

CONTRAT D'ACCOMPAGNEMENT D'UN MALADE

SERVICE ETABLISSEMENTS - TRANSFERTS SANITAIRES

Tél. 02 62 40 59 43 / 02 62 40 59 33

Fax. 02 62 40 59 44

Courriel: transfertssanitaires@cgss.re

Je soussigné(e),

Nom :

Prénom

Exerçant en qualité
de

☐ Salarié – Si « OUI » indiquez le nom de l'établissement :

☐ Libéral

Déclare par la présente accepter d'accompagner un patient lors d'une évacuation sanitaire, dans le cadre des dispositions réglementaires prévues par le Code de la Sécurité Sociale, aux conditions fixées ci-dessous :

Sur le trajet suivant :

☐ REUNION / METROPOLE

☐ METROPOLE / REUNION

Sachant que mes frais de transport sont pris en charge par la Caisse Générale de Sécurité Sociale – aller et retour par avion – sur la base du tarif le plus économique, à l'exclusion de toutes autres dépenses. *

En outre, je m'engage :

- à prendre en charge le patient :

Nom :

Prénoms :

depuis le lieu de son domicile ou l'hôpital et l'accompagner jusqu'à l'Etablissement de Santé afin d'y recevoir les soins appropriés à son état ;

- à lui apporter toute assistance durant le trajet ;

- à rester à disposition de la CGSS, pour l'accompagnement éventuel d'un autre patient dans le sens retour.

Date de départ :

Date de retour :

N° de téléphone fixe :

N° de téléphone portable :

N° de pièce d'identité (PI à joindre avec le contrat) :

*** Clause d'annulation :**

Après signature de ce contrat, en cas de désistement de l'accompagnateur pour convenances personnelles, l'Assurance Maladie se réserve le droit de réclamer le remboursement des frais engagés, auprès de l'établissement sanitaire-employeur (cas du personnel médical de l'établissement accompagnant le malade), ou à défaut, directement auprès de la personne accompagnante.

Fait à Saint-Denis le,

Signature