

N° 50742#0(.)

ATTENTION : s'il s'agit de transports vers un lieu distant de plus de 150 km, de transports en série/CNF (103) (\*), de transport en avion ou en bateau de ligne ou de transports d'enfants ou d'adolescents vers un CAMSP ou un CMPP vous devez remplir le formulaire de "Demande d'accord préalable - prescription médicale de transport" - réf. S3139.

Ce formulaire ne doit pas être utilisé pour les prescriptions de transport inter/intra établissements de santé prises en charge sur le budget de l'établissement prescripteur sauf exceptions mentionnées au point 1. N° 10742#0(1) (décret n° 2019-1322 du 9/12/2019).

**Toutes les règles indiquées dans cette notice sont opposables et conditionnent la prise en charge du transport par l'assurance maladie. Un transport ne peut être prescrit que par un médecin ou un chirurgien-dentiste.**

Comme toute prescription de transport, celle-ci doit être remplie et signée par le prescripteur des soins. Le médecin traitant ne doit pas la remplir s'il n'est pas lui-même le prescripteur des soins concernés par le transport.

La prise en charge des frais de transport 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.

Le praticien doit mentionner sur la prescription les éléments d'ordre médical précisant le motif du déplacement et justifiant le mode de transport prescrit.

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 fixés dans le référentiel de prescription des transports (arrêté du 23 décembre 2006 - J.O. du 30 décembre 2006).

## 1 Quelles sont les situations qui permettent la prise en charge des frais de transport ?

Pour être remboursé, le transport doit, sauf particularité du transport en ambulance (cf. 2) répondre à au moins l'une des situations suivantes :

- le transport est lié à l'état de santé de votre patient qui nécessite une hospitalisation (complète, partielle, ambulatoire). Ngu't'cpegu'f'g' chimiothérapie, de radiothérapie ou d'hémodialyse sont assimilées à une hospitalisation,
- le transport est lié aux traitements ou examens prescrits au titre de l'ALD dont souffre votre patient qui présente, par ailleurs, une déficience ou une incapacité définie par le référentiel de prescription des transports,
- le transport est en lien avec un accident du travail ou une maladie professionnelle dont a été victime ou souffre votre patient

Le transport pour se rendre chez un fournisseur agréé d'appareillage, pour répondre à une convocation du contrôle médical ou à la convocation d'un médecin expert ou pour se rendre à la consultation d'un expert est également pris en charge. Dans ce cas, la convocation vaut prescription.

Ngu't'cpegu'f'g' chimiothérapie, de radiothérapie ou d'hémodialyse sont assimilées à une hospitalisation,

Le transport pour se rendre chez un fournisseur agréé d'appareillage, pour répondre à une convocation du contrôle médical ou à la convocation d'un médecin expert ou pour se rendre à la consultation d'un expert est également pris en charge. Dans ce cas, la convocation vaut prescription.

Le transport pour se rendre chez un fournisseur agréé d'appareillage, pour répondre à une convocation du contrôle médical ou à la convocation d'un médecin expert ou pour se rendre à la consultation d'un expert est également pris en charge. Dans ce cas, la convocation vaut prescription.

Le transport pour se rendre chez un fournisseur agréé d'appareillage, pour répondre à une convocation du contrôle médical ou à la convocation d'un médecin expert ou pour se rendre à la consultation d'un expert est également pris en charge. Dans ce cas, la convocation vaut prescription.

Le transport pour se rendre chez un fournisseur agréé d'appareillage, pour répondre à une convocation du contrôle médical ou à la convocation d'un médecin expert ou pour se rendre à la consultation d'un expert est également pris en charge. Dans ce cas, la convocation vaut prescription.

Le transport pour se rendre chez un fournisseur agréé d'appareillage, pour répondre à une convocation du contrôle médical ou à la convocation d'un médecin expert ou pour se rendre à la consultation d'un expert est également pris en charge. Dans ce cas, la convocation vaut prescription.

Le transport pour se rendre chez un fournisseur agréé d'appareillage, pour répondre à une convocation du contrôle médical ou à la convocation d'un médecin expert ou pour se rendre à la consultation d'un expert est également pris en charge. Dans ce cas, la convocation vaut prescription.

Le transport pour se rendre chez un fournisseur agréé d'appareillage, pour répondre à une convocation du contrôle médical ou à la convocation d'un médecin expert ou pour se rendre à la consultation d'un expert est également pris en charge. Dans ce cas, la convocation vaut prescription.

Le transport pour se rendre chez un fournisseur agréé d'appareillage, pour répondre à une convocation du contrôle médical ou à la convocation d'un médecin expert ou pour se rendre à la consultation d'un expert est également pris en charge. Dans ce cas, la convocation vaut prescription.

## 2 Quel mode de transport pouvez-vous prescrire au regard de l'état de santé et d'autonomie de votre patient ?

### • Particularité du transport en ambulance :

Il peut être prescrit et pris en charge, indépendamment des situations visées au 1, dès lors que votre patient présente au moins une déficience ou incapacité nécessitant un transport :

- en position obligatoirement allongée ou demi-assise,
- avec surveillance par une personne qualifiée ou l'administration d'oxygène,
- avec brancardage ou portage ou un transport devant être réalisé dans des conditions d'asepsie.

N'omettez pas de préciser, toutefois, si votre patient se trouve aussi dans l'une des situations mentionnées au 1.

### • Les autres modes de transport :

Ils ne peuvent être prescrits, et pris en charge, que si votre patient se trouve dans l'une des situations décrites au 1.

° Vous lui prescrivez un transport assis professionnalisé (VSL ou taxi conventionné) s'il présente au moins une :

- déficience ou incapacité physique invalidante nécessitant une aide au déplacement, technique ou humaine, mais ne nécessitant ni brancardage ni portage,
- déficience ou 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,
- déficience nécessitant le respect rigoureux des règles d'hygiène,
- déficience nécessitant la prévention du risque infectieux par la désinfection rigoureuse du véhicule,

ou s'il suit un traitement ou est atteint d'une affection pouvant occasionner des risques d'effets secondaires pendant le transport.

Dans la situation du transport d'une personne à mobilité réduite, le fauteuil roulant est celui prescrit par le médecin traitant.

° Vous lui prescrivez un **moyen de transport individuel** (son véhicule personnel, par exemple) ou les **transports en commun terrestre** s'il peut se déplacer par ses propres moyens (UKh) cv'f'g'ucp'v'f'w' r'cv'p'v'p'2 egu'k'g'nc'u'k'c'p'eg'f'f'w'v'g'tu'q'w'u'k'c'o' q'k'p'u'f'g'38'c'p'u'g'u'f'c'k'u'f'g' v'c'p'u'q't'v'g'p'eq'o' o'w'p'g'z'r'q'u'f'c't' r'f'g'tu'p'p'g'ce'eq'o' r'c'i'p'c'p'g'g'w'g'p'v'v'g'f'g'tu'g'p'ej'c'ti'g'o

Les frais de transport en commun exposés par la personne accompagnante peuvent être remboursés si l'état de santé du patient nécessite l'assistance d'un tiers ou si le patient a moins de 16 ans.

## PRESCRIPTION MÉDICALE DE TRANSPORT - NOTICE

- ③ **Transports itératifs** : précisez le nombre de déplacements prévus si vous devez prescrire un transport répété ne répondant pas à la définition du transport en série.

(\*) (transport en série : le nombre de transports prescrits 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 kilomètres. Ces transports nécessitent une demande d'accord préalable.)

- ④ **Urgence (appel du SAMU-centre 15...)** : la prescription peut être remplie a posteriori par un médecin ou un chirurgien-dentiste de la structure de soins dans laquelle le patient s'est rendu.

- ⑤ **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 indiquez l'orientation dans un centre de référence dédié à la prise en charge des maladies rares.

- ⑥ **Cas particuliers d'exonération du ticket modérateur**

Vous devez cocher la case "oui" dans les cas suivants :

- si un acte réalisé lors de l'hospitalisation a un coefficient égal ou supérieur à K60 ou un tarif égal ou supérieur à 120 euros,
- s'il s'agit d'un transfert en lien direct et consécutif avec une première hospitalisation exonérée du ticket modérateur en raison d'un K60 ou d'un tarif égal à 120 euros,
- pour les transports d'urgence en cas d'hospitalisation au cours de laquelle est effectué un acte coûteux ou en cas d'hospitalisation consécutive à une hospitalisation au cours de laquelle est effectué un acte coûteux et en lien direct avec elle,
- pour les transports entre l'établissement et le domicile en cas d'hospitalisation à domicile (HAD), si le transport est prescrit par le protocole HAD ou pour des séances de radiothérapie en structure libérale ou en centre de santé,
- si le transport est lié à l'hospitalisation d'un nouveau-né de moins de trente jours.

n° 11574 \*0(.)

(articles L. 162-4-1 2°, L. 321-1 2°, L. 322-5, L. 432-1, R. 322-2  
et R. 322-10 à R. 322-10-7, T0382/38"gn" F0384/39"Kdu Code de la sécurité sociale)

## la personne bénéficiaire du transport et l'assuré(e)

- **Personne bénéficiaire du transport** (les nom et prénom du bénéficiaire sont à compléter obligatoirement par le prescripteur)

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

date de naissance

adresse

nom et n° du centre de paiement ou de la section  
mutualiste (pour les salariés) ou nom et n° de  
l'organisme conventionné (pour les non salariés)

- **Assuré(e)** (à remplir si la personne qui bénéficie du transport n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

- Ce transport est-il en rapport avec un accident causé par un tiers ?

non ☐oui ☐

date de l'accident

## la prescription médicale

- ① **Dans quelle situation permettant la prise en charge du transport se trouve votre patient ?** (plusieurs choix possibles)

- entrée ou sortie d'hospitalisation (complète, partielle ou ambulatoire), y compris séances de chimiothérapie, radiothérapie et hémodialyse ☐
- transport en lien avec une affection de longue durée avec déficience ou incapacité - ALD exonérante ☐ ALD non exonérante ☐
- transport lié à un accident du travail ou une maladie professionnelle ☐ date de l'AT/MP

- ② **Quel mode de transport prescrivez-vous au regard de l'état de santé et d'autonomie de votre patient ?**

- transport en ambulance justifié par la nécessité (cochez la(les) case(s) correspondante(s)) :

d'être en position allongée ou demi-assise ☐d'une surveillance par une personne qualifiée ☐d'administration d'oxygène ☐d'un brancardage ou d'un portage ☐d'une asepsie rigoureuse ☐

- transport assis professionnalisé (VSL, taxi conventionné) ☐

L'état de santé du patient n'est pas compatible avec un transport partagé, cochez la case ☐Wp"tccpr qt v'r qw'r c'v'p'v'k'v' b qd'k'k'z' 't'z' f w'k'g'f' c'p'u'w'p' 'h'w'g'w'k'f' q'w'p'v'g'u'v'c'f' c'r' v'z' . 'e'q'j' g' 'r'c'ecug ☐

- moyen de transport individuel ☐

- transport en commun terrestre ☐

si l'état de santé du patient nécessite une personne accompagnante, cochez la case ☐

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

**départ**

- domicile ☐

- autre lieu :

- structure de soins :

**arrivée**

- domicile ☐

- autre lieu :

- structure de soins :

transport aller-retour ☐

③ nombre de transports itératifs

- ④ **Urgence :** appel du SAMU-centre 15 ☐ ou autres ☐ (précisez) :

- ⑤ **Éléments d'ordre médical** (précisez la nature de l'examen ou des soins justifiant le déplacement) et commentaires éventuels

- transport vers un centre de référence dédié à la prise en charge des maladies rares ☐

- ⑥ **Cas particuliers d'exonération du ticket modérateur** oui ☐ non ☐

- Ce transport est-il lié à des soins dispensés au titre d'une pension militaire d'invalidité ? oui ☐ non ☐

(article L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre)

## Identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

identifiant  
(n° RPPS)

date

signature

raison sociale

adresse

n° structure

(AM, FINESS ou SIRET)

n° 11574 \*0(.)

(articles L. 162-4-1 2°, L. 321-1 2°, L. 322-5, L. 432-1, R. 322-2  
et R. 322-10 à R. 322-10-7, T0382/38"gn" F0384/39"Kdu Code de la sécurité sociale)

## la personne bénéficiaire du transport et l'assuré(e)

• **Personne bénéficiaire du transport** (les nom et prénom du bénéficiaire sont à compléter obligatoirement par le prescripteur)

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

date de naissance

adresse

nom et n° du centre de paiement ou de la section  
mutualiste (pour les salariés) ou nom et n° de  
l'organisme conventionné (pour les non salariés)• **Assuré(e)** (à remplir si la personne qui bénéficie du transport n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

## • Ce transport est-il en rapport avec un accident causé par un tiers ?

non ☐oui ☐

date de l'accident

## la prescription médicale

## ① Dans quelle situation permettant la prise en charge du transport se trouve votre patient ? (plusieurs choix possibles)

- entrée ou sortie d'hospitalisation (complète, partielle ou ambulatoire), y compris séances de chimiothérapie, radiothérapie et hémodialyse ☐
- transport en lien avec une affection de longue durée avec déficience ou incapacité - ALD exonérante ☐ ALD non exonérante ☐
- transport lié à un accident du travail ou une maladie professionnelle ☐ date de l'AT/MP

## ② Quel mode de transport prescrivez-vous au regard de l'état de santé et d'autonomie de votre patient ?

- transport en ambulance justifié par la nécessité (cochez la(les) case(s) correspondante(s)) :

d'être en position allongée ou demi-assise ☐d'une surveillance par une personne qualifiée ☐d'administration d'oxygène ☐d'un brancardage ou d'un portage ☐d'une aseptie rigoureuse ☐

- transport assis professionnalisé (VSL, taxi conventionné) ☐

L'état de santé du patient n'est pas compatible avec un transport partagé, cochez la case ☐Wp"tcpuqrqtvrqwt"rcvqpv"o qdks"t2f vkg"fcpu"uqp"hwgwnitqwcprv"guv"cf cr".eqej gl "rc"ecug ☐

- moyen de transport individuel ☐

- transport en commun terrestre ☐

si l'état de santé du patient nécessite une personne accompagnante, cochez la case ☐• **Quel trajet doit effectuer le patient ?** (précisez l'adresse du lieu de départ et du lieu d'arrivée, si hors domicile, ainsi que le nom de la structure de soins)**départ**

- domicile ☐

- autre lieu :

- structure de soins :

**arrivée**

- domicile ☐

- autre lieu :

- structure de soins :

transport aller-retour ☐

③ nombre de transports itératifs

④ **Urgence :** appel du SAMU-centre 15 ☐ ou autres ☐ (précisez) :⑥ **Cas particuliers d'exonération du ticket modérateur** oui ☐ non ☐

- Ce transport est-il lié à des soins dispensés au titre d'une pension militaire d'invalidité ? oui ☐ non ☐

(article L. 212-4 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre)

## Identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

identifiant  
(n° RPPS)

date

signature

raison sociale

adresse

n° structure

(AM, FINESS ou SIRET)

## Précisions pour l'utilisation de la voiture particulière ou des transports en commun

Vous envoyez ce volet avec le formulaire "demande de remboursement" (réf. S3140) et les justificatifs de vos dépenses. La demande de remboursement est disponible dans votre organisme ou sur le site "www.ameli.fr" à la rubrique "formulaires" de l'espace "assurés".

## VSL, taxi conventionné, ambulance (à compléter par le transporteur et à joindre à la facture)

Raison sociale .....

N° d'identification :

Adresse .....

Fait à ..... Le .....

Signature du transporteur

Eupheto 2 o gpv'cwT3i ngo gpv'gwqr2 gp'b4238f89; IWGT w49'cxtki4238'gv'k'rc'iqi "lphqto cks vg'v'Nldgt7 uST w8'lcpxlgt'3; 9: 'o qf lH2 g. 'xqwu'f kur qugl 'f )xp'f tqk'f xee3 u'gv'f g'tge'v'hecvlqp  
aux données vous epegipcpv'cwr t3 u'f g'xqvg'qti cpkuo g'f juuwcpeg'o cncf lg0Gp'ecu'f g't lH2wv' u'f cpu'jcr r rdecvqp'f g'egu'f tqksu'xqwu'f qwxgl 'lpv'qf vkt g'vpg'f2 erco cvkqp'cwr t3 u'f g'rc'Eqo o kuakp  
nationale Informatique et Libertés (CNIL).Nc'mk'f gpf 'r cuikdg'f g'r2 pcik2 u'hpcpe'f tgu. 'f aco gpf g'gv'q'w'go r tkuqppgo gpv's wleqps vg'ug'f gpf 'eqwr cndg'f g'rc'w'f gu'q'w'f g'hcwugu'f2 erc'cvkqp'gp'x'wg'f aqdv'p'k'q'w'f g'v'p'v'g'f aqdv'p'k'f 'f gu  
cxcp'ci gu'lpf wu'ct'cleng'535/3'a 535/5.'655/3; . '663/3'g'v'w'w'k'cpu'f w'Eqf g'r2 pcn'ct'cleng'N0336/39/3'f w'Eqf g'r'g'rc'w'f k2 'uqelcng+