



Contacts :

+ Rapide : par courriel depuis votre espace « ameli.pro »

Par tél : 3608 du lundi au vendredi de 9h à 17h

Par courrier : Assurance maladie de la Côte d'Or -CS 34548-21045 DIJON cedex

DATE : 17 DECEMBRE 2020

REFERENCE :

Annexe I : liste des véhicules et personnels autorisés

Conformément à l'article 4 de la convention des taxis de 2019, vous avez jusqu'au

31 janvier 2021 au plus tard

pour nous retourner l'annexe 1 à la convention : état récapitulatif des véhicules et personnels autorisés (en pièce jointe).

A défaut de communication de celle-ci, la caisse procédera au **rejet des facturations des prestations réalisées.**

Attention : ne pas joindre l'annexe I dans les lots de facturation mais par tout moyen à votre convenance aux coordonnées suivantes :

**CPAM de Côte d'Or
Service RPS
CS 34548
21045 DIJON CEDEX**

[Mail : service-rps.cpam-dijon@assurance-maladie.fr](mailto:service-rps.cpam-dijon@assurance-maladie.fr)

Bonnes pratiques :

- J'envoie l'annexe I même si je l'ai fait récemment,
- J'envoie l'annexe I même si mon entreprise n'a pas connu de modifications dernièrement,
- Je note l'ensemble du personnel détenant une carte professionnelle de taxi, y compris le gérant s'il est amené à conduire un taxi,
- Je pense à joindre toutes pièces justificatives en cas de changement de véhicule (carte grise, autorisation de stationnement...), de personnels (carte professionnelle de conducteur de taxi, contrat de travail, attestation de formation....)



Retrouvez toutes les informations utiles à votre profession sur [ameli.fr](https://www.ameli.fr)

ANNEXE 1

VEHICULES ET CONDUCTEURS AUTORISES CONNUS EN DATE DU/...../.....

Conformément aux dispositions de l'article 4, ouvrent droit à remboursement par l'Assurance Maladie, dans les conditions précisées par la présente convention les transports effectués par les véhicules et conducteurs figurant dans l'état récapitulatif suivant.

L'entreprise signataire fournit à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie les informations figurant dans les tableaux suivants, accompagnées de leurs justificatifs, comme il est précisé à l'article 3.

Identification de l'entreprise

N° d'identification Assurance Maladie _____

Raison Sociale : _____

Forme Juridique : _____ N° SIRET : _____

Nom (s) et prénom (s) du ou des gérant (s) ou du locataire : _____

Adresse : _____

En cas de location, nom du titulaire de l'ADS : _____

Identification des véhicules

IMMATRICULATION de chaque véhicule conventionné de l'entreprise	N° de l'Autorisation De stationnement	COMMUNE de rattachement de l'autorisation de stationnement	DATE de délivrance de l'autorisation de stationnement	Taxi équipé TPMPR (oui/non)

Identification du taxi de remplacement

Possédez-vous un TAXI DE REMPLACEMENT ? (oui/non)	Si oui, précisez son immatriculation :

Liste des conducteurs autorisés

NOM ET PRENOM de chaque conducteur de l'entreprise	DATE ET LIEU d'obtention de la carte professionnelle de chaque conducteur	Date d'échéance de l'attestation de stage de chaque conducteur

Fait à _____, le _____

Le Directeur de la Caisse
Primaire d'Assurance Maladie

Le représentant légal de l'entreprise