

Direction Départementale de l’emploi, du travail

et des solidarités des Bouches-du-Rhône

|  |  |
| --- | --- |
|  | Marseille, le 30 mars 2023 |
|  |  |
|  |  |

BORDEREAU DE TRANSMISSION

Madame, Monsieur,

Les demandes de prise en charge par l’aide médicale état des personnes gardées à vue ne s’effectueront plus que par mail à l’adresse suivante : [martine.gros@bouches-du-rhone.gouv.fr](mailto:martine.gros@bouches-du-rhone.gouv.fr) en joignant  **une SEULE pièce jointe** avec tous les documents **ensembles** (**dans le bon sens A4** et dans l’ordre suivant):

* la fiche annexe, ci-jointe, dument remplie
* l’ordonnance
* la facture
* la réquisition
* le RIB

Ces quatre documents doivent être sur seule **UNE** pièce jointe (sinon rejeté par notre service comptabilité).

Si plusieurs gardés à vue, établir une demande par bénéficiaire avec les documents joints.

Tout dossier incomplet ou non conforme ne sera pas traité.

J’attire votre attention sur la procédure de règlement qui s’effectue **semestriellement**.

Vous en souhaitant bonne réception.

DDETS

AIDES SOCIALES

|  |  |
| --- | --- |
|  | Direction Départementale  de l’Emploi, du Travail  et des Solidarités  des Bouches-du-Rhône |

**POLE HPV**

# Lieu :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FICHE ANNEXE A LA REQUISITION JUDICIAIRE  
PROCEDURE DE PRISE EN CHARGE PAR AIDE MEDICALE ETAT (AME) DES PERSONNES PLACEES EN GARDE A VUE  
  
DECRET 2009-1026 du 25 AOUT 2009**

**- 1 - IDENTITE DU GARDE A VUE**

**Nom  :**

**Prénom :**

**Date de naissance :**

**- 2 - Date de l’ordonnance :**

**Date de la Facture :**

**Montant de la facture :**

**-3 - Si vous êtes un établissement (hôpital, pharmacie…)**

**NOM et ADRESSE :**

***N° SIRET* :**

**- 4 - si vous êtes une personne physique (médecin, infirmier…)**

**DATE ET LIEU DE NAISSANCE :**

**PROFESSIONNEL DE SANTE**

**JOINDRE CES DOCUMENTS ENSEMBLE SUR UNE SEULE PIECE JOINTE :**

**1) LA PRESENTE ANNEXE REMPLIE**

**2) LE P.V. DE REQUISITION,**

**3) LA FACTURE OU FEUILLE DE SOINS,**

**4) ORDONNANCE**

**5) RIB**

***Tout dossier incomplet ne pourra pas être traité***

**Uniquement par mail** : martine.gros@bouches-du-rhone.gouv.fr