

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))
 - 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 asepte 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

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))

- 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 asepte 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

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

Signature du transporteur

Fait à Le

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).