

Prescription médicale de transport

n° 11574*06



(articles L.160-8-2°, L.162-4-1-2°, L.322-5, L.432-1, R.160-8,
R.322-10-9, R.322-10 à R.322-10-7, R.160-16 et D.162-17 II du Code de la sécurité sociale)

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)

nom et prénom **SANS BERTHE**
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation **249129211904852**
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)

date de naissance **18121949**

adresse **24 rue Anatole France - 95150 TAVERNY**

• **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 ?

oui ☐ non ☐ date de l'accident

la prescription médicale

1 **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 ☐

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

- transport Engagemement maternité du lieu de résidence vers la maternité ou l'hébergement temporaire non médicalisé ☐

date de l'AT/MP

2 **Quel mode de transport prescrivez-vous 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))

• d'être en position allongée ou demi-assise ☐

• d'un brancardage ou d'un portage ☐

• 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 est adapté, cochez la case ☐

• dans ce cas, si l'état du patient nécessite une personne accompagnante, cochez la case ☐

- transport en commun terrestre ☐

3 **Quel trajet doit effectuer le patient ?**

Préciser le nom et l'adresse du lieu de départ et 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)

départ - domicile ☐

arrivée - domicile ☒

- autre lieu :

- structure de soins : **Clinique du Mont Don**

12 rue de l'Eglise - 95250 BEAUCHAMP

transport aller-retour ☐

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

6 **Cas particuliers d'exonération du ticket modérateur**

oui ☐

non ☒

• Ce transport est-il lié à des soins dispensés au titre d'une pension militaire d'invalidité ?

oui ☐

non ☐

(article L.212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre)

Identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom **BACHIRAN Pascal**

identifiant (n° RPPS) **41232512652**

date **2801N**

raison sociale **Clinique du Mont Don**

adresse **12 rue de l'Eglise - 95250 BEAUCHAMP**

n° structure (AM, FINESS ou SIRET) **9503456789**

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.amei.fr" à la rubrique "formulaires" de l'espace "assurés".

VSL, taxi conventionné, ambulance (à compléter par le transporteur et à joindre à la facture)

Raison sociale

N° d'identification :

Adresse

Fait à Le

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. En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale Informatique et Libertés (CNIL).
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 (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L.114-17-1 du Code de la sécurité sociale).