

# DEMANDE D'ACCORD PREALABLE DE TRANSPORT VALANT PRESCRIPTION MEDICALE

(articles L. 162-4-1 2°, L. 321-1 2°, 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"

## 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  (+ de 50 km, minimum 4 transports en 2 mois) - 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)  si l'état du patient permet un transport partagé, cochez la case
- moyen de transport individuel
- transport en commun terrestre  dans ce cas, si l'état du patient nécessite une personne accompagnante, cochez la case

▶ 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)

<b>départ</b>	<b>arrivée</b>
- domicile <input checked="" type="checkbox"/>	- domicile <input type="checkbox"/>
- autre lieu :	- autre lieu :
- structure de soins :	- structure de soins :
transport aller-retour <input checked="" type="checkbox"/> nombre de transports	

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

❸ **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

TAMPON DU SERVICE MEDICAL SUR JOLET 3 POUR REMBT AUPRES DE LA SEC

❹ **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)

### Avis médical

### Avis administratif

accord <input type="checkbox"/>	signature et cachet	accord <input type="checkbox"/>	signature et cachet
refus total <input type="checkbox"/> refus partiel <input type="checkbox"/>		refus <input type="checkbox"/>	
motif :			
date		date	

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 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, 441-6 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 indues, peuvent faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale.