

FACTURE

TRANSPORT(S) PAR

- ☐ AMBULANCE AGRÉÉE
(2 accompagnateurs, transport allongé, ou assis par nécessité médicale)
- ☐ VÉHICULE SANITAIRE LÉGER
(transport assis, avec possibilité d'assistance)

NUMÉRO DE FACTURE

DATE

Volet blanc : destiné à l'organisme de paiement
Volet jaune : destiné à l'assuré(e) social(e)
Volet vert : destiné au transporteur



RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURÉ(E) (1)

NUMÉRO
D'IMMATRICULATIONCODE ORGANISME
AFFILIATION

NOM PATRONYMIQUE
(nom de naissance)
NOM D'USAGE (facultatif) nom
d'époux(se), veuf(ve), divorcé, ou autre parent

PRÉNOMS

ADRESSE

NOM et ADRESSE DE
L'ORGANISME DE
PAIEMENT

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE TRANSPORTÉE (1)

S'agit-il d'un ACCIDENT ? ☐ OUI ► DATE☐ NON - DROITS jusqu'auTAUX DE PRISE EN CHARGE
(voir prescription médicale)

Si la personne transportée n'est pas l'assuré(e)

NOM PATRONYMIQUE
PRÉNOMS

DATE DE NAISSANCE

LIEN AVEC L'ASSURÉ(E) : ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐ Personne vivant maritalement avec l'assuré(e)☐ Autre membre de la famille

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE(S) TRANSPORT(S)

Joindre OBLIGATOIREMENT LA PRESCRIPTION MÉDICALE, quel que soit le motif du transport.

Préciser s'il y a lieu

☐ HOSPITALISATION : joindre un certificat d'admission☐ VÉHICULE SANITAIRE LÉGER : en cas de transport unique seulement, indiquer le nombre de malade(s) transporté(s) :☐ SÉRIE, joindre obligatoirement la (les) annexe(s) à la facture S3602☐ LONGUE DISTANCE☐ ACCORD PRÉALABLE JOINT☐ ACCORD PRÉALABLE DÉJÀ TRANSMIS (série uniquement)☐ NON RÉPONSE A ACCORD PRÉALABLE demandé leDATES : (1^{er}) transport effectué le

dernier transport effectué le

HORAIRES

ne pas remplir si annexes jointes

ALLER

départ

arrivée

lieu

heure

RETOUR

départ

arrivée

lieu

DÉNOMINATION DE L'ENTREPRISE

FACTURATION

Quantité Prix unitaire Montants

■ FORFAIT(S) : ☐ département ☐ agglomérationmajoration(s) { dimanche / férié
nuit

■ TARIF(S) KILOMÉTRIQUES :

• normal

• minoré

• majoration dimanche / férié

normal

minoré

• majoration de nuit

normal

minoré

■ AUTRE(S) SUPPLÉMENT(S)

• ☐ aéroport ☐ enfant prématuré ☐ Centre 15, SAMU ► n° d'appel

• autres, à préciser

MODALITÉS DE RÈGLEMENT (cocher les cases concernées)
à signer dans tous les cas par le transporteur

DISPENSE D'AVANCE DE FRAIS

PAIEMENT DIRECT

☐ totale☐ partielle☐

Fait à ►

Le ►

Signature

Cette signature vaut acquit des sommes éventuellement payées par l'assuré(e)

TOTAL ①

■ ABATTEMENT (pour transports simultanés) : % de ①

■ PÉAGE(S) nombre

(Attention : en cas de transports simultanés, le montant des péages doit être divisé par le nombre de malades transportés)

■ BASE DE REMBOURSEMENT

②

Part de l'organisme

% x ②

Part de l'assuré(e)

% x ②

Supplément(s) non remboursables, à détailler

■ SOMME PAYÉE PAR L'ASSURÉ(E) : ③ + ④

MONTANT TOTAL DE LA FACTURE* : ② + ④

ATTESTATION DE L'ASSURÉ(E)

à ne compléter qu'en cas de transport unique

☐ SUBROGATION : L'ASSURÉ(E) AUTORISE LE VERSEMENT DIRECT AU TRANSPORTEUR DU MONTANT REMBOURSABLE DU TRANSPORT DÉSIGNÉ CI-DESSUS. Il s'engage, s'il y a lieu, 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.

☐ ATTESTATION : L'ASSURÉ(E) ou la personne transportées, ou son représentant, ATTESTE DE LA RÉALITÉ ET DES CONDITIONS DU TRANSPORT DÉTAILLÉ CI-DESSUS.

Fait à ►

Le ►

Signature