



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 : Clinique du Mont-Louis
Adresse : 8-10, rue de la Folie Régnault - 75011 PARIS
N° SIRET : 70204811700015 - N° FINESS EJ : 750001042 - N° FINESS ET : 750301145

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 : Clinique du Mont-Louis
Adresse : 8-10, rue de la Folie Régnault
75011 PARIS
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