

la personne bénéficiaire du transport et l'assuré(e)

• **Personne bénéficiaire du transport** (les nom et prénom du bénéficiaire sont à compléter obligatoirement par le prescripteur)

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif) et s'il y a lieu)

Gras Jeanine

numéro d'immatriculation

nom et n° du centre de paiement ou de la section
mutualiste (pour les salariés) ou nom et n° de
l'organisme conventionné (pour les non salariés)

date de naissance

adresse

• **Assuré(e)** (à remplir si la personne qui bénéficie du transport n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif) et s'il y a lieu)

numéro d'immatriculation

• Ce transport est-il en rapport avec un accident causé par un tiers ? non oui date de l'accident

la prescription médicale

① **Dans quelle situation permettant la prise en charge du transport se trouve votre patient ?** (plusieurs choix possibles)

- entrée ou sortie d'hospitalisation (complète, partielle ou ambulatoire), y compris séances de chimiothérapie, radiothérapie et hémodialyse
- transport en lien avec une affection de longue durée avec déficience ou incapacité - ALD exonérante ALD non exonérante
- transport lié à un accident du travail ou une maladie professionnelle date de l'AT/MP

② **Quel mode de transport prescrivez-vous au regard de l'état de santé et d'autonomie de votre patient ?**

- transport en ambulance justifié par la nécessité (cochez la(les) case(s) correspondante(s)) :
 - d'être en position allongée ou demi-assise d'une surveillance par une personne qualifiée d'administration d'oxygène
 - d'un brancardage ou d'un portage d'une asepsie rigoureuse
 - transport assis professionnalisé (VSL, taxi conventionné) si l'état du patient permet un transport partagé, cochez la case
 - moyen de transport individuel
 - transport en commun terrestre
- si l'état de santé du patient nécessite une personne accompagnante, cochez la case

• **Quel trajet doit effectuer le patient ?** (précisez l'adresse du lieu de départ et du lieu d'arrivée, si hors domicile, ainsi que le nom de la structure de soins)

départ

- domicile

- autre lieu :

- structure de soins :

arrivée

- domicile

- autre lieu :

- structure de soins :

Hôpital de Beaune
Mercredi 08/06transport aller-retour ③ nombre de transports itératifs④ **Urgence :** appel du SAMU-centre 15 ou autres (précisez) :⑤ **Éléments d'ordre médical** (précisez la nature de l'examen ou des soins justifiant le déplacement) et commentaires éventuels- transport vers un centre de référence dédié à la prise en charge des maladies rares ⑥ **Cas particuliers d'exonération du ticket modérateur** oui non

- Ce transport est-il lié à des soins dispensés au titre d'une pension militaire d'invalidité ? oui non
- (article L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre)

Identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

Docteur Eric PINGOT

10002149176

17, rue Notre-Dame

21630 POMMARD

Tél. 03 80 24 19 37

raison sociale

adresse

Docteur Aude PERRIERE

Médecin Généraliste Remplaçant

n° structure

(AM. PINGOT) 21 05072 9 / 10100250496

signature

identifiant

(n° RPPS)

date

03 06 2022