION DES PERSONNELS DE SANTE
A LA CAMPAGNE DE VACCINATION ANTI-GIPPALE A (H1N1)**

Document à envoyer rempli, daté, signé, sans rature ni surcharge, au plus tard le 5ème jour ouvré du mois suivant le mois concerné

MOIS ET ANNEE DE REFERENCE : ! __ ! __ ! 2 ! 0 ! __ ! __ !

IDENTIFICATION DU PROFESSIONNEL DE SANTE PARTICIPANT

Civilité.....Prénom.....Nom..... Adresse personnelle : N°.....Rue Code postal :Ville : Téléphone :Adresse mail.....
--

STATUT DU PROFESSIONNEL DE SANTE

1- salarié d'un établissement de santé <input type="checkbox"/> Etudiant en soins infirmiers <input type="checkbox"/> Etudiant en médecine <input type="checkbox"/> Interne <input type="checkbox"/> Médecin hospitalier <input type="checkbox"/> Infirmier exerçant en établissement de santé public ou privé
2- salarié hors établissement de santé ou centre de santé <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Infirmier
3- salarié d'un centre de santé <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Infirmier o Numéro FINESS du centre de santé ! __ ! __ ! __ ! __ ! __ ! __ ! __ !
4- activité libérale <input type="checkbox"/> Médecin exerçant en cabinet ou remplaçant <input type="checkbox"/> Infirmier exerçant en cabinet ou remplaçant o Numéro d'identification (assurance maladie)* ! __ ! __ ! __ ! __ ! __ ! __ ! __ !
5- retraité libéral (ayant une assurance en RCP) <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Infirmier
6- retraité ou sans activité <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Infirmier Inscrit dans la réserve sanitaire : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

* pour les professionnels libéraux exerçant en cabinet

ORGANISME LIQUIDATEUR

<input type="checkbox"/> Etablissement de santé <input type="checkbox"/> Autre employeur <input type="checkbox"/> CPAM <input type="checkbox"/> EPRUS Nom : Adresse : N°.....Rue Code postal :Ville :
--

Modalités de calcul

Indemnisation des déplacements des IDE libérales

- **Indemnité Forfaitaire de Déplacement (IFD)** applicable dans tous les cas qui s'élève à 2,30 €. Cette indemnité est la seule due quand le centre et le cabinet de l'IDE se situent dans la même agglomération.
- S'y ajoute dans les autres cas, des **indemnités kilométriques (IK)** qui s'élèvent à 0,35€/km en plaine et 0,5€/km en montagne. Le calcul de ces indemnités se fait sur la base du nombre de kilomètres parcourus pour un aller-retour entre le cabinet du professionnel et le centre, auquel on ôte 4 km pour le secteur plaine et 2 km pour le secteur montagne.

Par exemple, pour une séance de vaccination effectuée dans un centre situé en secteur plaine à 10km du cabinet de l'IDE, les indemnités de déplacements seront :

$$(10 \times 2) - 4 = 16 \text{ IK plaine auxquelles on ajoutera l'IFD, soit } (16 \times 0,35\text{€}) + 2,30\text{€} = 7,90\text{€}$$

Il convient de se rapprocher de la CPAM pour connaître les localisations en secteur plaine ou montagne.

Indemnisation des déplacements des médecins libéraux

- **Indemnité Forfaitaire de Déplacement (IFD)** applicable dans tous les cas qui s'élève à 3,50 €. Cette indemnité est la seule due quand le centre et le cabinet de l'IDE se situent dans la même agglomération.
- S'y ajoute dans les autres cas, des **indemnités kilométriques (IK)** qui s'élèvent à 0,61€/km en plaine et 0,91€ en montagne. Le calcul de ces indemnités se fait sur la base du nombre de kilomètres parcourus pour un aller-retour entre le cabinet du professionnel et le centre, auquel on ôte 4 km pour le secteur plaine et 2 km pour le secteur montagne.