



Madame, Monsieur,

Vous avez choisi de faire appel à un taxi conventionné auprès de la caisse primaire d'assurance maladie pour effectuer votre trajet médical. **Afin que le transport puisse être pris en charge par votre caisse d'assurance maladie, vous devez :**

Demander...

... une Prescription Médicale de Transport au MEDECIN prescripteur de votre rendez-vous médical plusieurs jours avant la date du transport ou lors de votre précédente consultation.

Vérifier...

...que la Prescription Médicale de Transport a été correctement complété par la prescripteur.

Remettre ...

...la Prescription Médicale de Transport à votre taxi le jour du transport ou avant.

Si vous n'êtes pas en mesure de présenter à votre taxi une prescription médicale de transport valable, le transport vous sera facturé au tarif préfectoral en vigueur affiché sur le taximètre du véhicule.

ENTENTE PREALABLE

Attention: Si votre transport nécessite une demande d'entente préalable, vous devez envoyer les deux premiers volets de celle-ci **au moins 15 jours avant la date du transport** à votre caisse d'assurance maladie en courrier recommandé avec accusé de réception. **Vous devez conserver le troisième et dernier volet du document afin de le remettre à votre taxi le jour du transport**, en lui présentant l'avis de réception de votre recommandé.

Sont concernés :

- > les transports de longue distance (plus de 150 km aller) ;
- > les transports en série (au moins 4 transports de plus de 50 km aller, sur une période de 2 mois, au titre d'un même traitement) ;

JE VERIFIE QUE MA PRESCRIPTION MEDICALE DE TRANSPORT EST VALABLE

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 nom et n° du centre de paiement ou de la section
mutualité (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 sur un lieu ? non oui date de l'accident

Votre nom, votre prénom, votre numéro de sécurité sociale, votre date de naissance et votre adresse doivent être complétés.

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 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 par la nécessité (cochez toutes cases correspondantes) :

- 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 asepsie rigoureuse

- transport assis professionnalisé (VSL, taxi conventionné) si l'état du patient permet un transport partagé, cochez la case

- moyen de transport individuel - si l'état de santé du patient nécessite une personne accompagnante, cochez la case

- transport en commun terrestre

3. **Quel trajet doit effectuer le patient ?** (précisez l'adresse du lieu de départ et du lieu d'arrivée, si hors domicile, ainsi que le nom de la structure de soins)

départ : domicile autre lieu :

arrivée : domicile autre lieu :

structure de soins :

transport aller-retour nombre de transports itératifs

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

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

- transport vers un 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 115 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre)

Dans quelle situation permettant la prise en charge du transport se trouve votre patient ?

1-Vous êtes hospitalisé
Entrée ou sortie d'hospitalisation.

2-Vous êtes en ALD.
Les cases ALD exonérante et ALD non exonérante ne peuvent être cochées que si votre rendez-vous médical est en rapport avec cette ALD.

3-Vous êtes en AT/MP.
La date de l'AT/MP doit être renseignée.

Quel mode de transport prescrivez-vous au regard de l'état de santé et d'autonomie de votre patient ?

La case « transport assis professionnalisé (VSL, taxi conventionné) » doit être cochée.

Quel trajet doit effectuer le patient ?

Les lieux de départ et d'arrivée doivent correspondre au trajet à effectuer. Si c'est un aller/retour, la case aller/retour doit être cochée. Si c'est une série de transports, la case « nombre de transports itératifs » doit être renseignée.

Éléments d'ordre médical

La nature de l'examen ou des soins justifiant le déplacement doit figurer dans cet emplacement libre. Il est recommandé, dans la mesure du possible, que la date de l'examen soit mentionnée.

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

raison sociale

adresse

n° structure (AM, FINESS ou SIRET)

signature

date

identifiant n° RPPS

Le tampon et la signature du prescripteur doivent apparaître sur les 2 volets. La date mentionnée est celle du jour de la signature de la prescription médicale de transport.

Tout document daté du jour du transport sera refusé par la caisse primaire d'assurance maladie.
(hors sortie d'hospitalisation et Urgence)