

Annexe 4

ANNEXE À LA FACTURE

valant attestation de service fait

En application de l'article 7.2, cette annexe signée par le patient est transmise par l'entreprise de taxi conventionnée afin d'attester de la réalité de la réalisation du transport du patient.

Numéro de facture :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURÉ(E) Numéro de sécurité sociale : _____ Nom patronymique (nom de naissance) : Nom d'usage (facultatif) : Prénoms : Si la personne transportée n'est pas l'assuré(e) Nom patronymique : Nom d'usage (facultatif) : Prénoms :	IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE (cachet)
---	--

	DÉPART Date Heure Lieu de prise en charge	ARRIVÉE Date Heure Lieu d'arrivée en charge	NOMBRE de patients transportés	À COCHER en cas de transport réalisé pour un patient à mobilité réduite	SUPPLÉMENTS remboursables Routes payantes
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

ATTESTATION DE L'ASSURÉ(E)	
L'assuré(e), ou la personne transportée, ou son représentant légal, atteste de la réalité et des conditions du (des) transports détaillé(s) ci-dessus.	
<input type="checkbox"/> L'assuré(e) refuse le transport partagé et paie directement le transporteur sans dispense d'avance de frais.	
Fait à, le Signature	

Fait à, le

Le directeur de la caisse d'assurance maladie,

Le représentant légal de l'entreprise,