



le bénéficiaire du transport et l'assuré(e) (préalablement, lire attentivement la notice)

- le bénéficiaire (à compléter obligatoirement par le prescripteur)

nom (suivi, s'il y a lieu du nom d'usage) prénoms

- la transmission de la prescription

transmission par voie électronique

dans ce cas, le prescripteur remet le volet 1 de la prescription papier (y compris la notice) au bénéficiaire afin qu'il la présente au transporteur pour qu'il la complète

- à remplir par le transporteur à l'aide de l'attestation papier qui accompagne la carte vitale si ce volet n'a pas été télétransmis par voie électronique

le numéro d'immatriculation du bénéficiaire

ou à défaut sa date de naissance :

le numéro d'immatriculation de l'assuré(e) :

et le code de son organisme de rattachement :

adresse :

la prescription médicale (à compléter par le prescripteur – préalablement, lire attentivement la notice)

- le mode de transport (préciser : transports en commun (bateau, avion), voiture particulière, transport assis professionnalisé, ambulance, SMUR)

pour se rendre à :

- le cas échéant, identification de la structure de soins :

- les conditions d'exécution du transport

transport assis	oui	non	urgence	oui	non	hospitalisation	oui	non
transport allongé ou demi assis	oui	non	personne accompagnante	oui	non	série ou + de 150 kms	oui	non
			transfert	oui	non	séances itératives	oui	non
						traitement en rapport avec soins ou arrêt de travail de + 6 mois (L 324-1 code SS)	oui	non

- les cas d'exonération du ticket modérateur

transport lié à un accident du travail ou à une maladie professionnelle

 date de l'accident du travail ou de la 1^{ère} constatation de la maladie professionnelle :

traitement en rapport avec une affection de longue durée exonérante (sur liste ou hors liste) ou avec polypathologie invalidante

autre cas d'exonération du ticket modérateur que ceux cités ci-dessus (voir notice)

(si cachet le reporter sur les 2 volets)

 établi le _____ à _____
 identification du praticien et le cas échéant de l'établissement,
 et signature du praticien

 s'il y a lieu, nombre de transports : _____
 transport effectué le _____ ou date (si connue)
 du dernier transport, si transports en série ou itératifs
 identification et signature du transporteur

NOTICE A L'ATTENTION DE L'ASSURÉ(E)

Madame, Monsieur,

ATTENTION : tous les transports prescrits ne sont pas remboursables. Le remboursement intervient uniquement dans les 5 situations suivantes : hospitalisation (sortie, entrée), transport lié à une affection de longue durée, transport justifiant une ambulance, transports en série*(au moins 4 transports de + 50 km sur 2 mois pour un même traitement), transport à + de 150 km*, transport lié à un accident du travail ou une maladie professionnelle (*accord préalable de votre organisme nécessaire)

Le transport, nécessité par votre état de santé, s'il rentre dans l'une des conditions précitées, implique l'établissement d'une PRESCRIPTION MÉDICALE, sauf en cas d'utilisation d'un transport en commun inférieur à 150 km. En cas d'urgence, la prescription peut être établie a posteriori.

Vous devez compléter le volet 2 par les renseignements administratifs du pavé «bénéficiaire du transport et assuré(e)» à l'aide de l'attestation papier qui accompagne votre carte vitale et L'ADRESSER AU CONTRÔLE MÉDICAL (OU À L'ORGANISME CONVENTIONNÉ POUR LES PROFESSIONS INDÉPENDANTES) DE VOTRE ORGANISME DANS L'ENVELOPPE « M. LE MÉDECIN CONSEIL » QUI VOUS A ÉTÉ REMISE PAR VOTRE PRATICIEN.

Si la case « transmission par voie électronique » n'est pas cochée, présentez l'attestation papier qui accompagne votre carte vitale et ce volet 1 (accompagné de la notice) au prescripteur afin qu'il puisse le compléter (art. R 161-45 du Code ss). Il sera joint ultérieurement à la demande de remboursement (facture ou « état de frais »).

Pour toute demande de remboursement de transport en commun (avion ou bateau), voiture particulière, taxi (hors dispense d'avance de frais), procurez-vous, auprès de votre organisme, l'imprimé spécial « Etat de frais »

REMARQUE IMPORTANTE : vérifiez bien que le médecin a complété le bas du volet 2 « éléments d'ordre médical ». En effet, votre médecin est tenu de préciser les éléments médicaux justifiant votre transport (art. L 162-4-1-2° du Code s.s.)

POUR TOUS RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, CONSULTEZ VOTRE ORGANISME

La loi 78.17 du 6.1.78 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 fraudes ou de fausses déclarations. (articles L377.1 du Code de la sécurité sociale, 441.1 du Code pénal)

le bénéficiaire du transport et l'assuré(e) (préalablement, lire attentivement la notice)

- le bénéficiaire (à compléter obligatoirement par le prescripteur)

nom (suivi, s'il y a lieu du nom d'usage) prénoms

- à remplir par l'assuré(e) ou son représentant à l'aide de l'attestation papier qui accompagne la carte vitale

le numéro d'immatriculation du bénéficiaire

ou à défaut sa date de naissance :

le numéro d'immatriculation de l'assuré(e) :

et le code de son organisme de rattachement :

adresse :

la prescription médicale (à compléter par le prescripteur – préalablement, lire attentivement la notice)

- le mode de transport (préciser : transports en commun (bateau, avion), voiture particulière, transport assis professionnalisé, ambulance, SMUR)

pour se rendre à :

- le cas échéant, identification de la structure de soins :

- les conditions d'exécution du transport

transport assis	oui	non	urgence	oui	non	hospitalisation	oui	non
transport allongé ou demi assis	oui	non	personne accompagnante	oui	non	série ou + de 150 kms	oui	non
			transfert	oui	non	séances itératives	oui	non
						traitement en rapport avec soins ou arrêt de travail de + 6 mois (L 324-1 code SS)	oui	non

- les cas d'exonération du ticket modérateur

transport lié à un accident du travail ou à une maladie professionnelle
date de l'accident du travail ou de la 1^{ère} constatation de la maladie professionnelle :

traitement en rapport avec une affection de longue durée exonérante (sur liste ou hors liste) ou avec polypathologie invalidante

autre cas d'exonération du ticket modérateur que ceux cités ci-dessus (voir notice)

(si cachet le reporter sur les 2 volets)

établi le _____ à _____
**identification du praticien et le cas échéant de l'établissement,
 et signature du praticien**

- éléments d'ordre médical

- précisant le motif du déplacement:

- justifiant le mode de transport prescrit

La loi 78.17 du 6.1.78 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 fraudes ou de fausses déclarations. (articles L377.1 du Code de la sécurité sociale, 441.1 du Code pénal)