

ANNEXE 4 - ANNEXE A LA FACTURE valant attestation de service fait

En application de l'article 7.2, cette annexe signée par le patient est transmise par l'entreprise de taxi conventionnée afin d'attester de la réalité de la réalisation du transport du patient.

Numéro de facture :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E)
 Numéro de sécurité sociale : _____
 Nom patronymique (nom de naissance) : _____
 Nom d'usage (facultatif) : _____
 Prénoms : _____
Si la personne transportée n'est pas l'assuré(e)
 Nom patronymique : _____
 Nom d'usage (facultatif) : _____
 Prénoms : _____

IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE (cachet)

	DEPART Date Heure Lieu de prise en charge	ARRIVEE Date Heure Lieu d'arrivée en charge	Nombre de patients transportés	A Cocher en cas de transport réalisé pour un patient à mobilité réduite	Suppléments remboursables Routes payantes
1					
2					
3					
4					
5					

ATTESTATION DE L'ASSURE(E)

L'assuré(e), ou la personne transportée, ou son représentant légal, atteste de la réalité et des conditions du (des) transports détaillé(s) ci-dessus.

Fait à Le Signature

Fait à....., le.....

La Directrice de la Caisse d'Assurance Maladie du Territoire de Belfort

Helga GOGUILLOT

Le représentant légal de l'entreprise,