

N° 11163\*02

VEHICULE SANITAIRE LEGER (VSL) ☐

- AMBULANCE

ABA ☐  
AIG ☐  
AHG ☐Volet destiné à l'organisme de paiement ☐Volet destiné à l'assuré(e) social(e) ☐Volet destiné au transporteur ☐

Date de la facture

N° de la facture

## Personne transportée et assuré(e)

## ● Personne bénéficiaire du transport

Nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

Numéro d'immatriculation

Date de naissance

nom et n° du centre de paiement ou de la section mutualiste

## ● Assuré(e) \*l'go r'ik'la personne qui bénéficie du transport n'est pas l'assuré(e)

Nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

Numéro d'immatriculation

● Ce transport est-il en rapport avec un accident causé par un tiers (hors AT/MP) ? Non ☐ Oui ☐ Date de l'accident

## Identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

Nom et prénom

Identifiant

Raison sociale

N° de la structure

(AM, FINESS ou SIRET)

OU Samu-Centre 15, n° de mission

● Si prescription en ligne, n°

Transport effectué (si transports multiples, veuillez cocher la case ☐)

Aller	date		Urgence : non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>			
	lieu de prise en charge				heure du départ	Nbre Km
	destination				heure de l'arrivée	
	membre(s) de l'équipage				N° minéralogique du véhicule	
Retour	date					
	lieu de prise en charge				heure du départ	Nbre Km
	destination				heure de l'arrivée	
	membre(s) de l'équipage				N° minéralogique du véhicule	

## Tarification

	Quantité	Montant
- 1) Forfait : départemental <input type="checkbox"/> agglomération <input type="checkbox"/> PEC <input type="checkbox"/>		
majoration nuit		
majoration samedi (à partir de 12 h)/dimanche/jour férié		
- 2) Tarif kilométrique		
majoration nuit		
majoration samedi (à partir de 12 h)/dimanche/jour férié		
- 3) Valorisation trajet court de jour		
- 4) Valorisation trajet court de nuit		
- 5) Valorisation trajet court samedi (à partir de 12 h)/dimanche/jour férié		
- 6) Supplément : aéroport, port, gare <input type="checkbox"/> prématuré, incubateur <input type="checkbox"/> Samu-Centre 15 <input type="checkbox"/>		
autre (à préciser) .....		
- 7) Abattement pour transport partagé <input type="checkbox"/>		-
- deux patients <input type="checkbox"/>		-
- trois patients <input type="checkbox"/>		
- 8) Péage (en cas de transport partagé, le montant des péages doit être divisé par le nombre de personnes transportées)		
● BASE DE REMBOURSEMENT		①
Part de l'organisme % x ① =		
Part de l'assuré(e) % x ① = ②		
Supplément non remboursable (à détailler) .....		③
Somme à payer par l'assuré(e) ② + ③		
● MONTANT TOTAL DE LA FACTURE		① + ③

● DISPENSE D'AVANCE DES FRAIS : totale ☐ partielle ☐● PAIEMENT DIRECT ☐

## Transporteur

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

## 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.

Fait à ..... Le ..... Signature