cerfa

N° 50742#03

Prescription médicale de transport – Notice

(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)

Tous les éléments indiqués dans cette notice sont opposables

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)* :

- 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 polypathologie 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'invalide, d'une rente AT/MP supérieure à 66,66% (100% pour l'assuré et ses ayant 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.

Transport itératif : si vous devez prescrire un transport répété ne répondant pas à la définition du transport en série (*), cochez la case "transport itératif" en précisant le nombre de déplacements prévus.

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.
- Conditions particulières :
  - 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 asepsie rigoureuse".
  - Appel du centre 15 : la prescription est remplie a posteriori par un médecin de la structure de soins dans laquelle le patient s'est rendu.

Eléments 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.

ATTENTION : la prise en charge de certains transports nécessite l'accord préalable du contrôle médical des caisses : 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 *(vous utilisez alors le formulaire « Demande d'accord préalable/Prescription médicale de transport » S3139).*

cerfa

N° 11574*03

Volet **1 (médical) à adresser au contrôle médical** sous enveloppe, à l'attention de « M. le Médecin conseil »

Prescription médicale de transport

(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)

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

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

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

Hospitalisation (entrée-sortie) ☐
Nécessité d'être allongé ou sous surveillance ☐
Soins liés à une affection de longue durée ☐
Soins liés à un AT/MP ☐
Date de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle |_|_|_|_|_|_|_|_|

- **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)***

CE MODELE EST PRESENTE A TITE D'INFORMATION.
POUR VOTRE DEMARCHE, LE FORMULAIRE ORIGINAL DOIT ETRE UTILISE.

- Transport aller ☐ Transport retour ☐ Transport aller-retour ☐
- Transport itératif ☐ 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*)
- **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 ☐ appel du centre 15 ☐

- **Eléments d'ordre médical :**

Précisez la nature de l'examen ou des soins justifiant le déplacement :
……
….....……
……....
Commentaires éventuels :
……..…..
……..…..
……..……..
…….

(si cachet, merci de le reporter sur les 2 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 :…….....
……

CE MODELE EST PRESENTE A TITE D'INFORMATION.
POUR VOTRE DEMARCHE, LE FORMULAIRE ORIGINAL DOIT ETRE UTILISE.

La loi 78.17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant. La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraude et de fausses déclarations (articles L. 114-13 du Code la sécurité sociale, 441.1 du Code pénal).

cerfa

N° 11574*03

Volet 2 à adresser à l'organisme pour remboursement avec les justificatifs nécessaires (voir la dernière rubrique de ce volet)

Prescription médicale de transport

(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)

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

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

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

Hospitalisation (entrée-sortie) ☐
Nécessité d'être allongé ou sous surveillance ☐
Soins liés à une affection de longue durée ☐
Soins liés à un AT/MP ☐
Date de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle |_|_|_|_|_|_|_|_|

- **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 ☐
- Transport itératif ☐ 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*)
- **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 ☐ appel du centre 15 ☐

(si cachet, merci de le reporter sur les 2 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 :…….....
……

Voiture particuliere, transports en commun, taxi non conventionné	VSL, taxi conventionné, ambulance *(à compléter par le transporteur et à joindre à la facture)*
Vous envoyez ce volet avec le formulaire "demande de remboursement" et les justificatifs de vos dépenses. **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".**	**S'il y a lieu, nombre de transports : ……** **Transport effectué le** |_|_|_|_|_|_|_|_| **ou date (si connue) du dernier transport** |_|_|_|_|_|_|_|_| **Identification et signature du transporteur**

La loi 78.17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant. La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraude et de fausses déclarations (articles L. 114-13 du Code la sécurité sociale, 441.1 du Code pénal).