

Partie à compléter par l'assuré(e) ou son représentant

- **Personne bénéficiaire du transport** (les nom et prénom du bénéficiaire sont à compléter obligatoirement par le prescripteur)

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

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))

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 ? non oui date de l'accident

Partie à compléter par le prescripteur

1 Dans quelle situation se trouve votre patient ?

- transport à plus de 150 km - transports en série (+ de 50 km, minimum 4 transports en 2 mois) - transport vers un CAMSP ou un CMPP
- transport par avion ou par bateau de ligne régulière dans ce cas, si l'état du patient nécessite une personne accompagnante, cochez la case
 - ▶ Indiquez, ci-dessous, à quelle situation est lié le transport par avion ou par bateau :
 - 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 lié à un accident du travail ou une maladie professionnelle date de l'AT/MP

2 Quel mode de transport prescrivez-vous, hormis l'avion ou le bateau, 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)) :
 - position allongée ou demi-assise surveillance par une personne qualifiée oxygène brancardage ou portage asepsie
- transport assis professionnalisé (VSL, taxi conventionné) si l'état du patient permet un transport partagé, cochez la case
- moyen de transport individuel
- transport en commun terrestre dans ce cas, si l'état du patient nécessite une personne accompagnante, cochez la case
- ▶ Si votre patient doit utiliser l'un de ces modes de transport, précisez si ce dernier est en lien avec :
 - une ALD exonérante • un AT/MP et la date de l'AT/MP

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

départ	arrivée
- domicile <input type="checkbox"/>	- domicile <input type="checkbox"/>
- autre lieu :	- autre lieu :
- structure de soins :	- structure de soins :
transport aller-retour <input type="checkbox"/>	nombre de transports

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

3 Eléments d'ordre médical (précisez la nature de l'examen ou des soins justifiant le déplacement) **et commentaires éventuels**

transport vers le Centre de référence C-MARVEM Kremlin Bicêtre (ou Necker si enfant)

- transport vers un centre de référence dédié à la prise en charge des maladies rares

- 4 **Cas particuliers d'exonération du ticket modérateur** oui non

Identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom	raison sociale
identifiant (n° RPPS)	adresse
date	signature
	n° structure (AM, FINESSE ou SIRET)

Avis médical

Avis administratif

accord <input type="checkbox"/>	signature et cachet	accord <input type="checkbox"/>	signature et cachet
refus total <input type="checkbox"/> refus partiel <input type="checkbox"/>		refus <input type="checkbox"/>	
motif :			
date		date	