

La personne bénéficiaire du transport

Nom et prénom	
Nom de naissance	
N° d'immatriculation	
Date de naissance	
Adresse	

La prescription médicale de transport

- Quel trajet doit effectuer le patient?

DÉPART		ARRIVÉE	
Raison sociale		Raison sociale : Centre Hospitalier d'Ardèche Méridionale	
Adresse		Adresse : 14 - 16 Avenue de Bellande BP 50146 07205 Aubenas Cedex	
Champ d'activité	MCO SSR Psychiatrie	Champ d'activité	MCO <input checked="" type="checkbox"/> SSR <input type="checkbox"/> Psychiatrie
Unité médicale		Unité médicale	
Transport aller-retour		Date :	Heure :

- Quel est le motif du transport ?

Hospitalisation	Séance	Nbre séances
• Le transport est inférieur à 48h (max. une nuitée)	ou supérieur à 48h	

- Quel mode de transport prescrivez-vous au regard de l'état de santé et autonomie du patient?

Transport en ambulance	Transport assis professionnalisé (VLS, taxi conventionné)
------------------------	---

Etablissement prescripteur - Centre Hospitalier d'Ardèche Méridionale

Raison sociale : Centre Hospitalier d'Ardèche Méridionale

Adresse : 14 - 16 Avenue de Bellande BP 50146 - 07205 Aubenas Cedex

SIRET : 200 011 385 00016 FINISS : 07 000 556 6

- Identifiant du prescripteur

Nom	
Prénom	
Date	Signature

Ambulance, VSL, taxi conventionné

(A compléter par le transporteur et à joindre à la facture qui doit être obligatoirement envoyée à l'établissement prescripteur)

Raison sociale	
Adresse	
N° d'identification	

Fait à	
Date	Signature

Centre Hospitalier d'Ardèche Méridionale
SIRET 200 011 385 00016 – APE 8610Z
14 – 16 Avenue de Bellande - BP 50146
07205 AUBENAS CEDEX