



ETAT DE FRAIS

TRANSPORT(S) POUR MOTIF MEDICAL EN

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

Assurance Maladie

N° 11.162*02

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...)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE TRANSPORTE(E)

NUMERO D'IMMATRICULATION

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

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

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

NOM PATRONYMIQUE, PRENOM :

ADRESSE

DATE DE NAISSANCE

LIEN avec L'ASSURE(E) :

conjoint enfant autre membre de la famille

personne vivant maritalement avec l'assuré(e)

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

CONDITIONS DU (DES) TRANSPORTS

DEPENDSE 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)		Dépense concernant la personne transportée (réduction comprise)	Dépense concernant la personne accompagnante (réduction comprise)
			Kilométrage	Puissance nbre CV	Péage (f)	Dépense totale (y compris les péages)		
1	ALLER							
2	RETOUR							
3	ALLER							
4	RETOUR							
5	ALLER							
6	RETOUR							
7	ALLER							
8	RETOUR							
			TOTAL**	euros	TOTAL**	euros	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.

Signature de l'assuré(e)

Fait à _____
Le _____

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

(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. enal).

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.