

(Articles L. 160-8 2° et L. 322-5 du Code de la Sécurité Sociale)

Volet blanc : destiné à l'organisme d'assurance maladie

Volet jaune : destiné à l'assuré(e)

Volet vert : destiné au transporteur

NUMERO DE FACTURE

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E) (1)

NUMERO  
D'IMMATRICULATIONCODE ORGANISME  
AFFILIATIONNOM PATRONYMIQUE  
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)NOM et ADRESSE de  
l'organisme de paiement

PRENOM

ADRESSE de l'assuré(e)

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE TRANSPORTEE (1)

S'agit-il d'un ACCIDENT ?  OUI  NON

DATE

DROITS jusqu'au

TAUX DE

PRISE EN CHARGE

%

Si la personne transportée n'est pas l'assuré(e)

NOM PATRONYMIQUE

(suivi s'il y a lieu du nom d'usage) - PRENOM

DATE DE NAISSANCE

LIEN avec l'ASSURE(E) :

 conjoint, enfant, personne vivant maritalement avec l'assuré(e), autre membre de la famille

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE TRANSPORT

NATURE

- SERIE  
 LONGUE DISTANCE  
 TRANSPORTS SIMULTANES  
 AUTRE CAS (à préciser)

Joindre l'ACCORD PREALABLE de l'organisme ou,  
à défaut de réponse, précisez la date de cette demande

▶ nombre de malades transportés

▶ NOM, Prénom à préciser

NUMERO DU PRESCRIPTEUR (sur prescription médicale)

DETAILS DU TRANSPORT :

date

ALLER {  
départ  
arrivée

heure

lieu

ATTENTE

 OUI  NONRETOUR {  
départ  
arrivée

heure

lieu

MODALITES DE REGLEMENT (cocher les cases concernées)  
à compléter par le transporteur DISPENSE D'AVANCE DE FRAIS PAIEMENT DIRECT

SIGNATURE

Le

à

Identification du transporteur

NUMERO D'AUTORISATION  
DE STATIONNEMENTNUMERO MINERALOGIQUE  
DU VEHICULE

## TARIFICATION

à compléter par le transporteur

 PRISE EN CHARGE MINIMUM DE PERCEPTION

TARIFS

 A B C D neige-verglas

COUT

(compteur)

aller en charge - retour à vide

aller-retour en charge

Suppléments remboursables (à détailler)

TOTAL

TRANSPORTS SIMULTANES : nombre de malades transportés  
(hors personne accompagnante)

BASE DE REMBOURSEMENT

①

• Part de l'organisme

% x 1

• Part de l'assuré(e)

% x 1

• Suppléments non remboursables (à détailler) ③

SOMME PAYEE PAR L'ASSURE(E)\* : ② + ③

TOTAL GENERAL\* ① + ③

## ATTESTATION SUR L'HONNEUR

L'ASSURE(E), ou la personne transportée, ou son représentant, ATTESTE SUR L'HONNEUR L'EXACTITUDE DE TOUS CES RENSEIGNEMENTS. En cas de DISPENSE D'AVANCE DE FRAIS, l'assuré(e) autorise le versement 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.

Signature de l'assuré(e) ou de  
la personne transportée

Le