FACTURE — TRANSPORT PAR TAXI POUR MOTIF MEDICAL

ASSURANCE MALADIE

(Articles L 321-1-2° et L 322-5 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

NUMÉRO DE FACTURE

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURÉ(E) (1)

NUMÉRO D'IMMATRICULATION: 1 42 06 13 XXX XXX 26

CODE ORGANISME AFFILIATION:

NOM PATRONYMIQUE (suivi, s'il y a lieu du nom d'usage): DUPONT

PRÉNOM: HENRI

ADRESSE de l'assuré(e): XXXXXXXX
13000 MARSEILLE

NOM et ADRESSE de l'organisme de paiement: CPAM 13

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE TRANSPORTÉE (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) - PRÉNOM

DATE DE NAISSANCE

LIEN avec l'ASSURÉ(E) : ☐ conjoint, ☐ enfant, ☐ personne vivant maritalement avec l'assuré(e), ☐ autre membre de la famille

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE TRANSPORT

NATURE
- ☐ SÉRIE
- ☐ LONGUE DISTANCE
- ☐ TRANSPORTS SIMULTANÉS
- ☐ AUTRE CAS (à préciser)

Joindre l'ACCORD PRÉALABLE de l'organisme ou, à défaut de réponse, précisez la date de cette demande

▶ nombre de malades transportés

▶ NOM, Prénom à préciser

NUMÉRO DU PRESCRIPTEUR (sur prescription médicale): 1 3 0 7 8 3 2 9 3

DÉTAILS DU TRANSPORT : date 0 3 0 6 2 1

		heure	lieu
ALLER	départ	10H00	DOMICILE
	arrivée	10H15	TIMONE

ATTENTE ▼ ☐ OUI ☐ NON

		heure	lieu
RETOUR	départ		
	arrivée		

MODALITÉS DE RÈGLEMENT *(cocher les cases concernées)*

à compléter par le transporteur

☐ DISPENSE D'AVANCE DE FRAIS ☒ PAIEMENT DIRECT

Le 0 7 0 6 2 1

à MARSEILLE

SIGNATURE: XXXXXXXX

Identification du transporteur

XXXXXXXX

132 xxx xxx

NUMÉRO D'AUTORISATION DE STATIONNEMENT: XXX

NUMÉRO MINÉRALOGIQUE DU VÉHICULE: XX-XXX-XX

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

L'ASSURÉ(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 désigné 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.

Le 0 7 0 6 2 1

Signature de l'assuré(e) ou de la personne transportée: XXXXXXXX

TARIFICATION

à compléter par le transporteur

☐ PRISE EN CHARGE ☐ MINIMUM DE PERCEPTION

TARIFS: ☐ A ☐ B ☒ C ☐ D ☐ neige-verglas

(1x2.12)+(9x1.46)(16.75%)

COUT (compteur)
- aller en charge - retour à vide → 15 , 26
- aller-retour en charge → ,
- Suppléments remboursables (à détailler) → 3 , 50

FORFAIT MARCHE LENTE

TOTAL 18 , 76

TRANSPORTS SIMULTANÉS : nombre de malades transportés (hors personne accompagnante) → :

BASE DE REMBOURSEMENT → ① 18 , 76

- Part de l'organisme 100 % x 1 → 18 , 76
- Part de l'assuré(e) % x 1 → ② ,
- Suppléments non remboursables (à détailler) ③ → ,

SOMME PAYÉE PAR L'ASSURÉ(E)* : ② + ③ → , €

TOTAL GENERAL* ① + ③ 18 , 76 €

(1) Se reporter à la CARTE D'ASSURANCE MALADIE

La loi 78.17 du 6.1.78 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.
La loi rend possible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations. (articles L377-1 du Code de la sécurité sociale, 441.1 du Code pénal).

CNAMTS 606-12-01

BARLERIN - UCANSS - Edition 05/2017