

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

Vous utilisez ce formulaire dans les cas suivants (cochez la case correspondante à la situation de votre patient) :

Transport à plus de 150 km Transport en série (+ de 50 km, minimum 4, en 2 mois) Transport par avion ou bateau de ligne

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

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

• **Si votre patient doit utiliser l'avion ou le bateau de ligne, dans quelle situation se trouve-t-il ?** (plusieurs choix possibles)

| | |
|--|---|
| Hospitalisation (entrée-sortie) <input type="checkbox"/> | Soins liés à une affection de longue durée <input type="checkbox"/> |
| Nécessité d'être allongé ou sous surveillance <input type="checkbox"/> | Soins liés à un AT/MP <input type="checkbox"/> |
| | Date de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle <input type="text"/> |

• **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
Si transport en série, indiquez le 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)

• **Si votre patient doit utiliser un autre mode de transport que l'avion ou le bateau, 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 urgence attestée par le médecin prescripteur
(si cachet, merci de le reporter sur les 3 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 :
.....

Accord préalable

AVIS MEDICAL
maladie maternité AT/MP date : ./. /. . . .
Défavorable total
Défavorable partiel
Mode de transport préconisé :
Fait le Cachet
Signature

AVIS ADMINISTRATIF
Refus (voir notification jointe)
Fait le Cachet
Signature