

BON DE TRANSPORT

8° 11574°06
articles L.160-8 2°, L.162-4-1 2°, L.322-3, L.432-1, R.160-8, R.322-10 R, R.322-10 à R.322-10-7, R.160-16 et D.162-17 II du Code de la sécurité sociale
pour remboursement avec les justificatifs nécessaires

La personne bénéficiaire du transport et l'assuré(e)

• **Personne bénéficiaire du transport** (les nom et prénom du bénéficiaire sont à compléter obligatoirement par le prescripteur)
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (fluctuant et s'il y a lieu))
 nom et prénom GRASSEUR Victoire
 numéro d'inscriptions 125210314010210431521
 date de naissance 12/03/1958
 adresse 14 rue des Cèdres - 40600 BISCAROSSE
nom et n° du centre de paiement ou de la section mutualiste (pour les salariés) ou nom et n° de l'organisme conventionnel (pour les non salariés)

• **Assuré(e)** (à compléter si la personne qui bénéficie du transport n'est pas l'assuré(e))
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (fluctuant et s'il y a lieu))
 nom et prénom
 numéro d'inscriptions

• Ce transport est-il en rapport avec un accident causé par un tiers ? non ☒ oui ☐ date de l'accident

la prescription médicale

1 Dans quelle situation permettant la prise en charge du transport se trouve votre patient ? (plusieurs choix possibles)
 - entrée ou sortie d'hospitalisation (complète, partielle ou ambulatoire), y compris stases de chimiothérapie, radiothérapie et hémodialyse ☒
 - transport en lien avec une affection de longue durée avec déficience ou incapacité :
 * ALD exonerante ☐ * ALD non exonerante ☐
 - transport Engagement maternité du lieu de résidence vers la maternité ou l'hébergement temporaire non médicalisé ☐
 - transport lié à un accident du travail ou une maladie professionnelle ☐ date de l'AT/MP

2 Quel mode de transport prescrivez-vous au regard de l'état de santé et d'autonomie de votre patient ?
transport en ambulance justifié si (cocher les/les cases) correspondante(s)
 - d'être en position allongée ou demi-assise ☒ d'une surveillance par une personne qualifiée ☐ d'administration d'oxygène ☐
 - d'un brancardage ou d'un portage ☐ d'une asepsie rigoureuse ☐
 - transport assis professionnalisé (VSL, taxi conventionnel) ☒
 - l'état de santé du patient n'est pas compatible avec un transport partagé, cocher la case ☐
 - un transport pour patient à mobilité réduite dans une fauteuil roulant est adapté, cocher la case ☐
 - moyen de transport individuel ☐ dans ce cas, si l'état du patient nécessite une personne accompagnante, cocher la case ☐
 - transport en commun terrestre ☐

3 Quel trajet doit effectuer le patient ? Préciser le nom et l'adresse du lieu de départ et d'arrivée si hors domicile (indiquer le nom et l'adresse de la structure de soins ou de l'hébergement temporaire non médicalisé pour l'engagement maternité)
 départ - domicile ☒ arrivée - domicile ☐
 - autre lieu :
 - structure de soins : Clinique Dupré - 52 bld du Général Leclerc - 40600 BISCAROSSE
 transport aller-retour ☒ nombre de transports identifiés

4 Urgence : appel du SAMU-centre 15 ☐ ou autres ☐ (préciser) :

5 Cas particuliers d'exonération du ticket modérateur oui ☐ non ☒
 • Ce transport est-il lié à des soins dispensés au titre d'une pension militaire d'invalidité ? oui ☐ non ☒
(article L.713-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre)

Identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom BRENCHON Juliette raison sociale Clinique Dupré
 identifiant U02345678901 adresse 52 bld du Général Leclerc
 date 12/04/2025 40600 BISCAROSSE
 n° structure 1984654321
(ou CHS ou SRS)

Précisions pour l'utilisation de la voiture particulière ou des transports en commun

Vous envoyez ce volet avec le formulaire "demande de remboursement" (réf. S3140) et les justificatifs de vos dépenses. La demande de remboursement est disponible dans votre organisme ou sur le site "www.ameli.fr" à la rubrique "formulaires" de l'espace "assurés".

VNI, taxi conventionné, ambulance ou conseil par le transporteur et à joindre à la facture

Raison sociale _____ N° d'identification : _____
 Adresse _____
 Fait à _____ Le _____ Signature du transporteur _____

Conformément au Règlement européen n° 2016/945 du 21 avril 2016 et à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant auprès de votre organisme d'assurance maladie. En cas de difficultés dans l'application de vos droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale Informatique et Libertés (CNIL).
La loi rend possible la possibilité d'association, d'association et/ou d'association qui ne sont compatibles de fraude ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages sociaux (articles 313-1 à 313-3, 433-10, 443-1 et suivants du Code pénal, article L.314-17-1 du Code de la sécurité sociale)

S3138g