



# FRAIS MÉDICAUX

*À Faire*

*et*

*À ne pas Faire*



# SOMMAIRE

	<u>PAGES</u>
• Feuilles de soins (médecin, pharmacie, etc.) .....	4
• Ordonnances .....	6
• C.M.U ou A.M.E. ....	8
• Déclaration de sinistre corporel .....	10
• Transport en taxi ou ambulance .....	11
• Frais d'hôpitaux / Séjours à l'étranger.....	14
• Secours sur piste.....	15
• Etats Blancs C.J.H. ....	17
• Etats Blancs AGOSPAP .....	19
• Etats Blancs AVEA La Poste .....	20

# Merci de votre attention



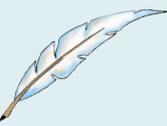
*Ces explications ont été rédigées dans le but de vous aider avant tout,*

*Mais également de favoriser la gestion des frais médicaux au retour de votre dossier directeur aux bureaux des Compagnons.*

*Afin de pouvoir refacturer les frais engagés aux comités/ familles, nous avons besoin de tous les éléments nécessaires au remboursement. Nous ne pouvons pas nous permettre de réclamer des sommes dont nous ne pouvons pas présenter de justificatifs.*

*Bien entendu, nous sommes toujours à l'écoute pour toutes questions éventuelles,*

*Bonne lecture ! ...*



# Feuilles de soins pharmacie



# À FAIRE

**cerfa** joindre la prescription sauf si renouvellement  
N° 11359\*03

**feuille de soins pharmacien ou fournisseur**  
Art. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale  
Art. L. 115 du Code des personnes militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

date 30/04/13

**PERSONNE RECEVANT les SOINS et ASSURE(E) (\*)**  
nom et prénom (suivis, s'il y a lieu, du nom de naissance) (à remplir par le pharmacien ou le fournisseur)

numéro d'immatriculation 1 0 5 0 1 9 5 5 0 0 0 8 7 1 4 code de l'organisme de rattachement en cas de dispense d'avance des frais

date de naissance J J / M M / A A A A rang de naissance, si naissances multiples A 1

**ASSURE(E)** (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))  
nom et prénom (suivis, s'il y a lieu, du nom de naissance)

numéro d'immatriculation 1 0 5 0 1 9 5 5 0 0 0 8 7 1 4

**ADRESSE de L'ASSURE(E)**  
31 RUE DE LA MARNE 95220 HERBLAY

**PHARMACIEN ou FOURNISSEUR** (à remplir par le pharmacien ou le fournisseur)

identification du pharmacien ou du fournisseur  
Pharmacie JEHAN  
Centre Commercial La Louvière  
78120 RAMBOUILLET  
TEL : 01.30.41.06.52  
782013163 OP : 5

prescripteur  
n° d'identification 780000329  
nom RAMBOUILLET HOPITAL

prestation ou traitement prescrit le 30/04/2013

entente préalable du

**CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS** (à remplir par le pharmacien ou le fournisseur)

MALADIE exonération du ticket modérateur : non  oui (si oui, cochez une case de la ligne suivante)

soins en rapport avec ALD  action de prévention  autre

accident causé par un tiers non  oui  date J J / M M / A A A A personne visée à l'art. L. 115

AT/MP numéro ou date J J / M M / A A A A

**PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES** (à remplir par le pharmacien ou le fournisseur)

CIP/NOM	Numéro	Acte/Qté/Prix	Taux Remise	Montant
3399569 DEBRIDAT BUV GLE :	785725	PH2 1x6,51	15%	6,51
3234098 MOTILIUM 1MG/ML BI	785726	PH4 1x2,97	30%	2,97
3499945 DOLIPRANE 300MG F		PH7 1x2,13	65%	2,13

QTE: 3 V: 3 en EUR

**TOUJOURS accompagnée de l'ORIGINAL de l'ORDONNANCE correspondante...**

~~DEBRIDAT Susp. Buv. Sachet (30) \*Vign. Eur. 6,51~~

~~MOTILIUM 1mg/ml Suspension buvable Flacon de 200 ml \* Vignette eur. 2,97~~

~~DOLIPRANE 300 mg 12 Sachets \*Vign. eur. 2,13~~

**PAIEMENT** (à remplir par le pharmacien ou le fournisseur)

MONTANT TOTAL en euros 1 1,61

L'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire  L'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

signature du pharmacien et du fournisseur Pharmacie JEHAN 782013163

signature de l'assuré(e)

impossible de signer

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque est coupable de fraudes ou de fausses déclarations (articles L. 114-13 du Code de la sécurité sociale et 441-1 du Code pénal). Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des prestations servies, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle. En application de la loi du 6 janvier 1978, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie.  
(\*) voir notice au verso

S 3115f

Hormis les nom(s) et prénom(s) de l'enfant, ne pas remplir les cases concernant l'enfant si elles ne sont pas renseignées.

Les vignettes ne sont plus obligatoires depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2014.

**PAS D'ORDONNANCE = AUCUN remboursement**



Feuilles de soins  
pharmacie

**NE PAS FAIRE**

**cerfa** Joindre la prescription sauf si renouvellement  
N° 11399\*04

**feuille de soins pharmacien ou fournisseur**  
Art. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale  
Art. L. 115 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

numéro de facture (facultatif) **29042013**  
date

**PERSONNE RECEVANT les SOINS et ASSURE(E)**  
PERSONNE RECEVANT les SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le pharmacien ou le fournisseur)  
nom et prénom **Thomas** (38952)  
nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu)  
numéro d'immatriculation **1570319248791**  
date de naissance **08/07/2003**

ASSURE(E) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))  
nom et prénom **Monsieur G. Stéphane**  
nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu)  
numéro d'immatriculation  
ADRESSE de L'ASSURE(E)  
**5 route de la Laverie, 62000 ARRAS -**

code de l'organisme de rattachement au sein de l'entreprise (à remplir par le pharmacien ou le fournisseur)

Vd: ET

**IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR**  
PHARMACIE MARAIS  
M & Mme MARAIS  
27 2 01982 9  
466 Rue de la Madeleine  
27130 VERNEUIL-SUR-AVRE  
PHARMACIEN REMPLACANT  
nom et prénom  
identifiant

**IDENTIFICATION de la STRUCTURE**  
dispositif de coordination de soins - réseau de santé  
Tel: 02.32.32.13.90

**IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce**  
nom et prénom **FOLEDANO JONATHAN**  
raison sociale  
identifiant **931027536**  
n° de la structure (AM, LINESS ou SBET)

**CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS**  
date de la prescription médicale **24042013** date de l'accord préalable (le cas échéant)  
MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)  
acte conforme au protocole ALD  action de prévention  autre   
accident causé par un tiers : non  oui  date

SOINS dispensés au titre de l'art. L. 115 (cf. la notice au verso : § précédé de "n°" et les recommandations importantes)

AT/MP numéro ou date

**PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES**  
tarification détaillée  
34009 3430126 1 NASONEX 50µg S NAS 120 PH4 1 x 9,64 9,64 30%  
Exo N.R. LPP

PART RD : 0,00 0  
PART AS. : 9,64 EUR  
Nb vign.: 1

**PAIEMENT**  
MONTANT TOTAL en euros **9,64**

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire  
l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

signature du pharmacien ou du fournisseur  
signature de l'assuré(e)  
impossibilité de signer

On ne peut se rendre compte de fausse ou de fautive déclaration est possible en présence d'assurés, d'amis et d'emplacement (articles 313-1, 341-1 et 441-6 du Code pénal et articles L. 114-13 et L. 162-114 du Code de la sécurité sociale).  
Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations servies, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle.  
En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie.  
IMP COSTE AUBERAS ESPHF 01-2011 S

L'assuré remplira lui-même les informations le concernant.

Vous n'êtes pas l'assuré... votre signature peut être jolie, mais n'a rien à faire ici !

En revanche, celle du pharmacien (ou au moins son tampon) serait très utile !



Fédération pour la Permanence des Soins Libérale des Yvelines  
**Maison Médicale de Garde Mobile Sud**  
 11 place George Sand - 78180 Montigny Le Bretonneux

Médecin de garde :  
**Dr Bellec Charles**



Ordonnance du :

Patient :

Né le :

Poids :

29/04 12@13

CARON Nolan

84 23kg

- ① Debridat sach  
 1 sachet matin - midi  
 et soir si spasmes 5joc
- ② Motilin  
 1 dose poids 15 minutes  
 avant les repas si nausées - 2j
- ③ Doliprane 300 - sach  
 1 sach 16H si fièvre  
 ou douleurs 3j

Appel médecin si Ø d'amélioration  
 ou aggravation et/ou 48H

**Horaires d'ouverture :**

En semaine et Samedis de 20h à 8h le lendemain, les Dimanches et fériés de 8h à 8h le lendemain.

**Conditions d'accès : appelez le 15**

L'accès n'est possible que sur prescription du médecin régulateur du Centre 15 ou des Urgences hospitalières.

Consultez notre site internet : [www.pds78.org](http://www.pds78.org)

~~Dr Charles BELLEC  
 Diplôme de Médecine Générale  
 RPPS 10100281756~~

**L'ORIGINAL**  
 des ordonnances doit  
 être  
**OBLIGATOIREMENT**  
 joint à la feuille de  
 soins de la  
 pharmacie.

L'ordonnance sert de  
 justificatif aux yeux de la  
 Sécurité Sociale.

En cas de renouvellement  
 des médicaments après le  
 séjour :

• **L'ORIGINAL...**

O



...sera remis à la famille  
 pour la poursuite des  
 soins.

• **LE DUPLICATA**  
 (et non une photocopie)

D



...sera remis aux C.J.H. afin  
 de pouvoir gérer la  
 refacturation des frais.

Ordonnances



**NE PAS  
FAIRE**

*Ne **JAMAIS** remettre les ordonnances dans les valises des enfants !*



**SAUF**, si comme dit précédemment, l'enfant a un traitement qui doit être renouvelé au-delà de la fin du séjour :

- Remettre l'original de l'ordonnance dans la valise de l'enfant,
- Garder le **DUPLICATA** et non une photocopie de l'ordonnance.

CMU - AME



À FAIRE

CMU Couverture **M**aladie **U**niverselle

AME Aide **M**édicale d'**E**tat

 Assurance  
Maladie HAUTS-DE-SEINE

Page 2/2

assuré social B/ **R**BIER AMILA  
n° de Sécurité Sociale 2 **13 06 24 322 051 63**

Attestation de droits à l'assurance maladie et à la  
couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)

Valable du 03/12/2012 au 02/06/2013 sous réserve de changement dans la situation de l'assuré

organisme de rattachement sécurité sociale	code gestion	n° de sécurité sociale de l'assuré	modulation du ticket modérateur
01 921 9231 CPAM 92 92026 NANTERRE CEDEX	89	2 <b>13 06 24 322 051 63</b>	

N°	organisme complémentaire
2	OC CPAM 113-RUE DES TROIS FONTANOT 92026 NANTERRE

Bénéficiaire(s) nom de famille suivi d'un éventuel nom d'usage	n° de sécurité sociale	né(e) le/rang	n° ordre OC	date début droit CMU-C	date fin droit CMU-C
B/ <b>R</b> BIER AMILA	2 <b>13 06 24 322 051 63</b>	01/06/2003 1	2	01/01/2012	31/12/2012
B/ <b>R</b> BIER AMILA	2 <b>13 06 24 322 051 63</b>	01/06/2003 1	2	01/01/2013	31/12/2013

Toute attestation de droits antérieure est à détruire.

Cette attestation signifie  
que l'enfant ne doit  
**RIEN**  
régler.

Montrer cette attestation  
(ainsi que l'attestation de la  
Carte Vitale) à chaque visite  
chez le médecin, pharmacien,  
etc., afin de ne rien avancer.



Souvent, les praticiens refusent de  
prendre en charge la CMU.

Dans ce cas, expliquer les raisons de ce  
refus dans un courrier qui sera envoyé  
au comité concerné et joindre une  
photocopie de ce courrier avec feuilles  
de soins et ordonnances pour retour  
aux Compagnons.

Conformément à la loi Informatique et Libertés, vous pouvez demander la rectification des informations vous concernant auprès de votre organisme gestionnaire.

CMU - AME



NE PAS  
FAIRE

- NE PAS MONTRER L'ATTESTATION CMU



- NE PAS DEMANDER DE JUSTIFICATIF AUX PRATICIENS

# Déclarations de sinistre



# À FAIRE

## DOCUMENT À REMPLIR POUR CHAQUE ACCIDENT CORPOREL D'UN ENFANT

À remettre dans la pochette E2 de l'onglet E du dossier directeur.

GRUPPEROUGE  
INTER ASSURANCE EUROPE  
BP 40660  
75826 PARIS 17<sup>e</sup>  
Police Numéro 86 911 543  
GAN EUROCOURTAGE

DECLARATION DE SINISTRE  
E3-1 -22/01/2010  
Dossier N° \_\_\_\_\_

GRUPPEROUGE  
INTER ASSURANCE EUROPE  
BP 40660  
75826 PARIS 17<sup>e</sup>  
Police Numéro 86 911 543  
GAN EUROCOURTAGE

ACCIDENT CORPOREL

ANNEE :  Date du séjour : du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

**A. Pour les PARTICIPANTS, PERSONNEL d'Encadrement ou Technique**

NOM :  Adresse : \_\_\_\_\_  
Prénom :  Téléphone : \_\_\_\_\_  
Date de Naissance :  Nom du C.E. ou du Soc Social : \_\_\_\_\_

**B. Pour les HOTELIERS (si dégradation matériel centre uniquement)**

NOM du CENTRE :  Adresse : \_\_\_\_\_

Date du sinistre :  Jour  Mois  Année   
Heure :   
Lieu :

Nature du Sinistre :  CORPOREL  MALADIE  MATERIEL  R.C. (Payer les mentions traitées)

Temoin	CIRCONSTANCES
Nom, Prénom : _____ Adresse : _____	_____
Tiers : _____ Nom, Prénom : _____ Adresse : _____	_____
PV de Police ou de Gendarmerie : _____ Etabli par : _____	_____
Nom et adresse du CENTRE de VACANCES : _____	_____
Declarant (Directeur/trice) : _____	_____
Nom, Prénom : _____	_____
Signature : _____	_____

ACCIDENTS CORPORELS : Renseignements complémentaires à fournir. Voir verso →

COMPAGNONS DES JOURS HEUREUX - 26, Rue Jean Jaurès - BP 60882 - 78108 SAINT GERMAIN EN LAYE CEDEX - Tél. 01 39 73 41 41 - Fax 01 39 73 40 46

DOCUMENTS OBLIGATOIRES :  
RADIO (à faire et à insérer dans les valises)  
LA FOURNITURE DU CERTIFICAT MEDICAL DE CONSTATATION DE BLESSURE

NATURE DES LESIONS


DIAGNOSTIC


Coordonnées du MEDECIN

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_

Coordonnées de l'HOPITAL

Nom de l'Hôpital : \_\_\_\_\_  
Service : \_\_\_\_\_  
Nom du Médecin : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_

En cas d'hospitalisation

Date d'entrée : \_\_\_\_\_ Date de sortie : \_\_\_\_\_

SI RAPATRIEMENT SANITAIRE, date du rapatriement : \_\_\_\_\_

COMPAGNONS DES JOURS HEUREUX - 26, Rue Jean Jaurès - BP 60882 - 78108 SAINT GERMAIN EN LAYE CEDEX - Tél. 01 39 73 41 41 - Fax 01 39 73 40 46



RECTO

VERSO

**Joindre OBLIGATOIREMENT à la déclaration un certificat initial de constatation (établi par le médecin)**

Ce document (fourni en plusieurs exemplaires dans l'onglet E de votre dossier directeur) est à remplir pour CHAQUE accident corporel d'un enfant.

Le renseigner au mieux et le ranger dans l'onglet E de votre dossier. Ces documents sont importants pour déclarer l'accident à notre assurance.

Ne pas remplir la déclaration nous fait perdre énormément de temps car nous devons la rédiger à votre place (en comptant le nombre de séjours que nous organisons, cela fait beaucoup).

# Transports en taxi ou ambulance



# À FAIRE

Pour tout transport en ambulance ou taxi, la prescription médicale de transport est **OBLIGATOIRE**

• Elle sera délivrée...



...sur avis médical par le médecin,

Il faut que cet enfant aille à l'hôpital !



et si il y a hospitalisation.

Ce document doit absolument être joint à la facture de transport pour que les frais puissent être remboursés.

**Volet 1 (médical) à adresser au contrôle médical sous enveloppe, à l'attention de « M. le Médecin conseil »**

**Prescription médicale de transport**  
(articles L.162-4-1-2°, L. 321-1-2°, L. 322-5, L. 432-1 et R. 322-10 et suivants du Code de la sécurité sociale)

La prescription médicale, à compléter par le médecin  
(pour plus d'information, se référer à la notice)

• **Le bénéficiaire (à compléter obligatoirement par le médecin)**  
Nom (suivi, s'il y a lieu, du nom d'époux(se)) : Laughean Edouard  
Prénom : Edouard

• **Dans quelle situation permettant la prise en charge du transport se trouve votre patient ? (plusieurs choix possibles)**  
Hospitalisation (entrée-sortie)  Soins liés à une affection de longue durée   
Nécessité d'être allongé ou sous surveillance  Soins liés à un AT/MP   
Date de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle : \_\_\_\_\_

• **Quel trajet doit effectuer le patient ? (précisez l'adresse du lieu de départ et du lieu d'arrivée ainsi que le nom de la structure de soins)**  
Cabinet médical Laughean - ch St Jean de Beaume

• Transport aller  Transport retour  Transport aller-retour   
• Transport itératif  nombre : \_\_\_\_\_  
• Ce transport est-il lié à une condition de prise en charge à 100% ? oui  non   
(grossesse de plus de 6 mois, ALD exonérante, AT/MP, autre... Se référer à la notice)  
• Quel mode de transport prescrivez-vous, en vous reportant au référentiel médical détaillé dans la notice ?  
Ambulance   
Transport assis professionnalisé (VSL, taxi)   
Transport en commun (bus, train...)  (complétez la ligne ci-dessous)  
Dans ce cas, l'état de santé du patient nécessite-t-il une personne accompagnante ? oui  non   
Moyen de transport individuel   
• Conditions particulières : nécessité d'une asepsie rigoureuse  appel du centre 15

• **Éléments d'ordre médical :**  
Précisez la nature de l'examen ou des soins justifiant le déplacement  
traumatisme crânien  
Commentaires éventuels : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(si cachet, merci de le reporter sur les 2 volets)  
Etablie le 21/10/13  
Identification du médecin et, le cas échéant, de l'établissement et signature du médecin  
Docteur Franck CHIellino  
73 1 02584  
43 rue de Jandus  
73480 Laughean

Les renseignements administratifs, à compléter par l'assuré(e) ou son représentant

• **Merci de compléter ces informations à l'aide de la carte vitale ou de l'attestation**  
Le numéro d'immatriculation de l'assuré(e) : \_\_\_\_\_  
Les nom et prénom de l'assuré(e) (à remplir si le bénéficiaire n'est pas l'assuré(e)) : \_\_\_\_\_  
et le code de son organisme de rattachement : \_\_\_\_\_  
L'adresse du bénéficiaire du transport : \_\_\_\_\_

La loi 78.17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant. La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraude et de fausses déclarations (articles L. 114-13 du Code de la sécurité sociale, 441.1 du Code pénal).

Ucanss - Edition 05/2011 S3138c

# Transports en taxi ou ambulance SUITE



# À FAIRE

**FACTURE DE TRANSPORT - VEHICULE SANITAIRE LEGER (VSL)**  **AMBULANCE**  **ABA**  **ABG**

Date de la facture 21 02 2013 N° de la facture \_\_\_\_\_ (Volet destiné à l'organisme de paiement)

Personne transportée et assuré(e)  
 • **Personne bénéficiaire du transport** 102, rue des Halles aux Corneilles 76610 Le Havre  
 Nom et prénom (suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux(se)) VAUGHAN Edouard  
 Numéro d'immatriculation \_\_\_\_\_  
 Date de naissance 03 01 1988  
nom et n° du centre de paiement ou de la section mutualiste (pour les salariés) ou nom et n° de l'organisme conventionné (pour les non salariés)

• **Assuré(e)** (à remplir si la personne qui bénéficie du transport n'est pas l'assuré(e))  
 Nom et prénom (suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux(se)) \_\_\_\_\_  
 Numéro d'immatriculation \_\_\_\_\_

• Ce transport est-il en rapport avec un accident causé par un tiers (hors AT/MP)? Non  Oui  Date de l'accident \_\_\_\_\_

**Identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce**  
 Nom et prénom \_\_\_\_\_ Raison sociale \_\_\_\_\_  
 Identifiant \_\_\_\_\_ N° de la structure (AM, FINISS ou SIRET) \_\_\_\_\_

OU Samu-Centre 15, n° de mission \_\_\_\_\_ • Si prescription en ligne, n° \_\_\_\_\_

**Transport effectué (si transports multiples, veuillez cocher la case )**

**Aller**  
 date 21 02 2013 Urgence: non  oui   
 lieu de prise en charge Ch. Méd. Jambouzy heure de départ 16 15 Nbre Km \_\_\_\_\_  
 destination CH - S.T. Jean Jura heure de l'arrivée 17 20 55  
 membre(s) de l'équipage P. Dubonne / L. Bouché N° minéralogique du véhicule 21 21 Vx 73

**Retour**  
 date \_\_\_\_\_  
 lieu de prise en charge \_\_\_\_\_ heure de départ \_\_\_\_\_ Nbre Km \_\_\_\_\_  
 destination \_\_\_\_\_ heure de l'arrivée \_\_\_\_\_  
 membre(s) de l'équipage \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ N° minéralogique du véhicule \_\_\_\_\_

**Tarifification**

	Quantité	Montant
- 1) Forfait : départemental <input checked="" type="checkbox"/> agglomération <input type="checkbox"/> PEC <input type="checkbox"/> majoration nuit majoration samedi (à partir de 12 h)/dimanche/jour férié	1	51,30
- 2) Tarif kilométrique <u>2,15</u> majoration nuit majoration samedi (à partir de 12 h)/dimanche/jour férié	52	111,80
- 3) Valorisation trajet court de jour		
- 4) Valorisation trajet court de nuit		
- 5) Valorisation trajet court samedi (à partir de 12 h)/dimanche/jour férié		
- 6) Supplément : aéroport, port, gare <input type="checkbox"/> prématuré, incubateur <input type="checkbox"/> Samu-Centre 15 <input type="checkbox"/> autre (à préciser) _____		
- 7) Abattement pour transport partagé <input type="checkbox"/> - deux patients <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - trois patients <input type="checkbox"/>		-
- 8) Péage (en cas de transport partagé, le montant des péages doit être divisé par le nombre de personnes transportées)	1	2,03
• <b>BASE DE REMBOURSEMENT</b>		① <u>165,13</u>
Part de l'organisme % x ① = _____		
Part de l'assuré(e) % x ① = _____		
Supplément non remboursable (à détailler) _____		③ _____
Somme à payer par l'assuré(e) ② + ③ <u>165,13 €</u>		
• <b>MONTANT TOTAL DE LA FACTURE</b>		① + ③ <u>165,13</u>
• DISPENSE D'AVANCE DES FRAIS : totale <input type="checkbox"/> partielle <input type="checkbox"/>		• PAIEMENT DIRECT <input checked="" type="checkbox"/>

**Transporteur**  
 Raison sociale HAUTE MAURIDIENNE AMBULANCES N° d'identification : \_\_\_\_\_  
 Adresse \* 16 Rue du Va 73500 TERMIGNON N° d'iden. fixation 73 2 51068  
 Fait à Sourdeval Le 21 02 2013 Signature du transporteur \_\_\_\_\_

Attestation de l'assuré(e) (facultative si annexe remplie et signée)  
 L'assuré(e), le bénéficiaire du transport ou son représentant atteste de la réalisation du transport mentionné ci-dessus et de la somme réglée, le cas échéant.  
 Il(elle) s'engage à payer au transporteur tout ou partie de la facture en cas de refus total ou partiel de prise en charge par l'organisme d'assurance maladie.  
 Fait à Sourdeval Le 21 02 2013 Signature \_\_\_\_\_

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (art. 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, art. L. 114-13 et L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale)  
 La loi 78-17 du 6-1-78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant. CNAMTS 715 - mars 2012

La facture de transport doit être **OBLIGATOIREMENT** accompagnée d'une prescription médicale de transport pour se faire **REMBOURSER**.

• **Prescription médicale de transport**

→ inclure les frais d'ambulance dans les **FRAIS MÉDICAUX**,

• **Pas de prescription médicale de transport**

→ inclure les frais en **COMPTABILITÉ GÉNÉRALE**.



**Vous devez avoir l'accord préalable du Directeur de l'Association pour effectuer un transport (ambulance ou taxi) sans prescription médicale de transport.**

Transports en  
ambulance ou taxi



NE PAS  
FAIRE

- EFFECTUER UN TRANSPORT EN AMBULANCE OU EN TAXI SANS PRESCRIPTION MÉDICALE DE TRANSPORT ET SANS L'ACCORD DU SIÈGE.



Non, je ne  
suis pas  
d'accord



- ~~INCLURE LES FRAIS (en cas de transport sans prescription médicale) DANS LES FRAIS MÉDICAUX~~

## Frais d'hôpitaux



# À FAIRE

Il arrive que lorsque vous amenez un enfant/jeune à l'hôpital, les frais soient directement envoyés aux familles par ce dernier.

Certains hôpitaux refusent de remettre documents et dossier médical à une personne « étrangère » à la famille de l'enfant. La facture en faisant partie.

Pour **ABSOLUMENT éviter** ce genre de surprise aux familles...

**INSISTER auprès de l'hôpital** en expliquant que cet enfant est en séjour de vacances, sous notre responsabilité pendant ce temps, et que c'est à nous de régler les frais.

Si toutefois, vous n'avez pas pu régler les frais :

- Prévenir la famille qu'elle recevra une facture à régler (lui indiquer si possible le montant de la facture).

## Séjours à l'étranger

### La Carte Européenne d'Assurance Maladie (CEAM)

- Concerne les pays faisant partie de l'Union Européenne,
- Présenter la carte à **CHAQUE visite chez un praticien**,
- **NE DISPENSE PAS DE RÈGLEMENT** mais accélère le processus de remboursement des familles de plusieurs mois.



### Frais pharmaceutiques à l'étranger

- **UN** ticket de caisse = **UN** enfant
- Il ne doit figurer sur le ticket de caisse que les médicaments de l'enfant concerné,
- Sinon, **IMPOSSIBILITÉ DE REFACTURER** aux familles.

## Secours sur piste



# À FAIRE

En cas de secours sur piste, vérifier si les documents suivants ne sont pas dans le dossier d'inscription de l'enfant :

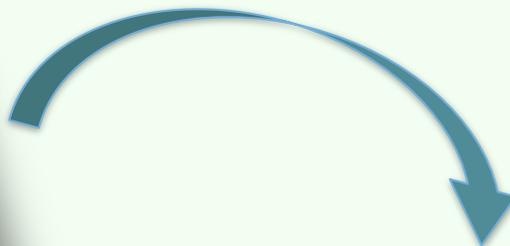
- Attestation / Carte / Certificat / Coupon NEIGE..

Présenter immédiatement ce document aux secouristes peut nous permettre de ne pas régler la facture.

Si vous réglez un secours sur piste, n'oubliez pas de demander UNE FACTURE ACQUITÉE.

Si vous ne le réglez pas, demandez à ce que la facture soit établie et envoyée au nom des COMPAGNONS DES JOURS HEUREUX et NON à la famille.

## Radiographies



Les radiographies effectuées lors des examens sont à remettre dans la valise des enfants au départ du séjour.

En aucun cas les retourner aux bureaux des Compagnons.



**ET POUR  
FINIR...**

*encore un peu de  
courage !*



# À FAIRE

**UN ÉTAT  
=  
UN COMITÉ**

Tous ces enfants font partie du même comité / mairie et ont voyagé aux mêmes dates sur le même séjour

Nom du centre ou du séjour comme indiqué sur les listes d'appel + Dates du séjour



## ÉTAT DES FRAIS MÉDICAUX

DS - MODIFICATION DL 19/11/2009

C.E - Nom : Clair de Boulogne-Billancourt

Centre : La Plagne Usaretta

INDIVIDUEL

Session : du 23.02 au 02.03.2013

PARTICIPANT		DATE	* MALADIE	* ACCIDENT	Nom du MEDECIN	Nom PHARMACIE	Nom de l'HOPITAL	Nom AMBULANCE	SECOURS S/ PISTE	DIVERS	REPORT	
NOM - PRENOM	N° DE DOSSIER											
ADRESSE										Radiographie		
<u>UNTEL Juste 5 rue de la Machine 92100 BOULOGNE - BILLANCOURT</u>		<u>27.02 2013</u>		<u>X</u>	<u>23.00</u>	<u>72.49 12.13</u>					<u>35.00</u>	
Total:					<u>23.00+</u>	<u>84.62+</u>					<u>35.00</u>	<u>142.62</u>
<u>BOTEL Clarina 37 Gd Gambetta 92100 BOULOGNE - BILLANCOURT</u>		<u>28.02 2013</u>		<u>X</u>	<u>23.00</u>	<u>13.42</u>						
Total:					<u>23.00+</u>	<u>13.42+</u>						<u>36.42</u>
<u>CARON Mathieu 124 rue de la petite Vierge 92100 BOULOGNE - BILLANCOURT</u>		<u>27.02 et 28.02</u>		<u>X</u>	<u>23.00</u>	<u>25.83</u>						
Total:					<u>46.00+</u>	<u>25.83+</u>						<u>71.83</u>
Total:					<u>92.00+</u>	<u>123.87+</u>					<u>35.00</u>	<u>250.87</u>
										TOTAL GENERAL	<u>250.87</u>	

\* Cocher la case correspondante

NOM Prénom  
Adresse Postale  
CP Ville

Écrire le plus lisiblement possible

1. Indiquez la ou les dates de visites chez le médecin,
2. Indiquez s'il s'agit d'une maladie ou d'un accident,
3. Dans les colonnes correspondantes, indiquez le montant des frais (médecin, pharmacie, etc.),
4. Indiquez les totaux par colonne, par enfant,
5. Indiquez le total des frais par enfant,
6. Puis, indiquez le total général des frais engagés.

Lorsque plusieurs pages sont nécessaires, numérotez les pages et notez les reports des pages précédentes en haut à droite du tableau. Les totaux généraux de chaque page cumulent les totaux précédents.

États Blancs



NE PAS FAIRE

- RÉUNIR TOUS LES COMITÉS SUR UN ÉTAT BLANC

C.J.H. ... C'est nous ! Mais pas le nom du centre...

Février... la première semaine ? La deuxième ? Favorisez les dates complètes

**CH** D3 - MODIFICATION DU 19/11/2009

**ÉTAT DES FRAIS MÉDICAUX**

C.E - Nom : \_\_\_\_\_

INDIVIDUEL

Centre: CJH.  
Session: Février

PARTICIPANT		N° DE DOSSIER	DATE	* MALADIE	* ACCIDENT	Nom du MEDECIN	Nom PHARMACIE	Nom de l'HOPITAL	Nom AMBULANCE	SECOURS S/ PISTE	DIVERS	REPORT
NOM - PRENOM	ADRESSE											
UNTEL Juste	Boulogne		27			23	86,62				35	
Total: + + + + + =												
Bozec Marina	Boulogne		27			23	73,47					
Total: + + + + + =												
DUPONT Céline	Naples		28			23	65,11		126			
Total: + + + + + =												
MARTIN Martin	SFR		28			57	72,19				43,29	
Total: + + + + + =												
TOTAL GENERAL												

\* Cocher la case correspondante

LES COMPAGNONS DES JOURS HEUREUX - 26 RUB JEAN JAURES - BOITE POSTALE N° 60882 - 78108 SAINT-GERMAIN EN LAYE CEDEX - Tél. : 01 39 73 41 41 - Télécopie : 01 39 73 40 46

Les « gribouillis », ce n'est pas joli ! On envoie ces tableaux aux comités comme récapitulatifs...

Vous n'avez plus d'encre ?? Ou plus de calculatrice ? ...

Le mauvais remplissage des états blancs nous oblige à en rédiger de nouveaux. Si l'on compte le nombre de séjours que nous organisons et le nombre de comités inscrits par notre biais, imaginez le nombre d'états blancs à faire ou refaire et le temps perdu en cas d'erreur !!!



**UN ÉTAT  
par PÉRIODE**

Ne pas oublier d'indiquer  
le nom de l'Assistante  
Sanitaire

Indiquer les dates précises  
du séjour

Organisme : Les  
Compagnons des  
Jours Heureux

### FRAIS MÉDICAUX Récapitulatif des dépenses

Agraffer au tableau tous les justificatifs de dépenses et les originaux des feuilles de soins et des ordonnances

Organisme  
Assistant sanitaire :

Intitulé du séjour AGOSPAP :  
Dates séjour :

Nom Prénom de l'enfant	Dates	Maladie	Accident	Médecin	Pharmacie	Hôpital	Ambulance	Secours sur piste	Divers	Total	
				€	€	€	€	€	€	€	
cadre réservé à l'Agospap											
Nom Prénom de l'enfant	Dates	Maladie	Accident	Médecin	Pharmacie	Hôpital	Ambulance	Secours sur piste	Divers	Total	
				€	€	€	€	€	€	€	
cadre réservé à l'Agospap											
Nom Prénom de l'enfant	Dates	Maladie	Accident	Médecin	Pharmacie	Hôpital	Ambulance	Secours sur piste	Divers	Total	
				€	€	€	€	€	€	€	
cadre réservé à l'Agospap											
Nom Prénom de l'enfant	Dates	Maladie	Accident	Médecin	Pharmacie	Hôpital	Ambulance	Secours sur piste	Divers	Total	
				€	€	€	€	€	€	€	
cadre réservé à l'Agospap											
										TOTAL	€

Page n°

Pour les frais médicaux de l'Agospap, **utiliser les états blancs AGOSPAP**,  
et non ceux de C.J.H.

Remettre ces Etats Blancs dans l'enveloppe marron des frais médicaux avec les justificatifs  
correspondants (feuilles de soins, ordonnances...) comme pour les autres comités.



Indiquer le code du séjour  
avec le nom correspondant  
(indiqué sur liste des  
enfants)

**Exemple : EI7073P -  
Diamant Bleu**

Indiquer les dates précises  
du séjour

Cocher s'il s'agit d'une  
maladie ou d'un accident.

Honoraire = frais médecin,  
dentiste.

NOM DE L'ORGANISME GESTIONNAIRE : Les Compagnons des Jours Heureux

AVEA LA POSTE

CACHET DU CENTRE :

CENTRE DE VACANCES DE : .....

ÉTAT RÉCAPITULATIF DES FRAIS MÉDICAUX

Session du .... / .... /2013 au .... / .... /2013

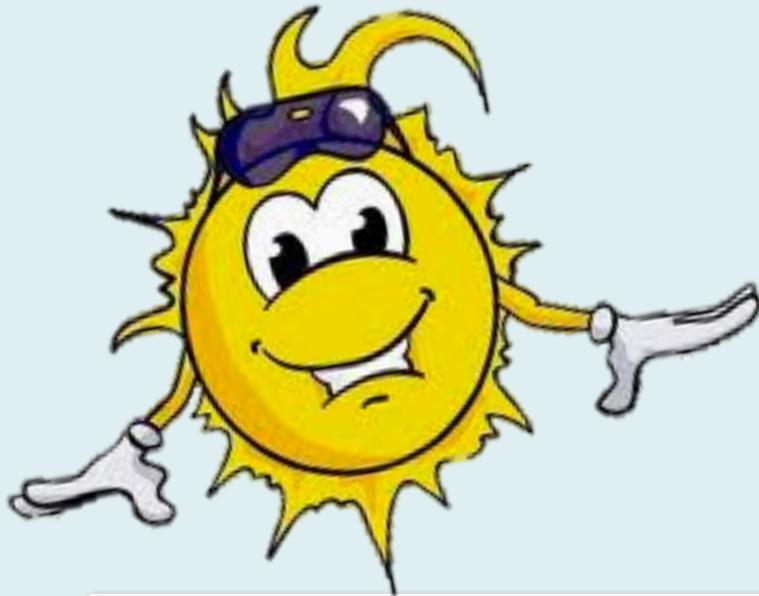
Nom et Prénom de l'enfant	Date	Maladie	Accident	Honoraire	Pharmacie	Analyse - Ambulance - Radio	Hôpital	Total des frais

\* Etablir un bordereau par relais. L'indication du relais d'origine est mentionnée sur les listes d'enfants, à droite.

Cet état est à envoyer, accompagné des feuilles de maladies, à chaque relais AVEA concerné à la fin des sessions.  
Ce sont les relais AVEA qui procèdent aux remboursements des frais médicaux avancés.  
En aucun cas, les remboursements ne doivent être réclamés directement aux familles.

Pour les frais médicaux de l'AVEA La Poste,  
**utiliser les états blancs de l'AVEA La Poste, et non ceux de C.J.H.**

Remettre ces Etats Blancs dans l'enveloppe marron des frais médicaux avec les justificatifs  
correspondants (feuilles de soins, ordonnances...) comme pour les autres comités.



Tout petit oubli entraîne souvent une grande perte de temps...

N'hésitez pas à me contacter à l'issue de la lecture de ce document pour tout renseignement complémentaire.

Merci encore de votre attention et bon séjour !

Ligne directe : 01.39.73.07.33

Courriel : [nathalie.bajart@compagnons.asso.fr](mailto:nathalie.bajart@compagnons.asso.fr)

Nathalie BAJART  
Service Inscriptions