

# Annexe 5 – Demande d'accord préalable de Transport



n° 50743#06

## DEMANDE D'ACCORD PREALABLE DE TRANSPORT VALANT PRESCRIPTION MEDICALE - notice

La prise en charge de certains, détaillés ci-dessous, nécessite l'accord préalable du contrôle médical des caisses.  
L'absence de réponse dans un délai de 15 jours à compter de l'expédition de la demande vaut accord, sauf urgence attestée par le médecin (article R.322-10-4 du Code de la Sécurité Sociale)

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.

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). La durée de validité de la prescription médicale de transport est fixée à un an maximum (décret n° 2019-1322 du 9 décembre 2019).

### 1 Dans quelles situations devez-vous établir une demande d'accord préalable pour permettre la prise en charge des frais de transport ?

- lorsque votre patient doit se rendre en un lieu distant de plus de 150 km (le service du contrôle médical vérifie que les soins ne peuvent pas être dispensés dans une structure plus proche),
- lorsque l'état de votre patient nécessite des transports en série sans ALD (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 km),
- lorsque votre patient est un enfant ou un adolescent et qu'il doit se rendre dans un centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP) ou dans un centre médico-psycho-pédagogique (CMPP) pour y recevoir des soins ou suivre un traitement,
- lorsque votre patient doit voyager en avion ou en bateau de ligne régulière. (Si son état de santé nécessite l'assistance d'un tiers ou s'il a moins de 16 ans, les frais de transport exposés par la personne accompagnante peuvent être remboursés.

Dans ce dernier cas, le transport doit en outre répondre à l'une des situations suivantes :

- il est lié à l'état de santé de votre patient qui nécessite une hospitalisation (complète, partielle, ambulatoire). Les séances de chimio-thérapie, de radiothérapie ou d'hémodialyse sont assimilées à une hospitalisation,
- il 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,
- il est en lien avec un accident du travail ou une maladie professionnelle dont a été victime, ou souffre votre patient.

Dans l'une des situations a, b, c, d, vous devez également remplir ce formulaire dans les cas suivants :

- transports en entrée et sortie d'hospitalisation à domicile
- transports de patients dialysés à domicile (hémodialyse et dialyse péritonéale)
- transports pour permission de sortie de patients de moins de 20 ans hospitalisés depuis plus de 14 jours
- transports provisoire (<48h) 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 dépendantes (EHPAD) ou une unité de soins de longue durée (USLD) (à l'exception des transports pour permission d'une durée de moins de 48 heures),
- transports sanitaires effectués dans le cadre de l'aide médicale urgente (AMU),
- transport d'un patient non hospitalisé depuis un service des urgences non UHCD vers un autre établissement de santé

### 2 Quelle mode de transport pouvez-vous prescrire, hormis l'avion ou le bateau, au regard de l'état de santé et d'autonomie de votre patient

- Vous lui prescrivez un transport en ambulance s'il 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.
  - Vous lui prescrivez un transport assis professionnalisé (VSL ou taxi conventionné) s'il présente au moins une :
    - déficience ou incapacité physiques 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 une situation d'un transport de patient à mobilité réduite, le patient est transporté dans son fauteuil roulant prescrit médicalement. Le transport partagé est le mode de transport prescrit par défaut.
- Vous lui prescrivez un moyen de transport individuel (son véhicule personnel, par exemple) ou les transports en commun terrestres 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 remboursés.

### 3 Eléments 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.

### 4 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,
- lorsque l'état du patient hospitalisé dans un établissement de soins nécessite son transfert vers un autre établissement d'hospitalisation en vue d'un traitement mieux adapté à son état (nota bémol : cette disposition n'est pas applicable en cas de transfert d'un établissement d'hospitalisation vers un établissement de soins de suite de réadaptation),
- si le transport est lié à l'hospitalisation d'un nouveau-né de moins de trente jours.

S3139f

**Partie à compléter par l'assuré(e) ou son représentant**

• **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

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))

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

**Partie à compléter par le prescripteur**

1 **Dans quelle situation se trouve votre patient ?**

- transport à plus de 150 km  - transports en série  (cf. notice) - transport vers un CAMSP ou un CMPP

- transport par avion ou par bateau de ligne régulière  dans ce cas, si l'état du patient nécessite une personne accompagnante, cochez la case

► Indiquez, ci-dessous, à quelle situation est lié le transport par avion ou par bateau :

• 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, hormis l'avion ou le bateau, au regard de l'état de santé et d'autonomie de votre patient ?**

- transport en ambulance justifié si (cochez la(les) case(s) correspondante(s)) :

• position allongée ou demi-assise  surveillance par une personne qualifiée  oxygène  brancardage ou portage  aseptie

- 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  } dans ce cas, si l'état du patient nécessite une personne accompagnante, cochez la case

- transport en commun terrestre

► Si votre patient doit utiliser l'un de ces modes de transport, précisez si ce dernier est en lien avec :

• une ALD exonérante  • un AT/MP  et la date de l'AT/MP

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  arrivée - domicile

- autre lieu : - autre lieu :

- structure de soins : - structure de soins :

transport aller-retour  nombre de transports

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

4 **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

5 **Cas particuliers d'exonération du ticket modérateur** oui  non

**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)	
<b>Avis médical</b>	
accord <input type="checkbox"/>	signature et cachet
refus total <input type="checkbox"/> refus partiel <input type="checkbox"/>	
motif :	
date	
<b>Avis administratif</b>	
accord <input type="checkbox"/>	signature et cachet
refus <input type="checkbox"/>	
date	

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 peines pécuniaires, 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, 441-4 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale)

**Partie à compléter par l'assuré(e) ou son représentant**

- **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

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))

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

**Partie à compléter par le prescripteur**

- ❶ **Dans quelle situation se trouve votre patient ?**

- transport à plus de 150 km  - transports en série  (cf. notice) - transport vers un CAMSP ou un CMPP

- transport par avion ou par bateau de ligne régulière  dans ce cas, si l'état du patient nécessite une personne accompagnante, cochez la case

► Indiquez, ci-dessous, à quelle situation est lié le transport par avion ou par bateau :

• 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, hormis l'avion ou le bateau, au regard de l'état de santé et d'autonomie de votre patient ?**

- transport en ambulance justifié si (cochez la/les case(s) correspondante(s)) :

• position allongée ou demi-assise  surveillance par une personne qualifiée  oxygène  brancardage ou portage  asepsie

- 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  } dans ce cas, si l'état du patient nécessite une personne accompagnante, cochez la case

- transport en commun terrestre

► Si votre patient doit utiliser l'un de ces modes de transport, précisez si ce dernier est en lien avec :

• une ALD exonérante  • un AT/MP  et la date de l'AT/MP

- **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  arrivée - domicile

- autre lieu :  - autre lieu :

- structure de soins :  - structure de soins :

transport aller-retour  nombre de transports

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

- ❸ **Cas particuliers d'exonération du ticket modérateur** oui  non

**Identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce**

nom et prénom	raison sociale
identifiant <small>(n° RPPS)</small>	adresse
date	signature
	n° structure <small>(A.M. FINESSE ou SIRET)</small>

**Avis médical**

accord

refus total  refus partiel

motif :

date

signature et cachet

**Avis administratif**

accord

refus

signature et cachet

date

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)

**Partie à compléter par l'assuré(e) ou son représentant**

- **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

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))

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

**Partie à compléter par le prescripteur**

- ① **Dans quelle situation se trouve votre patient ?**

- transport à plus de 150 km  - transports en série  (cf. notice) - transport vers un CAMSP ou un CMPP

- transport par avion ou par bateau de ligne régulière  dans ce cas, si l'état du patient nécessite une personne accompagnante, cochez la case

▶ Indiquez, ci-dessous, à quelle situation est lié le transport par avion ou par bateau :

• 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, hormis l'avion ou le bateau, au regard de l'état de santé et d'autonomie de votre patient ?**

- transport en ambulance justifié si (cochez la(les) case(s) correspondante(s)) :

• position allongée ou demi-assise  surveillance par une personne qualifiée  oxygène  brancardage ou portage  aseptie

- 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  } dans ce cas, si l'état du patient nécessite une personne accompagnante, cochez la case

- transport en commun terrestre

▶ Si votre patient doit utiliser l'un de ces modes de transport, précisez si ce dernier est utilisé avec :

• une ALD exonérante  • un AT/MP  et la date de l'AT/MP

- **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  arrivée - domicile

- autre lieu : - autre lieu :

- structure de soins : - structure de soins :

transport aller-retour  nombre de transports

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

- ④ **Cas particuliers d'exonération du ticket modérateur** oui  non

**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)

**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.ameil.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

numéro d'identification :

adresse

signature du transporteur

fait à le

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)