l'Assurance Maladie Doubs
Agir ensemble, protéger chacun

Numéro de Facture :

Emplacement facturette(s) agrafer ICI

ANNEXE à la FACTURE TRANSPORT (S) par TAXI

Les facturettes doivent **OBLIGATOIREMENT** être agrafées à cet emplacement

SAUF pour les forfaits
- "zone urbaine"
- "course minimum"

Dénomination de l'Entreprise

N° d'Identification :

Renseignements concernant l'assuré (e)

N° d'immatriculation :
Nom Patronymique :
Prénoms :
Nom d'usage :
Si la personne transportée n'est pas l'assuré(e) :
Nom Patronymique, Prénom :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES TRANSPORTS

	DEPART : Lieu de prise en charge	ARRIVEE : Lieu d'arrivée en charge	Nbre de malades	Cocher si TPMR	Nom Prénom du titulaire de la carte professionnelle	Kms majorés	
						Nuit	Neige
1				☐			
2				☐			
3				☐			
4				☐			
5				☐			
6				☐			

OBSERVATIONS :

ATTESTATION de L'ASSURE (E)

SUBROGATION : L'ASSURE(E) AUTORISE LE VERSEMENT DIRECT AU TRANSPORT DU MONTANT REMBOURSABLE DU (DES) TRANSPORT(S) DESIGNE(S) 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'ASSURE(E), la personne transportée, ou son représentant, ATTESTE DE LA REALITE ET DES CONDITIONS DU (DES) TRANSPORT(S) DETAILLE(S) CI-DESSUS.

Fait à le Signature