

FACTURE DE TRANSPORT

VEHICULE SANITAIRE LEGER (VSL) - AMBULANCE

ABA
ABG
CHI

Volet destiné à l'organisme de paiement
Volet destiné à l'assuré(e) social(e)
Volet destiné au transporteur

Date de la facture _____ N° de la facture _____

Personne transportée et assuré(e)

● Personne bénéficiaire du transport

Nom et prénom
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

Numéro d'immatriculation _____

Date de naissance _____

nom et n° du centre de paiement ou de la section mutualiste (pour les salariés) ou nom et n° de l'organisme conventionné (pour les non salariés)

● Assuré(e) *lgo rtk 'ikla personne qui bénéficie du transport n'est pas l'assuré(e)

Nom et prénom
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

Numéro d'immatriculation _____

● Ce transport est-il en rapport avec un accident causé par un tiers (hors AT/MP)? Non Oui Date de l'accident _____

Identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

Nom et prénom _____ Raison sociale _____

Identifiant _____ N° de la structure
(AM, FINES ou SIRET) _____

OU Samu-Centre 15, n° de mission _____ ● Si prescription en ligne, n° _____

Transport effectué (si transports multiples, veuillez cocher la case)

	date _____	Urgence : non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>			
Aller	lieu de prise en charge	heure du départ _____	Nbre Km _____		
	destination	heure de l'arrivée _____	_____		
	membre(s) de l'équipage	N° minéralogique du véhicule _____			
	date _____				
Retour	lieu de prise en charge	heure du départ _____	Nbre Km _____		
	destination	heure de l'arrivée _____	_____		
	membre(s) de l'équipage	N° minéralogique du véhicule _____			

Tarification

	Quantité	Montant
- 1) Forfait : départemental <input type="checkbox"/> agglomération <input type="checkbox"/> PEC <input type="checkbox"/> majoration nuit majoration samedi (à partir de 12 h)/dimanche/jour férié	_____	_____
- 2) Tarif kilométrique majoration nuit majoration samedi (à partir de 12 h)/dimanche/jour férié	_____	_____
- 3) Valorisation trajet court de jour	_____	_____
- 4) Valorisation trajet court de nuit	_____	_____
- 5) Valorisation trajet court samedi (à partir de 12 h)/dimanche/jour férié	_____	_____
- 6) Supplément : aéroport, port, gare <input type="checkbox"/> prématuré, incubateur <input type="checkbox"/> Samu-Centre 15 <input type="checkbox"/> autre (à préciser)	_____	_____
- 7) Abattement pour transport partagé [- deux patients <input type="checkbox"/> - trois patients <input type="checkbox"/>	_____	-
- 8) Péage <i>(en cas de transport partagé, le montant des péages doit être divisé par le nombre de personnes transportées)</i>	_____	_____
● BASE DE REMBOURSEMENT		① _____
Part de l'organisme _____ % x ① _____ = _____		
Part de l'assuré(e) _____ % x ① _____ = ② _____		
Supplément non remboursable (à détailler)		③ _____
Somme à payer par l'assuré(e) ② + ③ _____		
● MONTANT TOTAL DE LA FACTURE		① + ③ _____

● DISPENSE D'AVANCE DES FRAIS : totale partielle ● PAIEMENT DIRECT

Transporteur

Raison sociale _____ N° d'identification : _____

Adresse _____

Fait à _____ Le _____ Signature du transporteur _____

Attestation de l'assuré(e) (facultative si annexe remplie et signée)

L'assuré(e), le bénéficiaire du transport ou son représentant atteste de la réalisation du transport mentionné ci-dessus et de la somme réglée, le cas échéant. Il (elle) s'engage 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.

Fait à _____ Le _____ Signature _____

La loi 78.17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

La loi rend passible de pénalités financières, d'amende et/ou emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale).