

ATTENTION : s'il s'agit de transports vers un lieu distant de 150 km, de transports en série sans ALD cf. ❸ (*), de transports en avion ou en bateau de ligne régulière 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 ❶. La durée de validité de la prescription médicale de transport est fixée à 1 an maximum (décret n° 2019-1322 du 09/12/2019).

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, un chirurgien-dentiste ou un infirmier en pratique avancée.

Comme toute prescription de transport, celle-ci doit être remplie et signée par le prescripteur des soins. Le médecin traitant, le chirurgien-dentiste ou l'infirmier en pratique avancée 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).

❶ 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. ❷) 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). Les séances de 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 concerne une femme enceinte qui réside à plus de 45 minutes de trajet motorisé de la maternité la plus proche correspondant à sa situation de santé et elle doit se déplacer vers une unité de gynécologie obstétrique et/ou sur le lieu d'hébergement temporaire non médicalisé dans le cadre du dispositif engagement maternité. Indiquez le nom, l'adresse et le niveau de la maternité, et le nom, l'adresse de l'HTNM.

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.

Les transports entre établissements pris en charge par l'Assurance Maladie sont les suivants :

- transports en entrée et sortie d'HAD;
- transports de patients dialysés à domicile (hémodialyse et dialyse péritonéale);
- transports de patients hospitalisés à domicile pour réaliser une prestation en lien avec le traitement d'une pathologie intercurrente;
- transports prescrits depuis ou vers un établissement d'hébergement pour personnes âgées indépendants (EHPAD) ou une unité de soins de longue durée (USLD) (à l'exception des transports pour permission d'une durée de moins 48 heures);
- transports sanitaires effectués dans le cadre de l'aide médicale urgente (AMU);
- transport d'un patient non hospitalisé depuis un service des urgences hors UHCD vers un autre établissement de santé;
- transports concernant le transfert d'une durée inférieure à 48 heures de patients hospitalisés pour la réalisation d'une séance de radiothérapie dans une structure d'exercice libéral ou un centre de santé;
- transports d'un patient non hospitalisé (en consultation à l'hôpital ou admis dans un service d'urgences) vers un autre établissement de santé.

❷ 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 ❶, dès lors que votre patient présente au moins une déficience ou une 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 ❶

• 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 décrite au ❶

° 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 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 accompagnement;
- 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.

PRESCRIPTION MÉDICALE DE TRANSPORT

Notice

- ° 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. Si l'état de santé du patient nécessite l'assistance d'un tiers ou s'il a moins de 18 ans, les frais de transport en commun exposés par la personne accompagnante peuvent être pris en charge.

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.

- ③ **Transports itératifs** : précisez le nombre de déplacements prévus si vous devez prescrire un transport répété ne correspondant pas à la définition 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, un chirurgien-dentiste de la structure de soins dans laquelle le patient s'est rendu ou par un infirmier en pratique avancée.

- 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 hors 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.

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 Engagement maternité du lieu de résidence vers la maternité ou l'hébergement temporaire non médicalisé ☐
- 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 si (cochez la(les) case(s) correspondante(s))
 - position allongée ou demi-assise ☐ surveillance par une personne qualifiée ☐ d'administration d'oxygène ☐
 - brancardage ou d'un portage ☐ 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 ☐
 - un transport pour patient à mobilité réduite dans son fauteuil roulant est adapté, cochez la case ☐
 - moyen de transport individuel ☐
 - transport en commun terrestre ☐
- dans ce cas, si l'état du patient nécessite une personne accompagnante, cochez la case ☐

- **Quel trajet doit effectuer le patient ?** Préciser le nom et l'adresse du lieu de départ et d'arrivée si hors domicile. (Indiquer le nom et l'adresse de la structure de soins ou de l'hébergement temporaire non médicalisé pour l'Engagement maternité)

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

Transport vers un autre 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, FINES ou SIRET)

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 Engagement maternité du lieu de résidence vers la maternité ou l'hébergement temporaire non médicalisé ☐
- 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 si (cochez la(les) case(s) correspondante(s))

- position allongée ou demi-assise ☐ surveillance par une personne qualifiée ☐ d'administration d'oxygène ☐
 - brancardage ou d'un portage ☐ 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 ☐
 - un transport pour patient à mobilité réduite dans son fauteuil roulant est adapté, cochez la case ☐
 - moyen de transport individuel ☐
 - transport en commun terrestre ☐
- dans ce cas, si l'état du patient nécessite une personne accompagnante, cochez la case ☐

- Quel trajet doit effectuer le patient ? Préciser le nom et l'adresse du lieu de départ et d'arrivée si hors domicile. (Indiquer le nom et l'adresse de la structure de soins ou de l'hébergement temporaire non médicalisé pour l'Engagement maternité)

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.212-1 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, FINESSE 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

Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès de votre organisme d'assurance maladie. En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale Informatique et Libertés (CNIL).

La loi rend passible de pénalités financières, d'amende et/ou emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L.114-17-1 du Code de la sécurité sociale).