



Transfert d'un patient hospitalisé vers un autre établissement de santé

Prescription médicale de transport

(Articles L. 162-21-2 et D. 162-17 et suivants du Code de la sécurité sociale)

Formulaire
réservé aux
établissements
de santé

COMMANDE N° : _____

À RETOURNER À L'ÉTABLISSEMENT PRESCRIPTEUR

ÉTABLISSEMENT PRESCRIPTEUR

Raison sociale : Home Santé

Adresse : 274, avenue Nina Simone - 34000 MONTPELLIER

N° SIRET : 51764863000013 - N° FINESS EJ : 340018175 - N° FINESS ET : 340017847

IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR

Nom : _____

Prénom : _____

Identifiant

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(N° AM ou RPPS)

Signature : _____

Date

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PERSONNE BÉNÉFICIAIRE DU TRANSPORT

Nom : _____

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

Prénom : _____

N° d'immatriculation

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Date de naissance

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PRESCRIPTION MÉDICALE DE TRANSPORT

QUEL TRAJET DOIT EFFECTUER LE PATIENT ?

DÉPART

Raison sociale : Home Santé

Adresse : 274, avenue Nina Simone

34000 MONTPELLIER

Champ d'activité : ☐ MCO ☐ SSR ☐ Psychiatrie ☒ HAD

Unité médicale : _____

Horaire de départ souhaité : _____

☐ Transport aller-retour

ARRIVÉE

Raison sociale : _____

Adresse : _____

Champ d'activité : ☐ MCO ☐ SSR ☐ Psychiatrie ☐ HAD

Unité médicale : _____

Horaire d'arrivée souhaité : _____

QUEL TRAJET DOIT EFFECTUER LE PATIENT ?

☐ Consultation ☐ Hospitalisation ☐ Séances de radiothérapie, chimiothérapie ou dialyse ☐ Dialyse hors centre

LE TRANSFERT EST-IL ☐ INFÉRIEUR À 48H OU ☐ SUPÉRIEUR À 48H ?

QUEL MODE DE TRANSPORT PRESCRIVEZ-VOUS

AU REGARD DE L'ÉTAT DE SANTÉ ET D'AUTONOMIE DU PATIENT ?

☐ Transport en ambulance ☐ Transport assis professionnalisé (VSL, taxi conventionné)

AMBULANCE, VSL, TAXI CONVENTIONNÉ

(À 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 du transporteur : _____

VALIDATION DIRECTION