

Tous les éléments indiqués dans cette notice sont opposables

La prise en charge de certains transports nécessite l'accord préalable du contrôle médical des caisses. Les transports concernés sont : les transports vers un lieu distant de plus de 150 km, les transports en série (le nombre de transports prescrit pour un même traitement est au moins égal à quatre au cours d'une période de deux mois et chaque transport est effectué vers un lieu distant de plus de 50 km), les transports en avion ou bateau de ligne (art. R. 322-10-4 du Code de la sécurité sociale).
L'absence de réponse dans un délai de 15 jours à compter de l'expédition de la demande vaut accord préalable, sauf urgence attestée par le médecin.

Les modalités de prise en charge des frais de transport engagés par les assurés sont définies par les articles R. 322-10 et suivants du Code de la sécurité sociale qui précisent que la prise en charge des frais de transports est subordonnée à la présentation par l'assuré de la prescription médicale de transport et d'un justificatif de transport ou d'une facture du transporteur. Les articles L. 162-4-1-2° et R. 322-10-1 du Code de la sécurité sociale font obligation au médecin de mentionner sur la prescription les éléments médicaux justifiant le déplacement et le mode de transport prescrit dans le respect du référentiel de prescription fixé par l'arrêté du 23 décembre 2006 (J.O. du 30 décembre 2006).

Dans quelle situation permettant la prise en charge du transport se trouve votre patient ?

Pour être remboursé, le transport doit répondre à l'une des situations suivantes (conformément à l'article R. 322-10-1 du Code de la sécurité sociale) :

- transport à plus de 150km,
- transport en série.

Si votre patient doit utiliser l'avion ou le bateau de ligne, le transport, pour être remboursé, doit répondre à l'une des situations suivantes (conformément à l'article R. 322-10-1 du Code de la sécurité sociale) :

- hospitalisation (complète, partielle, ambulatoire) de votre patient,
- votre patient souffre d'une affection de longue durée (ALD) et le transport est **en lien** avec cette ALD (conformément à l'article L. 324-1 du Code de la sécurité sociale),
- votre patient a été victime d'un accident du travail ou souffre d'une maladie professionnelle (AT/MP) et le transport est **en lien** avec cet AT/MP,
- votre patient doit être impérativement allongé ou sous surveillance constante.

Dans certains cas, les frais de transport peuvent être pris en charge à 100%, dans la limite des tarifs de la Sécurité sociale :

- les transports en rapport avec une affection de longue durée exonérante (sur liste ou hors liste) ou avec polyopathie invalidante,
- les transports dans le cadre d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle,
- les transports dans le cadre d'une grossesse de plus de six mois,
- les transports liés à l'hospitalisation d'un nouveau-né de moins de 30 jours,
- les transports liés aux investigations nécessaires au diagnostic de la stérilité et son traitement (articles L. 324-1 et L. 322-3-12° du Code de la sécurité sociale),
- les transports des assurés titulaires d'une pension militaire, d'une pension d'invalidité, d'une pension vieillesse substituée à une pension d'invalidité, d'une pension de veuf ou de veuve d'invalidité, d'une rente AT/MP supérieure à 66,66% (100% pour l'assuré et ses ayants droits),
- les transports des assurés relevant du régime particulier d'Alsace-Moselle,
- les transports d'urgence en cas d'hospitalisation au cours de laquelle est effectué un acte coûteux prévu au I-1 de l'article R. 322-8 du Code de la sécurité sociale,
- les transports entre 2 établissements ou entre l'établissement et le domicile en cas d'hospitalisation à domicile, lorsqu'intervient une seconde hospitalisation consécutive et en lien direct avec une première hospitalisation au cours de laquelle a été effectué un acte coûteux prévu au I-1 de l'article R. 322-8 du Code de la sécurité sociale.

Quel mode de transport prescrivez-vous, au regard de l'état de santé et d'autonomie du patient ?

Seul est pris en charge le transport le moins onéreux compatible avec l'état du malade, apprécié au regard des critères médicaux et de dépendance suivants (fixés par l'arrêté du 23 décembre 2006 - J.O. du 30 décembre 2006) :

- Si votre patient est dans l'une des situations suivantes, il convient de lui prescrire une **ambulance** :
 - il présente une déficience ou une incapacité nécessitant un transport en position obligatoirement allongée ou demi-assise,
 - il présente une déficience ou une incapacité nécessitant un transport avec surveillance par une personne qualifiée ou l'administration d'oxygène,
 - il présente une déficience ou une incapacité nécessitant un transport avec brancardage ou portage ou un transport devant être réalisé dans des conditions d'asepsie.
- Si votre patient est dans l'une des situations suivantes, il convient de lui prescrire un transport assis professionnalisé (**VSL** ou **taxi**) :
 - il présente une déficience ou incapacité physique invalidante nécessitant une aide au déplacement, technique ou humaine, mais ne nécessitant ni brancardage ni portage,
 - il présente une déficience ou une incapacité intellectuelle ou psychique nécessitant l'aide d'une tierce personne pour la transmission des informations nécessaires à l'équipe soignante en l'absence d'un accompagnant,
 - il présente une déficience nécessitant le respect rigoureux des règles d'hygiène,
 - il présente une déficience nécessitant la prévention du risque infectieux par la désinfection rigoureuse du véhicule,
 - il suit un traitement ou est atteint d'une affection pouvant occasionner des risques d'effets secondaires pendant le transport.
- Si votre patient peut se déplacer seul, sans assistance particulière, il convient de lui prescrire l'utilisation d'un **moyen de transport individuel** (son véhicule personnel, par exemple) ou les **transports en commun**.
Si l'état de santé du patient nécessite l'assistance d'un tiers, ou si le patient a moins de 16 ans, les frais de transport en commun de la personne accompagnante peuvent être pris en charge.
- Condition particulière :
 - à l'exclusion des pathologies infectieuses bénignes, si le patient présente une pathologie infectieuse avérée ou soupçonnée nécessitant la prévention du risque infectieux pour le personnel et/ou la désinfection rigoureuse du véhicule et/ou un transport devant être réalisé dans des conditions d'asepsie, le médecin prescripteur doit en avertir le transporteur en cochant la case "nécessité d'une aseptie rigoureuse".

Éléments d'ordre médical (Volet 1)

Dans cette rubrique, vous détaillez à l'attention du médecin conseil les motifs médicaux à l'origine de la prescription de transport (nature de l'examen ou des soins justifiant le déplacement). C'est dans cette rubrique que vous motivez l'orientation dans un centre de référence dédié dans le cas d'une maladie rare.

(articles L.162-4-1-2°, L. 321-1-2°, L. 322-5, L. 432-1 et R. 322-10 et suivants du Code de la sécurité sociale)

La prescription médicale, à compléter par le médecin
(pour plus d'information, se référer à la notice)

Vous utilisez ce formulaire dans les cas suivants (cochez la case correspondante à la situation de votre patient) :

Transport à plus de 150 km Transport en série (+ de 50 km, minimum 4, en 2 mois) Transport par avion ou bateau de ligne

• **Le bénéficiaire** (à compléter obligatoirement par le médecin)

Nom (suivi, s'il y a lieu, du nom d'époux (se))
Prénom

• **Si votre patient doit utiliser l'avion ou le bateau de ligne, dans quelle situation se trouve-t-il ?** (plusieurs choix possibles)

Hospitalisation (entrée-sortie) <input type="checkbox"/>	Soins liés à une affection de longue durée <input type="checkbox"/>
Nécessité d'être allongé ou sous surveillance <input type="checkbox"/>	Soins liés à un AT/MP <input type="checkbox"/>
	Date de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle <input style="width: 100px;" type="text"/>

• **Quel trajet doit effectuer le patient ?** (précisez l'adresse du lieu de départ et du lieu d'arrivée ainsi que le nom de la structure de soins)

• Transport aller Transport retour Transport aller-retour

Si transport en série, indiquez le nombre :

• **Ce transport est-il lié à une condition de prise en charge à 100% ?** oui non
(grossesse de plus de 6 mois, ALD exonérante, AT/MP, autre... Se référer à la notice)

• **Si votre patient doit utiliser un autre mode de transport que l'avion ou le bateau, quel mode de transport prescrivez-vous en vous reportant au référentiel médical détaillé dans la notice ?**

Ambulance
 Transport assis professionnalisé (VSL, taxi)
 Transport en commun (bus, train...) *(complétez la ligne ci-dessous)*
 . Dans ce cas, l'état de santé du patient nécessite-t-il **une personne accompagnante ?** oui non
 Moyen de transport individuel

• Conditions particulières : nécessité d'une asepsie rigoureuse urgence attestée par le médecin prescripteur

(si cachet, merci de le reporter sur les 3 volets)

• **Eléments d'ordre médical :**

Précisez la nature de l'examen ou des soins justifiant le déplacement :

.....

Commentaires éventuels :

.....

Etablie le ./. /. . . . à
Identification du médecin et, le cas échéant, de l'établissement et signature du médecin

Les renseignements administratifs, à compléter par l'assuré(e) ou son représentant

• **Merci de compléter ces informations à l'aide de la carte vitale ou de l'attestation**

. Le numéro d'immatriculation de l'assuré(e) :

. Les nom et prénom de l'assuré(e) (à remplir si le bénéficiaire n'est pas l'assuré(e)) :

et le code de son organisme de rattachement :

. L'adresse du bénéficiaire du transport :

Accord préalable

AVIS MEDICAL
 maladie maternité AT/MP date : ./. /. . . .
 Défavorable total
 Défavorable partiel
 Mode de transport préconisé :
 Fait le Cachet
 Signature

La prescription médicale, à compléter par le médecin *(pour plus d'information, se référer à la notice)*

Vous utilisez ce formulaire dans les cas suivants (cochez la case correspondante à la situation de votre patient) :

Transport à plus de 150 km Transport en série (+ de 50 km, minimum 4, en 2 mois) Transport par avion ou bateau de ligne

• **Le bénéficiaire** (à compléter obligatoirement par le médecin)

Nom (suivi, s'il y a lieu, du nom d'époux (se))
Prénom

• **Si votre patient doit utiliser l'avion ou le bateau de ligne, dans quelle situation se trouve-t-il ?** (plusieurs choix possibles)

Hospitalisation (entrée-sortie) <input type="checkbox"/>	Soins liés à une affection de longue durée <input type="checkbox"/>
Nécessité d'être allongé ou sous surveillance <input type="checkbox"/>	Soins liés à un AT/MP <input type="checkbox"/>
	Date de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle <input style="width: 100px;" type="text"/>

• **Quel trajet doit effectuer le patient ?** (précisez l'adresse du lieu de départ et du lieu d'arrivée ainsi que le nom de la structure de soins)

• Transport aller Transport retour Transport aller-retour
Si transport en série, indiquez le nombre :

• **Ce transport est-il lié à une condition de prise en charge à 100% ?** oui non
(grossesse de plus de 6 mois, ALD exonérante, AT/MP, autre... Se référer à la notice)

• **Si votre patient doit utiliser un autre mode de transport que l'avion ou le bateau, quel mode de transport prescrivez-vous en vous reportant au référentiel médical détaillé dans la notice ?**

Ambulance
Transport assis professionnalisé (VSL, taxi)
Transport en commun (bus, train...) *(complétez la ligne ci-dessous)*
. Dans ce cas, l'état de santé du patient nécessite-t-il **une personne accompagnante ?** oui non
Moyen de transport individuel

• Conditions particulières : nécessité d'une asepsie rigoureuse urgence attestée par le médecin prescripteur
(si cachet, merci de le reporter sur les 3 volets)

Etablie le ./. /. . . . à
**Identification du médecin et, le cas échéant, de
l'établissement et signature du médecin**

Les renseignements administratifs, à compléter par l'assuré(e) ou son représentant

• **Merci de compléter ces informations à l'aide de la carte vitale ou de l'attestation**

. Le numéro d'immatriculation de l'assuré(e) :

. Les nom et prénom de l'assuré(e) (à remplir si le bénéficiaire n'est pas l'assuré(e)) :
et le code de son organisme de rattachement :

. L'adresse du bénéficiaire du transport :

Accord préalable

AVIS MEDICAL
maladie maternité AT/MP date : ./. /. . . .
Défavorable total
Défavorable partiel
Mode de transport préconisé :
Fait le Cachet
Signature

AVIS ADMINISTRATIF
Refus (voir notification jointe)
Fait le Cachet
Signature

La prescription médicale, à compléter par le médecin *(pour plus d'information, se référer à la notice)*

Vous utilisez ce formulaire dans les cas suivants (cochez la case correspondante à la situation de votre patient) :

Transport à plus de 150 km Transport en série (+ de 50 km, minimum 4, en 2 mois) Transport par avion ou bateau de ligne

• **Le bénéficiaire** (à compléter obligatoirement par le médecin)

Nom (suivi, s'il y a lieu, du nom d'époux (se))

Prénom

• **Si votre patient doit utiliser l'avion ou le bateau de ligne, dans quelle situation se trouve-t-il ?** (plusieurs choix possibles)

Hospitalisation (entrée-sortie) <input type="checkbox"/>	Soins liés à une affection de longue durée <input type="checkbox"/>
Nécessité d'être allongé ou sous surveillance <input type="checkbox"/>	Soins liés à un AT/MP <input type="checkbox"/>
	Date de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle <input style="width: 100px;" type="text"/>

• **Quel trajet doit effectuer le patient ?** (précisez l'adresse du lieu de départ et du lieu d'arrivée ainsi que le nom de la structure de soins)

Transport aller Transport retour Transport aller-retour
Si transport en série, indiquez le nombre :

• **Ce transport est-il lié à une condition de prise en charge à 100% ?** oui non
(grossesse de plus de 6 mois, ALD exonérante, AT/MP, autre... Se référer à la notice)

• **Si votre patient doit utiliser un autre mode de transport que l'avion ou le bateau, quel mode de transport prescrivez-vous en vous reportant au référentiel médical détaillé dans la notice ?**

Ambulance
Transport assis professionnalisé (VSL, taxi)
Transport en commun (bus, train...) *(complétez la ligne ci-dessous)*
Dans ce cas, l'état de santé du patient nécessite-t-il **une personne accompagnante ?** oui non
Moyen de transport individuel

• Conditions particulières : nécessité d'une asepsie rigoureuse urgence attestée par le médecin prescripteur

(si cachet, merci de le reporter sur les 3 volets)

ATTENTION : l'absence de réponse dans un délai de 15 jours à compter de l'expédition de la demande vaut accord préalable.

En cas d'urgence attestée par le médecin prescripteur, l'accord préalable n'est pas requis.

Etablie le ./. / ./. . . . à
Identification du médecin et, le cas échéant, de l'établissement et signature du médecin

Les renseignements administratifs, à compléter par l'assuré(e) ou son représentant

• **Merci de compléter ces informations à l'aide de la carte vitale ou de l'attestation**

Le numéro d'immatriculation de l'assuré(e) :

Les nom et prénom de l'assuré(e) (à remplir si le bénéficiaire n'est pas l'assuré(e)) :
et le code de son organisme de rattachement :

L'adresse du bénéficiaire du transport :

Voiture particulière, transports en commun, taxi non conventionné	VSL, taxi conventionné, ambulance <i>(à compléter par le transporteur et à joindre à la facture)</i>
<p>Vous envoyez ce volet avec le formulaire "demande de remboursement" et les justificatifs de vos dépenses.</p> <p>La demande de remboursement est disponible dans votre organisme ou sur le site de l'Assurance Maladie www.ameli.fr à la rubrique " formulaires" de l'espace "assurés".</p>	<p>S'il y a lieu, nombre de transports :</p> <p>Transport effectué le <input style="width: 100px;" type="text"/> ou date (si connue) du dernier transport <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p style="text-align: center;">Identification et signature du transporteur</p>