

ANNEXE À LA FACTURE TRANSPORT(S) PAR TAXI CONVENTIONNÉ

N° de la facture : _____ Feuillet n° : ____

Renseignements concernant la personne transportée et l'assuré(e) :

Numéro d'immatriculation : _____

Nom(s) et prénom(s) de la personne transportée :
(nom de naissance suivi si besoin du nom d'usage)

Si la personne transportée n'est pas l'assuré(e),
nom(s) et prénom(s) de l'assuré(e) :
(nom de naissance suivi si besoin du nom d'usage)

Identification de l'entreprise :

N° AM : _____

Cachet :

Renseignements concernant les trajets factures

Trajet	Départ (lieu de prise en charge du patient)		Arrivée (lieu d'arrivée en charge)	Majoration N ou F	Nb patients	Trajet seul ≥ 30 km ** ?	% abattement Transport partagé	Distance parcourue (km)	Conducteur	Immatri- culation véhicule	N°ADS	Aller ou retour à vide en lien avec hospit. ?	Tarif km (€)	Suppl. local (dont DROM) (€)	N° télé- péage	Péage (€)	TPMR ?
	Date	Heure - Adresse - Code Insee - Finess géographique*															
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	

* Si départ ou arrivée dans un établissement de la liste ouvrant droit au forfait grande ville. ** le seuil de 30 km constitue un minima, une valeur supérieure peut avoir été négociée localement avec l'organisme local d'assurance maladie.

Détail des suppléments locaux :

- ☐ 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.
- ☐ L'assuré(e) refuse le transport partagé et paie directement le transporteur sans dispense d'avance de frais.
- ☐ ATTESTATION : 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.

Fait à : _____ Le _____ Signature : _____ Impossibilité de signer : ☐