







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: 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: 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)

- 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 Engagement maternité du lieu de résidence vers la maternité ou l'hébergement temporaire non médicalisé
- transport lié à un accident du travail ou une maladie professionnelle

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

- transport en ambulance justifié si (cochez la(les) case(s) correspondante(s))
- d'être en position allongée ou demi-assise
- d'une surveillance par une personne qualifiée
- d'administration d'oxygène
- d'un brancardage ou d'un portage
- d'une asepte rigoureuse
- 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 adapté, cochez la case
- moyen de transport individuel
- transport en commun terrestre

Quel trajet doit effectuer le patient ? Préciser le nom et l'adresse du lieu de destination 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'Engagement maternité)

Form fields for journey: départ - domicile, arrivée - domicile, autre lieu, structure de soins.

transport aller-retour, nombre de transports itératifs

Urgence : appel du SAMU-centre de secours, autres (précisez) :

Cas particuliers de régularisation du ticket modérateur oui non

Ce transport est-il lié à des services pensés au titre d'une pension militaire d'invalidité ? oui non (articles L.212-1 du Code de la sécurité sociale, articles L.160-1 et L.160-2 du Code de la sécurité sociale)

Identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

Form fields for prescriber: nom et prénom, identifiant, date, 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: 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.