



**ANNEXE A LA FACTURE  
valant attestation de  
service fait**

N° 54003\*01

TRANSPORT(S) PAR

- AMBULANCE AGRÉÉE**  
(2 accompagnateurs, transport allongé, ou assis par nécessité médicale)
- VÉHICULE SANITAIRE LÉGER**  
(transport assis, avec possibilité d'assistance)

ASSURANCE MALADIE

NUMÉRO DE FACTURE

Volet blanc : destiné à l'organisme de paiement  
Volet jaune : destiné à l'assuré(e) social(e)  
Volet vert : destiné au transporteur

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURÉ(E) (1)**

NUMÉRO D'IMMATRICULATION \_\_\_\_\_

NOM PATRONYMIQUE  
(nom de naissance) \_\_\_\_\_

NOM D'USAGE (facultatif) nom d'épouse(s),  
veuf(ve), divorcé, ou autre parent. \_\_\_\_\_

PRÉNOMS \_\_\_\_\_

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

NOM PATRONYMIQUE, PRÉNOMS \_\_\_\_\_

NOM D'USAGE \_\_\_\_\_

**IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE**

\_\_\_\_\_

Numéro d'identification

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES TRANSPORTS**

	<u>DÉPART</u> : date - heure Lieu de prise en charge	<u>ARRIVÉE</u> : date (si différente) - heure Lieu d'arrivée en charge	Nombre de malades transportés	Nom du titulaire du certificat de capacité ou du conducteur du V.S.L. Nom du second membre d'équipage Numéro minéralogique du véhicule	Distance totale (Km)	Suppléments* (euros)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

\* A : aéroport ; B péage ; C : prématuré ; ou centre 15 ; Z : autre, à préciser :

**ATTESTATION DE L'ASSURÉ(E)**

- L'ASSURÉ(E) REFUSE LE TRANSPORT PARTAGÉ ET PAYE DIRECTEMENT LE TRANSPORTEUR SANS DISPENSE D'AVANCE DE FRAIS
- SUBROGATION : L'ASSURÉ(E) AUTORISE LE VERSEMENT DIRECT AU TRANSPORTEUR DU MONTANT REMBOURSABLE DU (DES) TRANSPORT(S) DÉSIGNÉ(S) 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.
- ATTESTATION : L'ASSURÉ(E), ou la personne transportée, ou son représentant, ATTESTE DE LA RÉALITÉ ET DES CONDITIONS DU (DES) TRANSPORT(S) DÉTAILLÉ(S) CI-DESSUS.

Fait à \_\_\_\_\_  
Le \_\_\_\_\_

Signature ►

(1) Se reporter à la Carte d'assurance maladie