

N° 11163*03

VEHICULE SANITAIRE LEGER (VSL)

AMBULANCE

ABA
AIG
AHG

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

nom et n° du centre de paiement ou de la section mutualiste

Date de naissance

• 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, FINESS ou SIRET)

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

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

Aller	date	Urgence : non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>		
	lieu de prise en charge		heure du départ	Nbre Km
	destination		heure de l'arrivée	
	membre(s) de l'équipage	/	N° minéralogique du véhicule	
Retour	date			
	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"/> L'assuré(e) refuse le transport partagé et paie directement le transporteur sans dispense d'avance de frais <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		①
Part de l'organisme <input type="text"/> % x ① = <input type="text"/>		
Part de l'assuré(e) <input type="text"/> % x ① = ② <input type="text"/>		
Supplément non remboursable (à détailler)		③
Somme à payer par l'assuré(e) ② + ③ <input type="text"/>		
• MONTANT TOTAL DE LA FACTURE		① + ③ <input type="text"/>

• 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