

Attestation de transport

Ce document n'est pas requis pour les transports urgents (100 – Samu)

Attestation de transport (1)

Données du bénéficiaire :	ou coller une vignette bleue
N° NISS :	
Nom :	
Prénom :	
Rue : N°: Bte :	
Code postal : Localité :	
Adresse E-Mail :	
MOTIF DU TRANSPORT (*)	
<input type="checkbox"/> Une hospitalisation <input type="checkbox"/> Une hospitalisation de jour en date du : / / <input type="checkbox"/> Un examen médical ou une consultation médicale en date du : / / (Max 300 EUR par année sauf patients fortement dépendants sur base de l'attestation médicale à compléter par le médecin) (2)	<input type="checkbox"/> Un traitement médical (1) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Revalidation cardiaque <input type="checkbox"/> Rééducation des membres inférieurs <input type="checkbox"/> Suivi de greffe ou de transplantation <input type="checkbox"/> Autre :
TYPE DE TRANSPORT UTILISE : (*)	
<input type="checkbox"/> Ambulance <input type="checkbox"/> Autre (pour les transports en véhicule privé ou taxi, voir relevé à compléter au verso.)	
DECLARATION SUR L'HONNEUR	
<p>Je soussigné, déclare m'être rendu en clinique/polyclinique à/aux (1a) date(s) reprise(s) en annexe du présent document et que le(s) transport(s) mentionné(s) n'avai(en)t pas pour objet un traitement de chimiothérapie, radiothérapie ou dialyse donnant droit à une intervention INAMI.</p> <p>Signature :</p>	
ATTESTATION MEDICALE (1)	
<p>Je soussigné, Docteur en médecine, certifie que l'état de santé de l'affilié(e) dont les coordonnées sont reprises ci-dessus ne lui permet pas de se déplacer par ses propres moyens (*).</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Patient fortement dépendant <p>Ou souffrant de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ostéoporose <input type="checkbox"/> Maladie grave des yeux <input type="checkbox"/> Handicap des membres <input type="checkbox"/> Maladie neurologique invalidante <input type="checkbox"/> Poliomyélite <input type="checkbox"/> Malformations congénitales <input type="checkbox"/> Paralyse cérébrale <input type="checkbox"/> Autre : 	
Date : / /	Signature et cachet du médecin

(1) Joindre le formulaire officiel INAMI

(*) Cocher la (les) case(s) requise(s)

..... cette intervention, vous devez être en ordre de cotisation en avantages complémentaires.

Attestation de transport (2)

Volet à compléter par le transporteur (taximan ou conducteur d'une voiture privée)

Type de véhicule utilisé :.....

Date	Lieu de départ	Lieu d'arrivée	Nombre de Km Aller - retour	Montant perçu pour le transport	Signature du transporteur