FACTURE DE TRANSPORT

(Articles L.160-8 2°, L.322-5 et L.322-5-1 du Code de la Sécurité Sociale)

cerfa

N° 11163*03

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)** *(à remplir si la 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* ☐ *)*

Aller
date Urgence : non ☐ oui ☐
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 ☐ agglomération ☐ PEC ☐		
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 ☐ prématuré, incubateur ☐ Samu-Centre 15 ☐		
autre (à préciser)		
- 7) Abattement pour transport partagé : deux patients ☐ trois patients ☐		-
L'assuré(e) refuse le transport partagé et paie directement le transporteur sans dispense d'avance de frais ☐		
- 8) Péage *(en cas de transport partagé, le montant des péages doit être divisé par le nombre de personnes transportées)*		
• **BASE DE REMBOURSEMENT**		❶
Part de l'organisme % x ❶ =		
Part de l'assuré(e) % x ❶ = ❷		
Supplément non remboursable (à détailler)		❸
Somme à payer par l'assuré(e) ❷ + ❸		
• **MONTANT TOTAL DE LA FACTURE**		❶ + ❸

- **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 au 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).