

(Articles L. 160-8 2°, L. 322-5 et L.322-5-1 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

▶

DATE

 NON

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)

Suppléments remboursables (à détailler)

aller en charge - retour à vide →

aller-retour en charge →

Suppléments remboursables (à détailler) →

TOTAL

 L'assuré(e) refuse le transport partagé et paie directement le transporteur sans  
dispense d'avance de fraisTRANSPORTS PARTAGES : nombre de malades transportés  
(hors personne accompagnante)

BASE DE REMBOURSEMENT → ①

• Part de l'organisme

%

x 1 →

• Part de l'assuré(e)

%

x 1 → ②

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 dési-  
gné 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