

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

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)

départ - domicile <input type="checkbox"/>	arrivée - 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 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).