



Rt guet kr vkqp'b 2 f kccrg'f g'vt c pur qt v'r qwt 'r gt o kukqp'f g'vqt vlg' r qwt 'igu'gphc pvu'-'i 2 uf g'b qlpu'f g'42'cpu'j qu r kcrkr' u f gr wkr'r mu'f g'36'lqwt u

Volet à adresser à l'organisme pour remboursement avec les justificatifs nécessaires

(Articles L.162-4-1 2°, L.321-1 2°, L.322-5, L.432-1, R.322-2 et R.322-10 à R.322-10-8. T082/38"gv'F084/39"Kdu Code de la sécurité sociale)

L)gphc'pvbénéficiaire du transport et l'assuré(e)

Gphc'pvbénéficiaire du transport (les nom et prénom de l'enfant sont à compléter obligatoirement par le prescripteur)

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

adresse

Assuré(e) (à remplir si l'enfant qui bénéficie du transport n'est pas l'assuré)

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 ? non [ ] "qw" date de l'accident

La prescription médicale

Rgt o kukqp'f g'vqt vlg

- r t'ekugl 'ir'fcv'f wf'2 dw'f g'h'j qu r kcrkr'vkqp

Quel mode de transport prescrivez-vous au regard de l'état de santé et d'autonomie de votre patient ?

- transport en ambulance justifié par la nécessité (cochez la(les) case(s) correspondante(s)) : d'être en position allongée ou demi-assise [ ] d'une surveillance par une personne qualifiée [ ] d'administration d'oxygène [ ] d'un brancardage ou d'un portage [ ] d'une asepsie rigoureuse [ ] - transport assis professionnalisé (VSL, taxi conventionné) [ ] L'état de santé du patient n'est pas compatible avec un transport partagé, cochez la case [ ] Wp'tc pur qt v'r qwt 'r cv'epv'«'b qd'kr'2 't'2 f vk'g'f cpu'v'qp 'h'w'g'v'kr'v'w'p'v'gu'cf cr v' . 'eqe'j gl 'ir'ecug [ ] - moyen de transport individuel [ ] - transport en commun terrestre [ ] si l'état de santé du patient nécessite une personne accompagnante, cochez la case [ ]

Quel trajet doit effectuer le patient ? (précisez l'adresse du lieu de départ et du lieu d'arrivée, si hors domicile, ainsi que le nom de la structure de soins)

départ - domicile [ ] - autre lieu : - structure de soins : arrivée - domicile [ ] - autre lieu : - structure de soins : transport aller-retour [ ]

C's wng'lt'2 s wpeg'gv'v'w'v' s wng'r'2 t kqf g'A

- pqo dtg'f g'v'cl'gu'r'ct'v' qk'v' l'w'v'v'w'

Gzqp'2 t'cv'qp'f w'v'eng'v'b qf'2 t'cv'gwt

- transport en lien avec une affection de longue durée avec déficience ou incapacité - ALD exonérante [ ] - transport lié à un accident du travail ou une maladie professionnelle [ ] date de l'AT/MP

Cas particuliers d'exonération du ticket modérateur : oui [ ] non [ ]

Identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom identifiant (n° RPPS) date signature raison sociale adresse n° structure (AM, FINESS ou SIRET)

Précisions pour l'utilisation de la voiture particulière ou des transports en commun

Vous envoyez ce volet avec le formulaire "demande de remboursement" (réf. S3140) et les justificatifs de vos dépenses. La demande de remboursement est disponible dans votre organisme ou sur le site " www.ameli.fr " à la rubrique " formulaires " de l'espace " assurés ".

VSL, taxi conventionné, ambulance (à compléter par le transporteur et à joindre à la facture)

Raison sociale Adresse Fait à Le N° d'identification : Signature du transporteur