FACTURE DE TRANSPORT EN TAXI CONVENTIONNÉ

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

Volet destiné à l'organisme de paiement : ☐ Volet destiné à l'assuré(e) social(e) : ☐ Volet destiné à la société de taxi : ☐

Date de la facture : __/__/____ N° de la facture : _____ Télétransmission B2 / SEFi : ☐

Personne transportée et assuré(e)

PERSONNE BÉNÉFICIAIRE DU TRANSPORT

Nom(s) et prénom(s) : .....
(nom de naissance suivi si besoin du nom d'usage)

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(s) et prénom(s) : .....
(nom de naissance suivi si besoin du nom d'usage)

Numéro d'immatriculation : _____

Ce transport est-il en rapport avec un accident causé par un tiers ? Non : ☐ Oui : ☐ Date de l'accident : __/__/____

Identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

Nom(s) et prénom(s) : ..... Raison sociale structure : .....

N° AM : _____ Identifiant structure *(n°AM, Finess ou SIRET)* : .....

N° RPPS : _____ Si prescription en ligne, n° : .....

Transport effectué (Si transports multiples veuillez cocher la case : ☐ et renseigner l'annexe)

N° trajet	Départ (lieu de prise en charge du patient)		Arrivée (lieu d'arrivée en charge)
	Date	Heure - Adresse - Code Insee - Finess géographique*	Heure - Adresse - Code Insee - Finess géographique*
Aller			
Retour			

Trajet	Majoration N ou F	Nb patients	Trajet seul ≥ 30 km**?	% Abattement Transport-partagé	Distance parcourue (km)	Conducteur	Immatriculation véhicule	N°ADS	Aller ou retour à vide en lien avec hospit ?	Tarif km (€)	Supplément local (dont DROM) (€)	n° Télépéage	Péage (€)	TPMR ?
Aller														
Retour														

*Si départ ou arrivée dans un établissement de la liste ouvrant droit au forfait grande ville. **le seuil de 30 km constitue un minima, une valeur > peut avoir été négociée avec l'organisme local d'AM.

Détail des suppléments locaux :

Tarification - Nombre total de trajets facturés : ☐

TYPE DE FORFAIT :

☐ **FX1** : Forfait "*Prise en charge et accompagnement*"

☐ **FX2** : Forfait "*Prise en charge et accompagnement*" et Forfait "*Grande ville*"

TAUX DE PRISE EN CHARGE : ☐

	Dépense Réelle (DR) = Base de remboursement (BR)		Part organisme obligatoire (= BR x Taux de prise en charge)		Part assuré(e) (= BR - Part organisme obligatoire)	
Forfait (FX1 ou FX2)		(1)		(6)		(11)
Tarif kilométrique (KXN)		(2)		(7)		(12)
Supplément forfaitaire local (SX1)		(3)		(8)		(13)
Péage (PEA)		(4)		(9)		(14)
TPMR (TMR)		(5)		(10)		(15)

Montant total de la facture : (=(1)+(2)+(3)+(4)+(5)) ☐

Montant total de la part organisme obligatoire : (=(6)+(7)+(8)+(9)+(10)) ☐

Montant total de la part assuré(e) : (=(11)+(12)+(13)+(14)+(15)) ☐

DISPENSE D'AVANCE DES FRAIS : Totale : ☐ Partielle : ☐ PAIEMENT DIRECT : ☐

Entreprise de taxi

Raison sociale : .....

Adresse : .....

Fait à : Le

Identifiant : _____

Signature de l'entreprise de taxi :

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.

• *« L'assuré(e) refuse le transport partagé et paie directement le transporteur sans dispense d'avance de frais »* ☐.

Fait à :

Le :

Signature :

Impossibilité de signer : ☐

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).

Cnam Studio graphique 09/2025

606b-09/2025

ANNEXE À LA FACTURE TRANSPORT(S) PAR TAXI CONVENTIONNÉ

N° de la facture : ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ Feuillet n° : ⌊_⌊_⌋

Renseignements concernant la personne transportée et l'assuré(e) :

Numéro d'immatriculation : ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ ⌊_⌊_⌋

Nom(s) et prénom(s) de la personne transportée :
(nom de naissance suivi si besoin du nom d'usage) .....

Si la personne transportée n'est pas l'assuré(e),
nom(s) et prénom(s) de l'assuré(e) :
(nom de naissance suivi si besoin du nom d'usage) .....

Identification de l'entreprise :

N° AM : ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋

Cachet :

Renseignements concernant les trajets factures

Trajet	Départ (lieu de prise en charge du patient)		Arrivée (lieu d'arrivée en charge)	Majoration N ou F	Nb patients	Trajet seul ≥ 30 km ** ?	% abattement Transport partagé	Distance parcourue (km)	Conducteur	Immatri-culation véhicule	N°ADS	Aller ou retour à vide en lien avec hospit.?	Tarif km (€)	Suppl. local (dont DROM) (€)	N° télé-péage	Péage (€)	TPMR ?
	Date	Heure - Adresse - Code Insee - Finess géographique*															
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	

* Si départ ou arrivée dans un établissement de la liste ouvrant droit au forfait grande ville. ** le seuil de 30 km constitue un minima, une valeur supérieure peut avoir été négociée localement avec l'organisme local d'assurance maladie.

Détail des suppléments locaux :

☐ SUBROGATION : L'ASSURÉ(E) AUTORISE LE VERSEMENT DIRECT AU TRANSPORTEUR DU MONTANT REMBOURSABLE DU (DES) TRANSPORT(S) DÉSIGNE(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.

☐ L'assuré(e) refuse le transport partagé et paie directement le transporteur sans dispense d'avance de frais.

☐ ATTESTATION : L'ASSURÉ(E) ou la personne transportée, ou son représentant légal, ATTESTE DE LA RÉALITÉ ET DES CONDITIONS DU (DES) TRANSPORTS DÉTAILLE(S) CI-DESSUS.

Fait à : Le Signature : Impossibilité de signer : ☐

La loi rend passible d'amende ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (articles L.377 du Code de la sécurité sociale, 1047 du code rural, 441.1 du Code Pénal).