

Annexe 4 – Imprimé facturation Taxi

FACTURE TRANSPORT PAR TAXI POUR MOTIF MEDICAL

ASSURANCE
MALADIE

(Articles L. 160-82° et L. 322-5 du Code de la Sécurité Sociale)

Volet blanc : destine à l'organisme d'assurance maladie
Volet jaune : destine à l'assuré(e)
Volet vert : destine au transporteur

NUMERO DE FACTURE _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E) (1)

NUMERO D'IMMATRICULATION	_____	CODE ORGANISME AFFILIATION	_____
NOM PATRONYMIQUE (surtout, s'il y a lieu du nom d'usage)	_____	NOM et ADRESSE de l'organisme de paiement	_____
PRENOM	_____		_____
ADRESSE de l'assuré(e)	_____		_____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE TRANSPORTEE (1)

S'agit-il d'un ACCIDENT? OUI NON DATE _____ DROITS jusqu'au _____ TAUX DE PRISE EN CHARGE _____ %

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

NOM PATRONYMIQUE (surtout, s'il y a lieu du nom d'usage) - PRENOM _____ 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 TRANSPORT

NATURE : SERIE, LONGUE DISTANCE, TRANSPORTS SIMULTANES, AUTRE CAS (à préciser) _____

Joindre l'ACCORD PREALABLE de l'organisme ou, à défaut de réponse, précisez la date de cette demande _____

nombre de malades transportés _____ NOM, Prénom à préciser _____

NUMERO DU PRESCRIPTEUR (sur prescription médicale) _____

DETAILS DU TRANSPORT : date _____

ALLER : départ _____ heure _____ lieu _____ ATTENTE OUI NON RETOUR : départ _____ heure _____ lieu _____

MODALITES DE REGLEMENT (cocher les cases concernées) à compléter par le transporteur

DISPENSE D'AVANCE DE FRAIS PAIEMENT DIRECT

Le _____ à _____

Signature _____

Identification du transporteur _____

NUMERO D'AUTORISATION DE STATIONNEMENT _____

NUMERO MINERALOGIQUE DU VEHICULE _____

TARIFICATION à compléter par le transporteur

PRISE EN CHARGE MINIMUM DE PERCEPTION

TARIFS : A, B, C, D, neige-verglas

COÛT (compleur) : aller en charge - retour à vide _____, aller-retour en charge _____, Suppléments remboursables (à détailler) _____

TOTAL _____

TRANSPORTS SIMULTANES : nombre de malades transportés (hors personne accompagnante) _____

BASE DE REMBOURSEMENT \rightarrow ① _____

• Part de l'organisme _____ % x 1 _____
• Part de l'assuré(e) _____ % x 1 _____
• Suppléments non remboursables (à détailler) ③ _____

SOMME PAYEE PAR L'ASSURÉ(E)* : ② + ③ _____ €

TOTAL GENERAL* ① + ③ _____ €

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

L'ASSURÉ(E), ou la personne transportée, ou son représentant, ATTESTE SUR L'HONNEUR L'EXACTITUDE DE TOUS CES RENSEIGNEMENTS. En cas de DISPENSE D'AVANCE DE FRAIS, l'assuré(e) autorise le versement 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.

Signature de l'assuré(e) ou de la personne transportée _____

Le _____

(1) Se reporter à la CARTE D'ASSURANCE MALADIE

La loi 78-17 du 6.1.78 relative à l'Informatique, aux fichiers et aux bases s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

La loi rend possible d'obtenir et/ou d'empêcher tout qu'onque se rend coupable de fautes ou de fausses déclarations (articles L. 94-17-1 du Code de la sécurité sociale, 313-1a 313-3, 433-10, 441.101 suivants du Code pénal).

ANNEXE A LA FACTURE TAXI valant attestation de service fait

En application de l'article 7.2 de la Convention Taxis du 1/2/2019, cette annexe signée par le patient est transmise par l'entreprise de taxi conventionnée afin d'attester de la réalité de la réalisation du transport du patient.

Numéro de facture :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E)

Numéro de sécurité sociale :

Nom patronymique :

Nom d'usage (facultatif) :

Prénoms :

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

Nom patronymique :

Nom d'usage (facultatif) :

Prénoms :

IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE

(cachet)

	DEPART Date Heure Lieu de prise en charge	ARRIVEE Date Heure Lieu d'arrivée en charge	Nombre de patients transportés	A Cocher en cas de transport réalisé pour un patient à mobilité réduite	Suppléments remboursables Routes payantes
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

ATTESTATION DE L'ASSURE(E)

L'assuré(e), ou la personne transportée, ou son représentant légal, atteste de la réalité et des conditions du (des) transports détaillé(s) ci-dessus.

Fait à

Le Signature