DKV BELGIUM

FORMULAIRE DE TRANSPORT

Vignette mutuelle obligatoire

N° de police:
N° de Medi-Card® : 0 7 3 9 -

nom: prénom:

adresse:

localité: code postal:

Date de naissance : / /

Transport demandé par : ❑ Mutualité ❑ Hôpital ❑ Médecin ❑ Particulier ❑ 100

Lieu et heure de prise en charge :

Lieu et heure d'arrivée :

Temps d'attente facturé et cause :

❑ Non urgent ❑ Urgent ❑ Réanimation ❑ 100 ❑ Assis ❑ Couché

Remarques :

Je soussigné, *(nom et n° INAMI du médecin)*
atteste qu'il est souhaitable que Monsieur / Madame

Date de naissance : / /

adresse :

localité : code postal :

soit transporté vers le centre hospitalier suivant *(nom du centre hospitalier et commune) :*

Date du transport : / /

Le transport est :
❑ Non urgent ❑ Urgent ❑ Réanimation ❑ 100 ❑ Assis ❑ Couché

Cachet du médecin + date

Een onderneming van de ERGO verzekeringsgroep. Onderneming toegelaten onder nt. 0739 om de tak 2 -ziekte- te beoefenen. – Une entreprise du groupe d'assurances ERGO. Entreprise agréée sous le n° 0739 pour la branche 2 -maladie-.

DKV BELGIUM SA/NV | bld Bischoffsheimlaan 1-8 | 1000 Bruxelles/Brussel | tél.: 02 / 287 64 11 | fax.: 02 / 287 64 12 | contact@dkv.be | www.dkv.be | R.P.R. / R.P.M. 0414858607