

# FACTURE DE TRANSPORT

VEHICULE SANITAIRE LEGER (VSL)  - AMBULANCE

- ABA  Volet destiné à l'organisme de paiement
- AIG  Volet destiné à l'assuré(e) social(e)
- AHG  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

Date de naissance

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

### ● 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  
Identifiant

Raison sociale  
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 )

	date <input type="text"/>	Urgence : non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>		
Aller	lieu de prise en charge .....	heure du départ <input type="text"/>	Nbre Km	
	destination .....	heure de l'arrivée <input type="text"/>	<input type="text"/>	
	membre(s) de l'équipage .....	N° minéralogique du véhicule <input type="text"/>		
	date <input type="text"/>			
Retour	lieu de prise en charge .....	heure du départ <input type="text"/>	Nbre Km	
	destination .....	heure de l'arrivée <input type="text"/>	<input type="text"/>	
	membre(s) de l'équipage .....	N° minéralogique du véhicule <input type="text"/>		

## 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	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- 2) Tarif kilométrique majoration nuit majoration samedi (à partir de 12 h)/dimanche/jour férié	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- 3) Valorisation trajet court de jour	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- 4) Valorisation trajet court de nuit	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- 5) Valorisation trajet court samedi (à partir de 12 h)/dimanche/jour férié	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- 6) Supplément : aéroport, port, gare <input type="checkbox"/> prématuré, incubateur <input type="checkbox"/> Samu-Centre 15 <input type="checkbox"/> autre (à préciser) .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- 7) Abattement pour transport partagé <input type="checkbox"/> [ - deux patients <input type="checkbox"/> - trois patients <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- 8) Péage (en cas de transport partagé, le montant des péages doit être divisé par le nombre de personnes transportées)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● BASE DE REMBOURSEMENT		① <input type="text"/>
Part de l'organisme <input type="text"/> % x ① <input type="text"/> =		<input type="text"/>
Part de l'assuré(e) <input type="text"/> % x ① <input type="text"/> =		② <input type="text"/>
Supplément non remboursable (à détailler) .....		③ <input type="text"/>
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 .....

Adresse .....

Fait à ..... Le

N° d'identification :

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

Conformément au Règlement européen n° 216/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi "informatiques et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès de votre organisme d'assurance maladie. En cas de difficulté dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatiques et des Libertés (CNIL).