

Exemplaire patient

Prescription électronique de transport

N° de la prescription : **00010003H8U7GF**

Date de la prescription : **29/03/2024**

Prescription

Prescripteur : **STAQUET VINCENT**

N° AM : **381712835**

Identifiant de la structure :

Raison Sociale :

Bénéficiaire

Nom : né(e) **WANHAM**

Prénom : **MARIE JOSEPHE**

Date de naissance : **1942-09-01**

Rang de naissance : **1**

N° de sécurité sociale : **2420990010001**

Transport

Départ : **Domicile**

5, RUE DU MAIL, 38360 SASSENAGE

Arrivée : **Autre lieu**

radiologie, 38600 FONTAINE

Nature du transport : **Aller-retour**

Nombre : **1**

Mode de transport : **Ambulance**

Nécessite : un brancardage ou un portage

Prise en charge

MOTIF(S) DE PRISE EN CHARGE

CONDITION(S) DE PRISE EN CHARGE

PRISE EN CHARGE

Taux de prise en charge calculé à titre indicatif par l'Assurance Maladie à la date de prescription compte-tenu de ce qui a été indiqué par le professionnel de santé : 100 %

Exemplaire patient à remettre au transporteur. Les données de la prescription sont transmises électroniquement à l'Assurance Maladie qui traite vos données dans le cadre de ses missions. Pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles et pour exercer vos droits, reportez-vous à <http://www.ameli.fr>