

FACTURE

TRANSPORT(S) PAR

- AMBULANCE AGRÉÉE
(2 accompagnateurs, transport allongé, ou assis par nécessité médicale)
- VÉHICULE SANITAIRE LÉGER
(transport assis, avec possibilité d'assistance)

NUMÉRO DE FACTURE

DATE

Volet blanc : destiné à l'organisme de paiement
 Volet jaune : destiné à l'assuré(e) social(e)
 Volet vert : destiné au transporteur



RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURÉ(E) (1)

NUMÉRO D'IMMATRICULATION CODE ORGANISME AFFILIATION

NOM PATRONYMIQUE (nom de naissance)
 NOM D'USAGE (facultatif) nom d'époux(se), veuf(ve), divorcé, ou autre parent

PRÉNOMS

ADRESSE

NOM et ADRESSE DE L'ORGANISME DE PAIEMENT

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE TRANSPORTÉE (1)

S'agit-il d'un ACCIDENT ? OUI ► DATE NON - DROITS jusqu'au TAUX DE PRISE EN CHARGE
(voir prescription médicale)

Si la personne transportée n'est pas l'assuré(e)
 NOM PATRONYMIQUE DATE DE NAISSANCE
 PRÉNOMS

LIEN AVEC L'ASSURÉ(E) : Conjoint Enfant Personne vivant maritalement avec l'assuré(e) Autre membre de la famille

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE(S) TRANSPORT(S)

Joindre OBLIGATOIREMENT LA PRESCRIPTION MÉDICALE, quel que soit le motif du transport.

Préciser s'il y a lieu :

- HOSPITALISATION : joindre un certificat d'admission
- VÉHICULE SANITAIRE LÉGER : en cas de transport unique seulement, indiquer le nombre de malade(s) transporté(s) :
- SÉRIE, joindre obligatoirement la (les) annexe(s) à la facture S3602
- LONGUE DISTANCE

ACCORD PRÉALABLE JOINT
 ACCORD PRÉALABLE DÉJÀ TRANSMIS (série uniquement)
 NON RÉPONSE A ACCORD PRÉALABLE demandé le

DATES : (1^{er}) transport effectué le heure lieu dernier transport effectué le heure lieu

HORAIRES ne pas remplir si annexes jointes

ALLER	départ	<input type="text"/>	lieu	<input type="text"/>	heure	<input type="text"/>	lieu	<input type="text"/>
	arrivée	<input type="text"/>						
RETOUR	départ	<input type="text"/>	lieu	<input type="text"/>	heure	<input type="text"/>	lieu	<input type="text"/>
	arrivée	<input type="text"/>						

DÉNOMINATION DE L'ENTREPRISE

Numéro d'identification

En cas de transport unique seulement
 Nom du titulaire du certificat de capacité ou du conducteur du V.S.L.
 Nom du titulaire du certificat de capacité ou du conducteur du V.S.L.

Nom du second membre

Nom du second membre

Numéro minéralogique du véhicule

Numéro monéralogique du véhicule

FACTURATION

	Quantité	Prix unitaire	Montants
■ FORFAIT(S) : <input type="checkbox"/> département <input type="checkbox"/> agglomération			
majoration(s) { dimanche / férié <input type="text"/> nuit <input type="text"/>			
■ TARIF(S) KILOMÉTRIQUES :			
• normal <input type="text"/>			
• minoré <input type="text"/>			
• majoration dimanche / férié { normal <input type="text"/> minoré <input type="text"/>			
• majoration de nuit { normal <input type="text"/> minoré <input type="text"/>			
■ AUTRE(S) SUPPLÉMENT(S)			
• <input type="checkbox"/> aéroport <input type="checkbox"/> enfant prématuré <input type="checkbox"/> Centre 15, SAMU ► n° d'appel <input type="text"/>			
• autres, à préciser <input type="text"/>			

MODALITÉS DE RÈGLEMENT (cocher les cases concernées)

à signer dans tous les cas par le transporteur

DISPENSE D'AVANCE DE FRAIS totale partielle

PAIEMENT DIRECT

Fait à Signature

Le

Cette signature vaut acquit des sommes éventuellement payées par l'assuré(e)

TOTAL ①

■ ABATTEMENT (pour transports simultanés) : % de ① -

■ PÉAGE(S) nombre +
(Attention : en cas de transports simultanés, le montant des péages doit être divisé par le nombre de malades transportés)

■ BASE DE REMBOURSEMENT ②

ATTESTATION DE L'ASSURÉ(E)

à ne compléter qu'en cas de transport unique

SUBROGATION : L'ASSURÉ(E) AUTORISE LE VERSEMENT DIRECT AU TRANSPORTEUR DU MONTANT REMBOURSABLE DU TRANSPORT DÉSIGNÉ CI-DESSUS. Il s'engage, s'il y a lieu, à payer au transporteur tout ou partie de la facture en cas de refus total ou partiel de prise en charge par l'organisme d'assurance maladie.

ATTESTATION : L'ASSURÉ(E) ou la personne transportées, ou son représentant, ATTESTE DE LA RÉALITÉ ET DES CONDITIONS DU TRANSPORT DÉTAILLÉ CI-DESSUS.

Fait à Signature

Le

Part de l'organisme % x ②

Part de l'assuré(e) % x ② ③

Supplément(s) non remboursables, à détailler ④

■ SOMME PAYÉE PAR L'ASSURÉ(E) : ③ + ④ €

MONTANT TOTAL DE LA FACTURE* : ② + ④ €

(1) Se reporter à la CARTE D'ASSURANCE MALADIE
 La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations.
 (Articles L 377.1 du Code de la Sécurité Sociale, 441.1 du Code Pénal)