



# **ANNEXES SUPPORT SECRETARIAT MEDICAL**

## **FORMATION SECRETAIRE MEDICALE**

**Vidal formation  
12 boulevard de Strasbourg  
31000 TOULOUSE**

# CONTENU

ANNEXE 1

CERFA DECLARATION MEDECIN TRAITANT

ANNEXE 2

FEUILLE DE SOINS

ANNEXE 3

ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE DES VICTIMES D'ACTE DE TERRORISME

ANNEXE 4

TAUX DE REMBOURSEMENT DES ACTES ET SOINS MEDICAUX PRIS EN CHARGE PAR  
L'AM

ANNEXE 5

LA PRESCRIPTION MEDICALE DE TRANSPORT

ANNEXE 6

LA DEMANDE D'ACCORD PREALABLE POUR LES TRANSPORTS

ANNEXE 7

LA DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE TRANSPORT

ANNEXE 8

LA DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

ANNEXE 9

LE PROTOCOLE DE SOINS

ANNEXE 10

L'AVIS D'ARRET DE TRAVAIL

ANNEXE 11

FEUILLE D'ACCIDENT DE TRAVAIL OU DE MALADIE PROFESSIONNELLE

ANNEXE 12

LE CERTIFICAT MEDICAL D'ACCIDENT DE TRAVAIL OU DE MALADIE  
PROFESSIONNELLE

ANNEXE 13

DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

ANNEXE 14 CONSENTEMENTS ECLAIRES

ANNEXE 15

ORDONNANCE BIZONE

ANNEXE 16

ORDONNANCE MEDICAMENTS D'EXCEPTION

**ANNEXE 1**  
**CERFA DECLARATION**  
**MEDECIN TRAITANT**

# DÉCLARATION DE CHOIX DU MÉDECIN TRAITANT

(article L. 162-5-3 du Code de la sécurité sociale)

**IMPORTANT** { inscrire les nom, prénom et adresse en majuscules  
                  { inscrire les chiffres lisiblement (un chiffre par case)

## Identification de l'assuré(e) et du bénéficiaire des soins

### L'assuré(e)

Nom de famille *(de naissance)*  
*suivi du nom d'usage, s'il y a lieu*

Prénom

N° de sécurité sociale

### Le bénéficiaire des soins

Nom de famille *(de naissance)*  
*suivi du nom d'usage, s'il y a lieu*

Prénom

Date de naissance

Adresse de l'assuré(e)

## Identification de la structure d'exercice et du médecin traitant

Raison sociale et adresse du cabinet, de l'établissement (\*)

Nom et prénom du médecin traitant

Nom

Prénom

N° de la structure (AM, FINESS, ou SIRET)

Identifiant

(\*) centre de santé, établissement ou service médico-social

## Déclaration conjointe du bénéficiaire des soins et du médecin traitant

Le bénéficiaire (ou son représentant) et le médecin traitant s'engagent conjointement à respecter les dispositions de l'article L. 162-5-3 du Code de la sécurité sociale

### Bénéficiaire des soins

(et/ou parent ou titulaire de l'autorité parentale pour les mineurs - voir notice)

### Médecin traitant

Je soussigné(e), M., Mme,

Je soussigné(e), Docteur

déclare choisir le médecin identifié ci-dessus comme médecin traitant

déclare être le médecin traitant du bénéficiaire cité ci-dessus

Signature(s)

Signature

Déclaration signée le

Merci d'envoyer la déclaration complétée et signée à votre caisse d'assurance maladie.

S 3704b

La loi 78.17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (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).

## Quelques conseils pour remplir votre "Déclaration de choix du Médecin Traitant"

Le médecin traitant déclaré c'est le médecin qui vous connaît le mieux et auquel vous vous adressez en priorité en cas de problème de santé. Son rôle est essentiel aussi pour vous aider à vous orienter vers d'autres professionnels en cas de nécessité.

Pour permettre la bonne coordination de vos soins, chaque assuré ou bénéficiaire des soins indique à sa caisse d'assurance maladie le nom du médecin qu'il souhaite choisir et déclarer comme médecin traitant. Ce choix doit être fait en accord avec ce médecin.

Le médecin traitant que vous allez choisir peut être un médecin généraliste ou, éventuellement, un autre spécialiste. Il peut exercer en ville, à l'hôpital ou dans un centre de santé.

En cas de changement de médecin traitant, il vous suffira de faire une nouvelle "Déclaration de choix du Médecin Traitant".

### *Comment faire connaître votre choix à votre caisse d'assurance maladie ?*

**A l'occasion d'une consultation**, remplissez avec le médecin de votre choix ce formulaire.

► Dans la rubrique "*Identification de l'assuré(e) et du bénéficiaire des soins*" :

- si vous êtes l'assuré(e), écrivez, dans la zone "*L'assuré(e)*", vos nom, prénom et numéro de sécurité sociale et dans la zone "*Le bénéficiaire des soins*", votre date de naissance,
- si vous n'êtes pas l'assuré(e) - conjoint, concubin, personne liée à l'assuré(e) par un PACS, enfant mineur ou autre personne à charge, écrivez, dans la zone "*L'assuré(e)*", les nom, prénom et numéro de sécurité sociale de la personne à laquelle vous êtes rattaché(e) et inscrivez, dans la zone "*Le bénéficiaire des soins*", vos nom, prénom et date de naissance,
- indiquez l'adresse de l'assuré(e) dans la zone prévue à cet effet.

► Dans la rubrique "*Identification de la structure d'exercice et du médecin traitant*" :

le médecin appose son cachet ou écrit lisiblement ses nom, prénom et adresse et indique son numéro d'identification professionnel dans la grille prévue à cet effet.

Ensuite, vous complétez ensemble la rubrique "*Déclaration conjointe*" en écrivant votre nom et celui du médecin choisi.

### **IMPORTANT :**

N'oubliez pas de **signer tous les deux** cette déclaration.

- Dans le cas où le bénéficiaire est un mineur non émancipé âgé de 16 à 18 ans, il doit signer cette déclaration ainsi qu'au moins l'un des deux parents ou le titulaire de l'autorité parentale en sa qualité de représentant légal.
- Dans le cas où le bénéficiaire est un mineur de moins de 16 ans, l'un au moins des deux parents ou le titulaire de l'autorité parentale, en sa qualité de représentant légal, indique ses nom et prénom et signe cette déclaration.

### **Votre déclaration de choix du médecin traitant est terminée.**

Après avoir vérifié que toutes les rubriques sont bien remplies, il ne vous reste plus qu'à l'adresser par courrier à votre caisse d'assurance maladie.

---

"Art L.162-5-3 – Afin de favoriser la coordination des soins, tout assuré ou ayant droit âgé de seize ans et plus indique à son organisme gestionnaire de régime de base d'assurance maladie le nom du médecin traitant qu'il a choisi, avec l'accord de celui-ci. Le choix du médecin traitant suppose, pour les ayants droit mineurs, l'accord de l'un au moins des deux parents ou du titulaire de l'autorité parentale. Le médecin traitant choisi peut être un généraliste ou un spécialiste. Il peut être un médecin hospitalier.

Pour les ayants droit âgés de moins de seize ans, l'un au moins des deux parents ou le titulaire de l'autorité parentale choisit le médecin traitant et l'indique à l'organisme gestionnaire..."

**ANNEXE 2**  
**FEUILLE DE SOINS**

## PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)

**PERSONNE RECEVANT LES SOINS** (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)

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

code de l'organisme de rattachement  
 en cas de dispense d'avance des frais  
 (à remplir par le médecin)

**ASSURE(E)** (à remplir si la personne recevant les soins 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

**ADRESSE DE L'ASSURE(E)**

## IDENTIFICATION DU MEDECIN

## IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

**MEDECIN REMPLACANT**

nom et prénom

identifiant

dispositif de coordination  
 de soins - réseau de santé

## CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES SOINS

**MALADIE** (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)

acte conforme au protocole ALD      action de prévention      autre

accident causé par un tiers :      non      oui      date

**MATERNITE**      date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement

**AT/MP**      numéro      ou      date

si vous êtes le nouveau médecin traitant cochez cette case

si le patient est envoyé par le médecin traitant, complétez la ligne ci-dessous

nom et prénom du médecin :  
 (s'il ne l'est pas, cochez une case de la ligne suivante)

accès direct spécifique      urgence      hors résidence habituelle      médecin traitant remplacé      accès hors coordination

## ACTES EFFECTUES

(si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préalable, indiquez la date de la demande : )

| dates des actes | codes des actes | activités | C, CS<br>CNPSY<br>V, VS<br>VNPSY | autres actes<br>(K, CsC, R...)<br>éléments de tarification<br>CCAM | montant des honoraires facturés | dépress. | frais de déplacement |                   |
|-----------------|-----------------|-----------|----------------------------------|--|---------------------------------|----------|----------------------|-------------------|
|                 |                 |           |                                  |  |                                 |          | I.D. M.D.            | I.K. nbre montant |
|                 |                 |           |                                  |  |                                 |          |                      |                   |

## PAIEMENT

**MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)**

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

signature du médecin  
 ayant effectué  
 l'acte ou les actes

signature de  
 l'assuré(e)

impossibilité  
 de signer

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (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).  
 Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations servies, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle.  
 En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie.

## quelques conseils pour remplir votre feuille de soins

**Le bon remplissage de votre feuille de soins est la garantie de votre remboursement par l'assurance maladie.**

La première information à donner concerne **la personne recevant les soins et l'assuré(e)** :

- **Si vous ne payez pas votre médecin**, celui-ci remplit l'ensemble de cette rubrique, sur présentation de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne, y compris le code de l'organisme de rattachement.
- **Si vous payez votre médecin**, celui-ci indique uniquement vos nom et prénom, selon vos indications, ou en reprenant les informations contenues dans votre carte Vitale ou sur l'attestation papier qui l'accompagne.  
Les autres lignes de cette rubrique sont à compléter par vous-même (le code de l'organisme de rattachement ne doit pas être indiqué dans ce cas) :
  - si vous êtes **la personne recevant les soins et aussi l'assuré(e)**, inscrivez seulement :
    - votre **numéro d'immatriculation** (il est indiqué sur votre carte Vitale et sur l'attestation papier qui l'accompagne),
  - si vous êtes **la personne recevant les soins mais pas l'assuré(e)**, écrivez :
    - votre **numéro d'immatriculation**,
    - ou (si celui-ci ne vous a pas été communiqué),
    - votre **date de naissance**,
    - le **nom et le prénom de l'assuré(e) auquel (à laquelle) vous êtes rattaché(e)** et son **numéro d'immatriculation**,
  - complétez enfin cette rubrique en indiquant l'adresse de l'assuré(e).

**Toutes les autres rubriques de la feuille de soins sont à remplir par votre médecin, y compris le numéro de facture qui est une zone facultative destinée à son usage.**

- Si l'acte qu'il effectue est en rapport avec l'affection de longue durée (ALD), il doit le préciser dans la case prévue à cet effet.
- \* Si vos soins sont dispensés au titre de l'article L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, il doit le préciser dans la case prévue à cet effet.
- Si vos soins sont liés à un accident causé par une personne autre que vous-même, précisez-le lui ainsi que la date de cet accident. Ces renseignements, recueillis sous votre responsabilité, doivent **obligatoirement** figurer sur la feuille de soins car ils permettent à l'assurance maladie de récupérer les frais relatifs à votre accident auprès de l'assureur de la personne ayant causé cet accident.
- Si vos soins sont liés à un accident du travail, ou à une maladie professionnelle, présentez à votre médecin la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle qui vous a été remise par votre employeur ou par votre organisme d'assurance maladie.
- Si le médecin qui remplit la feuille de soins est votre nouveau médecin traitant, il doit cocher la case prévue à cet effet. Dans ce cas, n'oubliez pas d'envoyer à votre caisse d'assurance maladie la nouvelle déclaration de choix du médecin traitant.
- Si le médecin qui remplit la feuille de soins n'est pas le médecin traitant que vous avez déclaré, il doit indiquer si l'acte est réalisé à la demande de celui-ci. Dans ce cas, il reporte sur la feuille de soins le nom et le prénom de votre médecin traitant. Si votre état de santé nécessite l'intervention de plusieurs médecins, ces informations doivent également être reportées sur la feuille de soins par ces médecins.

Dans la négative, le médecin doit cocher l'une des cases permettant de préciser si les soins sont réalisés :

- par un médecin exerçant une spécialité à accès direct (gynécologie, ophtalmologie, psychiatrie) ou par un médecin exerçant dans une consultation hospitalière de tabacologie, d'alcoologie ou de lutte contre les toxicomanies (art. D 162-1-6, 6° du Code de la sécurité sociale),
- en urgence,
- hors de votre résidence habituelle (par exemple lorsque vous êtes en congé),
- par un médecin remplaçant votre médecin traitant en son absence,
- en accès libre non coordonné, c'est-à-dire lorsque vous consultez directement un médecin qui n'est pas votre médecin traitant.

### Recommandations importantes :

Prévenez votre organisme d'assurance maladie à l'occasion d'un **changement intervenant dans votre situation**, comme, par exemple, en cas de :

- **changement de compte** bancaire, postal ou de caisse d'épargne : envoyez-lui votre nouveau relevé d'identité de compte,
- **changement d'organisme** d'assurance maladie : prenez contact avec votre nouvel organisme d'assurance maladie pour le transfert de votre dossier afin de ne pas retarder le remboursement de vos soins et prestations. Votre ancien organisme d'assurance maladie peut vous aider dans cette démarche.

\* **Si le médecin a coché la case "SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1", la feuille de soins doit être adressée à l'organisme gestionnaire mentionné sur votre attestation de pensionné(e).**

**N'oubliez pas de signer votre feuille de soins.**

**ANNEXE 3**  
**ATTESTATION DE PRISE EN**  
**CHARGE DES VICTIMES**  
**D'ACTE DE TERRORISME**

# Attestation de prise en charge des victimes d'actes de terrorisme

(Articles L. 169-1 et suivants du Code de la sécurité sociale)

**Cette attestation vous permet de bénéficier d'une prise en charge intégrale  
(y compris des dépassements d'honoraires) et sans avance de frais  
des soins en lien avec les actes de terrorisme**

**ATTENTION : pour l'utiliser vous devez impérativement mettre à jour votre carte Vitale**

- Valable du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

## • Personne recevant les soins

Nom et prénom

(suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))

Numéro d'immatriculation

Date de naissance

## • Assuré(e) (à compléter si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

Nom et prénom

(suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))

Numéro d'immatriculation

## • Adresse de l'assuré(e)

Le directeur de l'organisme d'assurance maladie de .....  
atteste que M., Mme, Mlle (nom et prénom) .....  
bénéficie d'une prise en charge intégrale pour tous les soins en lien avec les actes de terrorisme du :

Signature du directeur  
(ou de son représentant)

Cachet de l'organisme

Date \_\_\_\_\_

## A l'attention de Mesdames et Messieurs les professionnels de santé IMPORTANT

Afin de permettre une prise en charge intégrale de vos patients et de vous faire rembourser par l'assurance maladie, veuillez sur les formulaires (feuilles de soins, avis d'arrêt de travail, prescriptions de transport...) que vous utiliserez :

- cocher la case "autre" sur les feuilles de soins,
- ne pas cocher la case "soins dispensés au titre de l'article L.212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre",
- cocher la case "accident causé par un tiers",
- cocher les cases "l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire" et "l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire" sur les feuilles de soins.

et sur vos propres ordonnances :

- mentionner que les soins prescrits sont en lien avec les actes de terrorisme.

## INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

La prise en charge intégrale des prestations prévues par le Code de la sécurité sociale a été ouverte aux personnes victimes d'actes de terrorisme.

La présente attestation vous donne droit à la prise en charge intégrale, et sans avance de frais, des prestations suivantes, dès lors qu'elles sont en lien avec des actes de terrorisme :

- soins médicaux, y compris de suivi psychiatrique,
- frais de transport exposés en vue de recevoir des soins ou subir des examens, et ce quel que soit le mode de transport utilisé (ambulance, VSL...),
- forfait journalier en cas d'hospitalisation.

En cas de dépassements d'honoraires ou de tarifs, vous n'avez rien à régler. Votre médecin facturera directement le montant du dépassement à votre organisme d'assurance maladie.

### Comment utiliser cette attestation ?

Vous devez présenter cette attestation de prise en charge aux professionnels de santé (médecin, pharmacien...) et aux établissements de santé que vous consultez.

### **IMPORTANT :**

*pour toutes difficultés que vous rencontreriez, veuillez contacter le "Correspondant attentat", dont vous trouverez les coordonnées sur le courrier d'accompagnement envoyé par votre organisme d'assurance maladie.*

---

*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 du Directeur de votre organisme d'assurance maladie ou de son Délégué à la Protection des Données.  
En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale Informatique et Libertés.*

**ANNEXE 4**  
**TABLEAU TAUX DE**  
**REMBOURSEMENT DES**  
**ACTES ET SOINS**  
**MEDICAUX PRIS EN**  
**CHARGE PAR L'AM**

## Taux de remboursement des actes et soins médicaux pris en charge par l'Assurance Maladie

|   | Cas général | Régime d'Alsace-Moselle (1) |
|---|-------------|-----------------------------|
| <b>Honoraires</b>   |             |                             |
| Honoraires des praticiens : médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes (3)   | 70 %        | 90 %                        |
| Honoraires des auxiliaires médicaux : infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues (3) | 60 %        | 90 %                        |
| <b>Analyses et examens de laboratoire</b>   |             |                             |
| Actes en B (actes de biologie)  | 60 %        | 90 %                        |
| Actes en P (actes d'anatomie et de cytologie pathologiques)   | 70 %        | 90 %                        |
| <b>Médicaments</b>  |             |                             |
| Médicaments à service médical rendu majeur ou important   | 65 %        | 90 %                        |
| Médicaments à service médical rendu modéré  | 30 %        | 80 %                        |
| <b>Autres frais médicaux</b>  |             |                             |
| Optique   | 60 %        | 90 %                        |
| Prothèses auditives   | 60 %        | 90 %                        |
| <b>Frais de transport</b>   | 65 %        | 100 %                       |
| <b>Cure thermale avec hospitalisation</b>   | 80 %        | 100 %                       |
| <b>Hospitalisation (à l'hôpital ou en clinique privée conventionnée)</b>  | 80 %        | 100 %                       |

**ANNEXE 5**  
**LA PRESCRIPTION**  
**MEDICALE DE**  
**TRANSPORT**

ATTENTION : s'il s'agit de transports vers un lieu distant de plus de 150 km, de transports en série sans ALD cf. ② (\*), de transport en avion ou en bateau de ligne 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 ①. La durée de validité de la prescription médicale de transport est fixée à 1 an maximum (décret n° 2019-1322 du 9/12/2019).

**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 ou un chirurgien-dentiste.**

Comme toute prescription de transport, celle-ci doit être remplie et signée par le prescripteur des soins. Le médecin traitant 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).

## ① 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. ②) 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 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)
- transports provisoires de patients hospitalisés pour la réalisation d'une séance de radiothérapie en centre de santé ou dans une structure d'exercice libéral
- 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

## ② 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 ①, dès lors que votre patient 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'asepsie.

*N'omettez pas de préciser, toutefois, si votre patient se trouve aussi dans l'une des situations mentionnées au ①.*

### • 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 décrites au ①.

° 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 psychique nécessitant l'aide d'une tierce personne pour la transmission des informations nécessaires à l'équipe soignante 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 la situation du transport d'une personne à mobilité réduite, le fauteuil roulant est celui prescrit par le médecin traitant.

° 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 16 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.

## PRESCRIPTION MÉDICALE DE TRANSPORT - NOTICE

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

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.

SPECIMEN

## 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  
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

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

• **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 :

- structure de soins :

**arrivée**

- domicile

- autre lieu :

- structure de soins :

transport aller-retour  ③ nombre de transports itératifs④ **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. 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

raison sociale

identifiant

(n° RPPS)

adresse

date

signature

n° structure

(AM, FINESS 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

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

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

• **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 :

- 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)