



COORDONNÉES DE FACTURATION  
Veuillez préciser le destinataire de facturation



PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE ASSURÉE  
PAR L'HÔPITAL / LA RÉSIDENCE

OU

PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE ASSURÉE  
PAR LE PATIENT / LA FAMILLE / LE GEST. BIENS

Hôpital / Résidence : .....

Code Postal : .....

Localité : .....

Contact facturation : .....

Nom & Prénom: .....

Adresse [domicile]: ..... n° : .....

Code Postal : .....

Localité : .....

étiquette du patient

Autres infos du patient

n° de mutuelle : .....  
[ si pas repris sur l'étiquette ]

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Téléphone [contact] : .....

E-mail : .....



« Je soussigné(e), ....., docteur en médecine, certifie que, pour raisons médicales,

Mr / Mme ..... doit être transporté(e) obligatoirement par :

- Ambulance TNUP (TMS)
- Ambulance paramédicalisée
- Ambulance médicalisée
- V.S.L. (patient valide)
- V.S.L. adapté / T.P.M.R.
- Apport en oxygène
- Avec accompagnement
- Isolement [motif : .....]  
ex. MRSA, etc...

... pour y subir (indiquez le type d'examen) : ..... »



Transport en date du : ..... / ..... / .....

→ Lieu de départ : .....

→ Lieu d'arrivée : .....

Transfert

Aller

Aller/Retour

Retour

Sortie Hospitalisation



[ signature et cachet du médecin ]

Fait à .....,

le ..... / ..... / .....