

# LE MODE OPÉRATOIRE DE PRESCRIPTION MÉDICALE DE TRANSPORT

Formulaire n° S3138d



La prescription médicale de transport est une prescription médicale qui engage le professionnel de santé sur la délivrance d'un transport en adéquation avec l'état de santé du patient.

Elle doit toujours être établie préalablement au transport.

cerfa

n° 11574 \*04

## Prescription médicale de transport

(articles L. 162-4-1 2<sup>e</sup>, L. 321-1 2<sup>e</sup>, L. 322-5, L. 432-1, R. 322-2 et R. 322-10 à R. 322-10-7 du Code de la sécurité sociale)

Volet 1 à adresser au contrôle médical, sous enveloppe, à l'attention de "M. le Médecin-Conseil"

Quatre situations permettent le remboursement d'un transport.

Si le transport est prescrit en ambulance, vous devez en justifier la nécessité.

A cocher uniquement si aller ET retour.

<b>la personne bénéficiaire du transport et l'assuré(e)</b>	
• 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 <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> date de l'accident	
<b>la prescription médicale</b>	
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 <input type="checkbox"/> - transport en lien avec une affection de longue durée avec déficience ou incapacité : ALD exonérante <input type="checkbox"/> ALD non exonérante <input type="checkbox"/> - transport lié à un accident du travail ou une maladie professionnelle <input type="checkbox"/> 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(s) case(s) correspondante(s)) : d'être en position allongée ou demi-assise <input type="checkbox"/> d'une surveillance par une personne qualifiée <input type="checkbox"/> d'administration d'oxygène <input type="checkbox"/> d'un brancardage ou d'un portage <input type="checkbox"/> d'une asepsie rigoureuse <input type="checkbox"/> - transport assis professionalisé (VSL, taxi conventionné) <input type="checkbox"/> si l'état du patient permet un transport partagé, cochez la case <input type="checkbox"/> - moyen de transport individuel <input type="checkbox"/> } si l'état de santé du patient nécessite une personne accompagnante, cochez la case <input type="checkbox"/> - transport en commun terrestre <input type="checkbox"/>	
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	arrivée
- domicile <input type="checkbox"/>	- domicile <input type="checkbox"/>
- autre lieu : <input type="checkbox"/>	- autre lieu : <input type="checkbox"/>
- structure de soins : <input type="checkbox"/>	- structure de soins : <input type="checkbox"/>
transport aller-retour <input type="checkbox"/>	nombre de transports itératifs
④ Urgence : appel du SAMU-centre 15 <input type="checkbox"/> ou autres <input type="checkbox"/> (précisez) :	
⑤ Eléments 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 <input type="checkbox"/>	
⑥ Cas particuliers d'exonération du ticket modérateur oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
• Ce transport est-il lié à des soins dispensés au titre d'une pension militaire d'invalidité ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

<b>Identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce</b>	
nom et prénom	raison sociale adresse
identifiant (n° RPPS)	n° structure (AM, FINESSE ou SIRET)
date	signature

ALD : à cocher si le transport est prescrit pour des soins ou consultation en lien avec l'ALD.  
Exonérante (100%) ou non (65%).

Indispensable pour les soins ou consultation en rapport avec l'ALD.

Numéro RPPS du médecin prescripteur indispensable et numéro de structure le cas échéant.

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 personnelles. Toute communication quelconque se rend coupable de fraude ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-5 et 441-7 du Code pénal). En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation dans le but d'obtenir le versement de prestations indus, peuvent faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale.

S3138d