

Exemplaire patient

PRESCRIPTION DE TRANSPORT

Prescription

Prescription n° **0001KPL97J0LTF** transmise et reçue le **10/12/2025**

Prescripteur

Nom : **TANTOT**

Numéro AM : **061088753**

Prénom : **ANNE MARIE**

Numéro RPPS : **10003841623**

Bénéficiaire de la prescription

Nom : **TANTOT** né(e) **FOMBONNE**

N° de sécurité sociale : **2320578646056**

Prénom : **MARIE-FRANCOISE**

Régime : **08 - Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale**

Date de naissance : **20/05/1932**

Caisse : **756 - CNMSS Assurés militaires de carrière**

Rang de naissance : **1**

Centre : **0100**

Adresse : **45, AVE DU CHATAIGNIER, 06600 ANTIBES**

Assuré de la prescription

Nom : **TANTOT** né(e) **FOMBONNE**

Prénom : **MARIE-FRANCOISE**

Rang de naissance : **1**

N° de sécurité sociale : **2320578646056**

Détails de la prescription

Trajet : **1 Aller-retour**

Lieu de départ : **Domicile - 45, AVE DU CHATAIGNIER, 06600 ANTIBES**

Lieu d'arrivée : **Structure de soins - CENTRE HOSPITALIER 06160 ANTIBES**

Mode de transport prescrit : **Transport assis professionnalisé**

La demande est liée à :

- une affectation de longue durée avec déficience ou incapacité - ALD exonérante

Taux de prise en charge calculé à titre indicatif par l'Assurance Maladie à la date de prescription compte-tenu de ce qui a été indiqué par le professionnel de santé : **100 %**

Exemplaire patient à remettre au transporteur. Les données de la prescription sont transmises électroniquement à l'Assurance Maladie qui traite vos données dans le cadre de ses missions. Pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles et pour exercer vos droits, reportez-vous à <http://www.ameli.fr>.