

- 
- 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\*01

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E)**

NUMERO D'IMMATRICULATION

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

ADRESSE

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE TRANSPORTE(E)**

 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 : \_\_\_\_\_

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)	euros*	Dépense totale (y compris les péages) euros*	Type (2)	Réduction en %	Dépense concernant la personne transportée (réduction comprise) euros*	Réduction en %	Dépense concernant la personne accompagnante (réduction comprise) euros*		
1	ALLER													
2	RETOUR													
3	ALLER													
4	RETOUR													
5	ALLER													
6	RETOUR													
7	ALLER													
8	RETOUR													

**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

 Fait à \_\_\_\_\_  
 Le \_\_\_\_\_

TOTAL\*\* francs euros

francs euros

francs euros

**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.

\*Si les montants sont exprimés en euros, cochez la case. Si les montants sont exprimés en francs, la case reste vierge. Indiquez les montants dans la monnaie utilisée pour régler les dépenses.

\*\*Indiquez le total des dépenses pour chaque unité monétaire, si les deux unités coexistent sur ce formulaire.

Signature de l'assuré(e)

**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\*\* francs euros