

DÉCLARATION

Je soussigné,

Nom et Prénom de l'assuré(e) social(e) :

Immatriculé(e) à la sécurité sociale sous le numéro :

Nom et Prénom du malade :

Demeurant à

Déclare, avoir pris connaissance des dispositions réglementaires ⁽¹⁾ qui stipulent que le trajet pris en charge par la caisse de sécurité sociale est la distance parcourue entre le domicile du malade et la structure de soins la plus proche de son domicile et si, pour des considérations personnelles, je m'adresse à une autre structure de soins qui n'est pas forcément la plus proche, les frais supplémentaires résultant de mon choix sont à ma charge.

Numéro de la pièce d'identité :

Délivrée le :

A

Signature de l'assuré(e) social(e)

(1) Articles 7 et 8 du décret exécutif n°07-218 du 10 Juillet 2007 modifié et complété par le Décret exécutif n° 16-240 du 21 septembre 2016 fixant les conditions, les modalités de prise en charge et les tarifs de remboursement des frais de transport sanitaire.