

4) Facturation

Remarque : La facture est établie par JoMob et envoyée au patient, ou à son répondant / institution (selon les informations fournies). Il appartient ensuite au destinataire de la facture d'effectuer les démarches auprès de son assurance afin de demander un éventuel remboursement, selon sa situation.

Facturer au : Client Répondant / Institution Autre : _____

Adresse de facturation (si différente que celle du patient(e)) :

--

NPA / Localité :

N° de téléphone :

--	--

5) Assurance / situation (pour faciliter vos démarches de remboursement)

Remarque : JoMob facture selon ce formulaire. La prise en charge éventuelle dépend de votre assurance/organisme et de vos droits.

Assurance maladie de base (LAMal) :

N° assuré :

--	--

Assurance maladie complémentaire :

N° assuré :

--	--

Avez-vous une prise en charge Assurance Invalidité pour vos transports ?

Oui

Non

Joindre une copie de la décision

Bénéficiez-vous de prestation complémentaire d'une caisse de compensation (PC) ?

Oui

Non

6) Autorisation et consentement

JoMob traite vos données pour l'organisation des trajets et la facturation.

J'autorise JoMob à enregistrer et utiliser ces informations pour la gestion de mes transports.

En cas de besoin, JoMob peut contacter la personne de contact indiquée.

Je reconnais que JoMob ne garantit pas la prise en charge par une assurance et que les démarches de remboursement éventuel relèvent de ma responsabilité (ou de celle de mon répondant/institution).

7) Signature

Par ma signature, j'atteste que les informations fournies dans ce formulaire sont exactes, complètes et m'engage à informer JoMob de tout changement.

Lieu

Date

Signature du/de la client(e) ou représentant(e)

--	--	--

À joindre si disponible : certificat médical et tout document utile (AI/PC/LAA).