

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))

Número 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))

Número 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, FINESS ou SIRET)

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

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

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

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 <input type="checkbox"/> [- deux patients <input type="checkbox"/> - trois patients <input type="checkbox"/>		-
- 8) Péage (en cas de transport partagé, le montant des péages doit être divisé par le nombre de personnes transportées)		

● BASE DE REMBOURSEMENT

Part de l'organisme _____ % x ① _____ = _____	① _____
Part de l'assuré(e) _____ % x ① _____ = ② _____	② _____
Supplément non remboursable (à détailler) _____	③ _____
Somme à payer par l'assuré(e) ② + ③ _____	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).