

**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 : **xxxxxxxx**
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 : Rue(s) Voie : XAVIER BICHAT
Code Postal : 72000 Ville : LE MANS Bât/esc :
Arrivée : Autre
 Structure de soins : CH LE MANS
 Domicile
N° : 0194 Type : AVENUE Voie : RUBILLARD
Code Postal : 72037 Ville : LE MANS CEDEX 9 Bât/esc :
Nature du transport : Aller-Retour Nombre : **1**
Mode de transport : Transport Assis Professionnalisé
Nécessite une asepsie : Non
 Oui