

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

❶ **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

❷ **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 aseptie rigoureuse
 - transport assis professionnalisé (VSL, taxi conventionné) si l'état du patient permet un transport partagé, 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

❸ nombre de transports itératifs

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

❺ **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

❻ **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

adresse

n° structure

(AM, FINESS ou SIRET)

signature

identifiant

(n° RPPS)

date

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)

Form fields for beneficiary details: nom et prénom, 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))

Form fields for insured details: nom et prénom, 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

Dans quelle situation permettant la prise en charge du transport se trouve votre patient ? (plusieurs choix possibles)

Form fields for transport situation: entrée ou sortie d'hospitalisation, transport en lien avec une affection de longue durée, transport lié à un accident du travail.

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

Form fields for mode of transport: transport en ambulance justifié, transport assis professionnalisé, moyen de transport individuel.

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)

Form fields for patient journey: départ (domicile, autre lieu, structure de soins), arrivée (domicile, autre lieu, structure de soins).

transport aller-retour nombre de transports itératifs

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

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

Identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

Form fields for prescriber and structure identification: nom et prénom, raison sociale, adresse, n° structure, signature, date, identifiant.

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)

Form fields for VSL, taxi, ambulance: Raison sociale, Adresse, Fait à, Le, N° d'identification, Signature du transporteur.

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.

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).