

# Prescription médicale électronique de transport

## Exemplaire patient

Patient(e) : ██████████ BEATRICE  
N° de la prescription : FR 01 07P Z6Y T7G 8 Statut : **Prescrit**

**Prescription**

N° de la prescription : **FR 01 07P Z6Y T7G 8** Date de la prescription : **20/01/2017**  
Prescripteur : **A. Béatrice** N° ADELI : **xxxxxxxxxx**  
Identifiant de la structure : **991069998**  
Raison sociale :

**Bénéficiaire**

Nom de famille : ██████████ Prénom : **BEATRICE**  
Date de naissance : **01/01/1978** Rang de naissance : **1**  
N° de sécurité sociale : **x xx xx xx xxx xxx**

**Prise en charge**

**MOTIF(S) DE PRISE EN CHARGE**  
Hospitalisation (entrée/sortie)

**CONDITION(S) DE PRISE EN CHARGE**

**PRISE EN CHARGE**  
Taux de prise en charge calculé par l'Assurance Maladie à la date de prescription  
compte-tenu de ce qui a été indiqué précédemment : **65 %**

**Transport**

**Départ** :  Autre  
 Structure de soins : CENTRE AUTODIALYSE-BICHAT  
 Domicile

N° :  Type :  Voie :   
Code Postal :  Ville :  Bât/esc :

**Arrivée** :  Autre  
 Structure de soins : CH LE MANS  
 Domicile

N° :  Type :  Voie :   
Code Postal :  Ville :  Bât/esc :

Nature du transport : Aller-Retour Nombre : **1**  
Mode de transport : Transport Assis Professionnalisé

Nécessite une asepsie :  Non  
 Oui