

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

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

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

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

Form fields for transport mode: transport en ambulance justifié, position allongée, brancardage, transport assis, état de santé du patient, moyen de transport individuel, transport en commun terrestre.

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'Engagemement maternité)

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

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

Form fields for medical elements and comments.

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

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

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.

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)

List of medical situations: entrée ou sortie d'hospitalisation, transport en lien avec une affection de longue durée, transport Engagement maternité, 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 ?

Options for transport mode: transport en ambulance justifié si, position allongée, brancardage, transport assis, état de santé du patient, transport pour patient à mobilité réduite.

Quel trajet doit effectuer le patient ? Préciser le nom et l'adresse du lieu de départ et d'arrivée si hors domicile.

Form fields for departure and arrival details: 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 (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

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

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.

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.

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.