

- 
- VOITURE PARTICULIERE
- 
- 
- TAXI (hors procédure de dispense d'avance de frais)
- 
- 
- TRANSPORT EN COMMUN

Pièce à joindre - PRESCRIPTION MEDICALE sauf pour un déplacement en transport en commun, de moins de 150 Km  
 - DOCUMENT ATTESTANT LA NECESSITE DU TRANSPORT (bulletin d'hospitalisation, feuille de soins, convocation du confrère médical ou au centre d'appareillage...)

N° 11162\*02

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E)

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE TRANSPORTE(E)

 NUMERO D'IMMATRICULATION \_\_\_\_\_  
 NOM PATRONYMIQUE (nom de naissance), NOM D'USAGE (facultatif, nom d'époux(se), veuf(ve), divorcée ou autre parent), PRENOM \_\_\_\_\_

 S'agit-il d'un ACCIDENT ?  OUI : DATE DE L'ACCIDENT \_\_\_\_\_  NON

Si la personne transportée n'est pas l'assuré(e) :

NOM PATRONYMIQUE, PRENOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_

LIEN avec L'ASSURE(E) :

- 
- conjoint
- 
- enfant
- 
- personne vivant maritalement avec l'assuré(e)
- 
- autre membre de la famille

Pour compléter ces rubriques, l'assuré(e) se reporte à sa CARTE D'ASSURANCE MALADIE

## CONDITIONS DU (DES) TRANSPORTS

## DEPENSE ENGAGEE

	DEPART : date, heure et lieu de départ en charge	ARRIVEE : date, heure et lieu d'arrivée en charge	VOITURE PARTICULIERE				TAXI, TRANSPORTS EN COMMUN (1)					
			Kilométrage	Puissance nbre CV	Péage (1)	Dépense totale (y compris les péages)	Type (2)	Réduction en %	Dépense concernant la personne transportée (réduction comprise)	Réduction en %	Dépense concernant la personne accompagnante (réduction comprise)	
1	ALLER											
2	RETOUR											
3	ALLER											
4	RETOUR											
5	ALLER											
6	RETOUR											
7	ALLER											
8	RETOUR											

TOTAL\*\* euros

TOTAL\*\* euros

TOTAL\*\* euros

Fait à \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

Signature de l'assuré(e)

[Signature]

ATTENTION : dans les cas de transports en série à longue distance, en avion, en bateau de lignes régulières, N'OMETTEZ PAS DE JOINDRE L'ACCORD PREALABLE de l'organisme ou, à défaut de réponse, précisez la date de la demande \_\_\_\_\_

TOTAL\*\* euros

## MODE DE REMBOURSEMENT

 VIREMENT A UN COMPTE POSTAL OU BANCAIRE OU DE CAISSE D'EPARGNE  
 Lors de la première demande de remboursement pour virement à un compte postal, bancaire ou de caisse d'épargne ou en cas de changement de compte, joindre le relevé d'identité correspondant.

 Autre mode de paiement

## ATTESTATION SUR L'HONNEUR

 J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus et demande le remboursement de la dépense engagée dans la limite des plafonds en vigueur.

(1) joindre les justificatifs : tickets, titres de transport  
 (2) à préciser : autobus, train, avion, bateau ou taxi (sauf facture référencée CNAMTS 606)  
 La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. L 377.1 du Code de la Sécurité Sociale, L 441.1 du Code P énal).

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données concernant l'assuré auprès de son organisme d'assurance maladie.