

# DEMANDE D'ACCORD PREALABLE DE TRANSPORT VALANT PRESCRIPTION MEDICALE - notice

**La prise en charge de certains, détaillés ci-dessous, nécessite l'accord préalable du contrôle médical des caisses. L'absence de réponse dans un délai de 15 jours à compter de l'expédition de la demande vaut accord, sauf urgence attestée par le médecin (article R.322-10-4 du Code de la Sécurité Sociale)**

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

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). La durée de validité de la prescription médicale de transport est fixée à un an maximum (décret n° 2019-1322 du 9 décembre 2019).

## ❶ Dans quelles situations devez-vous rétablir une demande d'accord préalable pour permettre la prise en charge des frais de transport ?

- a. lorsque votre patient doit se rendre en un lieu distant de plus de 150 km (*le service du contrôle médical vérifie que les soins ne peuvent pas être dispensés dans une structure plus proche*),
- b. lorsque l'état de votre patient nécessite des transports en série sans ALD (*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 km*),
- c. lorsque votre patient est un enfant ou un adolescent et qu'il doit se rendre dans un centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP) ou un centre médico-psychopédagogique (CMP) pour y recevoir des soins ou suivre un traitement.
- d. lorsque votre patient doit voyager en avion ou en bateau de ligne régulière. (*Si son état de santé nécessite l'assistance d'un tiers ou s'il a moins 16 ans, les frais de transport exposés par la personne accompagnante peuvent être remboursés.*

Dans ce dernier cas, le transport doit en outre répondre à l'une des situations suivantes :

- il est lié à l'état de santé de votre patient qui nécessite une hospitalisation (complète, partielle, ambulatoire). Les séances de chimio-thérapie, de radiothérapie ou d'hémodialyse sont assimilées à une hospitalisation,
- il 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,
- il est en lien avec un accident du travail ou une maladie professionnelle dont a été victime ou souffre votre patient.

Dans l'une des situations a, b, c, d, vous devez également remplir ce formulaire dans les cas suivants :

- transports en entrée et sortie d'hospitalisation à domicile
- transports de patients dialysés à domicile (hémodialyse et dialyse péritonéale)
- transports pour permission de sortie de patients de moins de 20 ans hospitalisés depuis plus de 14 jours
- transports provisoire (<48h) 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 dépendantes (EHPAD) ou une unité de soins de longue durée (USLD) (à l'exception des transports pour permission d'une durée de moins de 48 heures),
- transports sanitaire effectués dans le cadre de l'aide médicale urgente (AMU),
- transport d'un patient non hospitalisé depuis un service des urgences non UHCD vers un autre établissement de santé

- e. lorsque votre patient est une femme enceinte qui réside à plus de quarante-cinq minutes de trajet motorisé de la maternité la plus proche correspondant à sa situation de santé et qu'elle doit se déplacer vers une unité de gynécologie-obstétrique et/ou sur le lieu d'hébergement temporaire non médicalisé (HTNM) dans le cadre du dispositif engagement maternité : Indiquez le nom, l'adresse et le niveau de la maternité et le nom et l'adresse de l'HTNM.

## ❷ Quelle mode de transport pouvez-vous prescrire, hormis l'avion ou le bateau, au regard de l'état de santé et d'autonomie de votre patient

- Vous lui prescrivez un transport en **ambulance** s'il 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'aseptie.
- 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 physique nécessitant l'aide d'une tierce personne pour la transmission des informations nécessaires à l'équipe soignant 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 une situation d'un transport de patient à mobilité réduite, le patient est transporté dans son fauteuil roulant prescrit médicalement. Le transport partagé est le mode de transport prescrit par défaut.

- Vous lui prescrivez un **moyen de transport individuel** (son véhicule personnel, par exemple) ou les **transports en commun terrestres** 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 16 ans, les frais de transport en commun exposés par la personne accompagnante peuvent être remboursés.

## ❸ Elements 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.

## ❹ 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,
- lorsque l'état du patient hospitalisé dans un établissement de soins nécessite son transfert vers un autre établissement d'hospitalisation en vue d'un traitement mieux à son état de santé (*nota béné : cette disposition n'est pas applicable en cas de transfert d'un établissement d'hospitalisation vers un établissement de soins de suite de réadaptation*)
- si le transfert est lié à l'hospitalisation d'un nouveau-né de moins de trente jours.

**Partie à compléter par l'assuré(e) ou son représentant**

• **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

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)

date de naissance

adresse

• **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

**Partie à compléter par le descripteur**

**1 Dans quelle situation se trouve votre patient**

Transport à plus de 150 km  Transports en série  (cf. notice) Transport vers un CAMPS ou un CMPP

Transport Engagement maternité du lieu de résidence vers la maternité ou l'hébergement temporaire non médicalisé

Transport par avion ou par bateau de ligne régulière  dans ce cas, si l'état du patient nécessite une personne accompagnante, cochez la case

► Indiquez, ci-dessous, à quelle situation est liée le transport par avion ou par bateau :

- 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, hormis l'avion ou le bateau, 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  oxygène  brancardage ou portage  aseptie

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  } dans ce cas, si l'état du patient nécessite une personne accompagnante, cochez la case   
Transport en commun terrestre

► Si votre patient doit utiliser l'un de ces modes de transport, précisez si ce dernier est en lien avec :

- une ALD exonérante  • une AT/MP  et la date de l'AT/MP

• **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)

<p><b>départ</b> - domicile <input type="checkbox"/></p> <p>- autre lieu :</p> <p>- structure de soins :</p>	<p><b>arrivée</b> - domicile <input type="checkbox"/></p> <p>- autre lieu :</p> <p>- structure de soins :</p>
--	---

transport aller-retour  (xx)mbre de transports

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

**3 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

**4 Cas particulier d'exonération du ticket modérateur** oui  non

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

<p>nom et prénom</p> <p>identifiant (n° RPPS)</p> <p>date</p> <p>signature</p>	<p>raison sociale</p> <p>adresse</p> <p>n° structure (AM, FINES ou SIRET)</p>
--	---

**Avis médical**

**Avis administratif**

<p>accord <input type="checkbox"/></p> <p>refus total <input type="checkbox"/> refus partiel <input type="checkbox"/></p> <p>motif :</p> <p>date</p>	<p>signature et cachet</p>	<p>accord <input type="checkbox"/></p> <p>refus <input type="checkbox"/></p> <p>date</p>	<p>signature et cachet</p>
--	----------------------------	--	----------------------------

**Partie à compléter par l'assuré(e) ou son représentant**

• **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

**Partie à compléter par le descripteur**

**1 Dans quelle situation se trouve votre patient**

Transport à plus de 150 km  Transports en série  (cf. notice) Transport vers un CAMPS ou un CMPP

Transport Engagement maternité du lieu de résidence vers la maternité ou l'hébergement temporaire non médicalisé

Transport par avion ou par bateau de ligne régulière  dans ce cas, si l'état du patient nécessite une personne accompagnante, cochez la case

► Indiquez, ci-dessous, à quelle situation est liée le transport par avion ou par bateau :

• 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, hormis l'avion ou le bateau, 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  oxygène  brancardage ou portage  aseptie

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  } dans ce cas, si l'état du patient nécessite une personne accompagnante, cochez la case   
Transport en commun terrestre

► Si votre patient doit utiliser l'un de ces modes de transport, précisez si ce dernier est en lien avec :

• une ALD exonérante  • une AT/MP  et la date de l'AT/MP

• **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  nombre de transports

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

**4 Cas particulier d'exonération du ticket modérateur** oui  non

**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)

**Avis médical**

accord

refus total  refus partiel

motif :

date

signature et cachet

**Avis administratif**

accord

refus

signature et cachet

date

**Partie à compléter par l'assuré(e) ou son représentant**

• **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

**Partie à compléter par le descripteur**

**1 Dans quelle situation se trouve votre patient**

Transport à plus de 150 km  Transports en série  (cf. notice) Transport vers un CAMPS ou un CMPP

Transport Engagement maternité du lieu de résidence vers la maternité ou l'hébergement temporaire non médicalisé

Transport par avion ou par bateau de ligne régulière  dans ce cas, si l'état du patient nécessite une personne accompagnante, cochez la case

► Indiquez, ci-dessous, à quelle situation est liée le transport par avion ou par bateau :

- 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, hormis l'avion ou le bateau, 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  oxygène  brancardage ou portage  asepticité

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  } dans ce cas, si l'état du patient nécessite une personne accompagnante, cochez la case   
Transport en commun terrestre

► Si votre patient doit utiliser l'un de ces modes de transport, précisez si ce dernier est en lien avec :

- une ALD exonérante  • une AT/MP  et la date de l'AT/MP

• **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)

<b>départ</b> - domicile <input type="checkbox"/>	<b>arrivée</b> - domicile <input type="checkbox"/>
- autre lieu :	- autre lieu :
- structure de soins :	- structure de soins :

transport aller-retour  nombre de transports

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

**4 Cas particulier d'exonération du ticket modérateur** oui  non

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

nom et prénom	raison sociale
identifiant (n° RPPS)	adresse
date	signature
	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](http://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 .....	numéro 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).