cerfa

N° 11574*03

Volet 2 à adresser à l'organisme pour remboursement avec les justificatifs nécessaires (voir la dernière rubrique de ce volet)

Prescription médicale de transport

(articles L.162-4-1-2°, L. 321-1-2°, L. 322-5, L. 432-1 et R. 322-10 et suivants du Code de la sécurité sociale)

La prescription médicale, à compléter par le médecin
(pour plus d'information, se référer à la notice)

- **Le bénéficiaire** ***(à compléter obligatoirement par le médecin)***

Nom (*suivi, s'il y a lieu, du nom d'époux(se)*)
Prénom

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

Hospitalisation (entrée-sortie) ☐
Nécessité d'être allongé ou sous surveillance ☐
Soins liés à une affection de longue durée ☐
Soins liés à un AT/MP ☐
Date de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle |_|_|_|_|_|_|_|_|

- **Quel trajet doit effectuer le patient ?** ***(précisez l'adresse du lieu de départ et du lieu d'arrivée ainsi que le nom de la structure de soins)***

- Transport aller ☐ Transport retour ☐ Transport aller-retour ☐
- Transport itératif ☐ nombre : .....
- **Ce transport est-il lié à une condition de prise en charge à 100% ?** oui ☐ non ☐
(*grossesse de plus de 6 mois, ALD exonérante, AT/MP, autre... Se référer à la notice*)
- **Quel mode de transport prescrivez-vous, en vous reportant au référentiel médical détaillé dans la notice ?**

Ambulance ☐
Transport assis professionnalisé (VSL, taxi) ☐
Transport en commun (bus, train…) ☐ *(complétez la ligne ci-dessous)*
. Dans ce cas, l'état de santé du patient nécessite-t-il **une personne accompagnante ?** oui ☐ non ☐
Moyen de transport individuel ☐

- Conditions particulières : nécessité d'une asepsie rigoureuse ☐ appel du centre 15 ☐

(si cachet, merci de le reporter sur les 2 volets)

Etablie le . . /. . /. . . . à
Identification du médecin et, le cas échéant, de l'établissement et signature du médecin

Les renseignements administratifs, à compléter par l'assuré(e) ou son représentant

- **Merci de compléter ces informations à l'aide de la carte vitale ou de l'attestation**

. Le numéro d'immatriculation de l'assuré(e) : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

. Les nom et prénom de l'assuré(e) *(à remplir si le bénéficiaire n'est pas l'assuré(e)) :* ……

et le code de son organisme de rattachement : |_|_|_|_|_|_|_|_|

. L'adresse du bénéficiaire du transport :…….....
…… ……

Voiture particuliere, transports en commun, taxi non conventionné	VSL, taxi conventionné, ambulance *(à compléter par le transporteur et à joindre à la facture)*
Vous envoyez ce volet avec le formulaire "demande de remboursement" et les justificatifs de vos dépenses. **La demande de remboursement est disponible dans votre organisme ou sur le site de l'Assurance Maladie www.ameli.fr à la rubrique "formulaires" de l'espace "assurés".**	**S'il y a lieu, nombre de transports : ……** **Transport effectué le** |_|_|_|_|_|_|_|_| **ou date (si connue) du dernier transport** |_|_|_|_|_|_|_|_| **Identification et 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 d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraude et de fausses déclarations (articles L. 114-13 du Code la sécurité sociale, 441.1 du Code pénal).