

N° 11163*02

VEHICULE SANITAIRE LEGER (VSL) - AMBULANCE

ABA
AIG
AHG

Volet destiné à l'organisme de paiement
Volet destiné à l'assuré(e) social(e)
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 _____ Raison sociale _____

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

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	_____	_____
- 2) Tarif kilométrique majoration nuit majoration samedi (à partir de 12 h)/dimanche/jour férié	_____	_____
- 3) Valorisation trajet court de jour	_____	_____
- 4) Valorisation trajet court de nuit	_____	_____
- 5) Valorisation trajet court samedi (à partir de 12 h)/dimanche/jour férié	_____	_____
- 6) Supplément : aéroport, port, gare <input type="checkbox"/> prématuré, incubateur <input type="checkbox"/> Samu-Centre 15 <input type="checkbox"/> autre (à préciser)	_____	_____
- 7) Abattement pour transport partagé <input type="checkbox"/> - deux patients <input type="checkbox"/> - trois patients <input type="checkbox"/>	_____	- _____
- 8) Péage <i>(en cas de transport partagé, le montant des péages doit être divisé par le nombre de personnes transportées)</i>	_____	_____

● **BASE DE REMBOURSEMENT**

Part de l'organisme _____ % x ① _____ = _____

Part de l'assuré(e) _____ % x ① _____ = ② _____

Supplément non remboursable (à détailler) ③ _____

Somme à payer par l'assuré(e) ② + ③ _____

● **MONTANT TOTAL DE LA FACTURE** ① + ③ _____

● **DISPENSE D'AVANCE DES FRAIS : totale** **partielle** ● **PAIEMENT DIRECT**

Transporteur

Raison sociale N° d'identification : _____

Adresse _____

Fait à Le _____ 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 _____