



**l'Assurance  
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Aude



# **GUIDE PRATIQUE TAXIS CONVENTIONNES AUDE**

**Pour vous aider au quotidien dans votre exercice et votre facturation**

*Mise à jour Mars 2023*

## Préambule

Ce guide pratique élaboré par la Caisse d'Assurance Maladie de l'Aude a pour objectif de vous accompagner dans votre activité quotidienne de prise en charge des assurés pour des transports médicaux et dans la facturation de ces transports.

Il n'a pas l'ambition d'être exhaustif et de répondre à l'ensemble des questions que vous pouvez vous poser.

Ce guide ne se substitue pas à la Convention signée entre la Caisse d'assurance maladie de l'Aude et les représentants de la profession, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> février 2019, mais vous en rappelle les points essentiels.

Je vous en souhaite bonne lecture.

**Le Directeur**  
**Antoine BOURDON**

## SOMMAIRE

|   |         |
|---|---------|
| 1. Je m'installe – Ce que je dois retenir de la Convention taxis .....        | Page 3  |
| 2. Je réalise un transport  |         |
| 2.1 A savoir avant de prendre en charge le transport d'un patient .....       | Page 6  |
| 2.2 Comment dois-je facturer le transport à la caisse ? .....                 | Page 8  |
| Les mesures tarifaires  |         |
| Principes à connaître   |         |
| Bien remplir sa facturation   |         |
| 2.3 Les modalités de transmission des factures et pièces justificatives ..... | Page 14 |
| Le traitement des rejets  |         |
| 3. Des exemples de facturation .....  | Page 15 |
| 4. Mes contacts à la CPAM de l'Aude .....                                     | Page 20 |
| Annexes :   |         |
| 1. Réglementation Taxis : Conséquences de la loi du 01/10/2014 .....          | Page 21 |
| 2. Transports remboursables .....   | Page 23 |
| 3. Les cas de prise en charge à 100% .....                                    | Page 25 |
| 4. Modèle Imprimé de facturation .....  | Page 26 |
| 4 bis. Modèle Annexe à la facture .....                                       | Page 27 |
| 5. Modèle Demande d'Accord préalable de Transport.....                        | Page 28 |
| 6. Modèle Prescription Médicale de Transport.....                             | Page 30 |

# 1 - Je m'installe- Ce que je dois retenir de la Convention taxis

**La prise en charge des transports médicaux des assurés par taxi n'est possible que si le transport est réalisé avec un véhicule conventionné et un conducteur déclaré.**

## A/ Les conditions au conventionnement

Pour le conventionnement, solliciter un RDV au service RPS (Relations Professionnels de Santé)  
Contact : 36.08

Conseil : un dossier complet => délai de traitement de votre demande plus rapide

⇒ **Documents à fournir**

| Pour l'entreprise   | Pour l'ADS (Autorisation de Stationnement)  | Pour le véhicule Taxi  | Pour le conducteur   |
|---|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>. copie conforme de la carte d'immatriculation au répertoire des métiers et/ou extrait Kbis daté &lt; 3 mois</li><li>. attestation URSSAF/RSI de paiement des cotisations sociales</li><li>. justificatif d'assurance Responsabilité civile professionnelle</li><li>. état déclaratif (annexe 1 convention)</li><li>. RIB de l'entreprise</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>. copie conforme de l'arrêté municipal attribuant l'ADS</li><li>. tout document justifiant de l'exploitation effective et continue (déclaration revenus professionnels, attestation comptable du chiffre d'affaires, justificatifs véhicule et conducteur...)</li><li>. copie du contrat de location-gérance (si ADS exploitée dans ce cadre)</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>. copie conforme de la carte grise</li><li>. récépissés du contrôle technique</li><li>. copie du carnet métrologique</li><li>. attestation d'assurance</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>. copies conformes de la carte professionnelle (CPCT), de l'attestation d'aptitude physique</li><li>. attestation de formation continue</li><li>. copie conforme du permis de conduire</li><li>. copie du contrat de travail (si conducteur salarié)</li></ul> |

⇒ **Justifier de 3 ans d'exploitation effective et continue** (ou 2 ans si ADS créée avant le 1/2/2019)

**1 ADS = 1 véhicule Taxi = 1 conducteur**

Par exemple : pour 3 ADS, 3 véhicules et (au moins\*) 3 conducteurs titulaires de la CPCT

*(\*) Il peut y avoir plus de conducteurs que de véhicules (la Réglementation Taxis admet la succession de plusieurs conducteurs dans la journée pour l'exploitation de l'ADS)*

Le conventionnement accordé est formalisé :

- . Signature de la Convention
- . Etat récapitulatif (*modèle ci-dessous*)
- . Attestation de remise du logo

A savoir : le logo, apposé à la vitre arrière latérale droite du taxi, est le seul moyen d'indiquer aux assurés sociaux que le véhicule est conventionné. Tout autre procédé publicitaire est interdit. Le logo doit être restitué en cas de changement de véhicule, de cessation d'activité ou de déconventionnement.

## DECLARATION D'INFORMATIONS ET JUSTIFICATIFS

Raison sociale de l'entreprise : .....

Adresse : .....

N° de téléphone : .....

Adresse mail : .....

N° d'identification CPAM : **11255 .....**

Conformément aux dispositions des articles 1 à 4 de la convention, ouvrent droit à remboursement par l'assurance maladie, dans les conditions précisées par la convention, les transports effectués par les véhicules et conducteurs figurant dans l'état récapitulatif suivant. L'entreprise de taxi conventionnée fournit à la caisse primaire d'assurance maladie les informations ci-dessous, accompagnées de leurs justificatifs.

| IMMATRICULATION<br>de chaque véhicule<br>conventionné<br>de l'entreprise | N° D'AUTORISATION<br>DE STATIONNEMENT | COMMUNE<br>de rattachement<br>de l'ADS | DATE<br>de création ou de<br>délivrance<br>de l'ADS | STATUT de l'exploitant de<br>l'ADS | NOM et PRENOM<br>Date de naissance<br>de chaque conducteur | N° et LIEU<br>d'obtention de la<br>carte professionnelle<br>de chaque conducteur |
|--|---------------------------------------|--|---|------------------------------------|--|--|
|  |                                       |  |   |                                    |  |  |
|  |                                       |  |   |                                    |  |  |
|  |                                       |  |   |                                    |  |  |
|  |                                       |  |   |                                    |  |  |
|  |                                       |  |   |                                    |  |  |
|  |                                       |  |   |                                    |  |  |

Je soussigné (nom et prénom du représentant légal de l'entreprise de taxi) atteste de la véracité des informations indiquées dans le présent état. Je m'engage à informer la caisse d'assurance maladie de tout changement affectant ces informations dans les conditions visées à l'article 4 de la convention locale.

Fait le .....

Le représentant légal de l'entreprise,

Document à fournir à la CPAM :

. À la signature de la convention

. À chaque changement de véhicule ou conducteur

. Chaque année avant fin janvier

## B/ Les obligations conventionnelles

### ⇒ Transmission annuelle des documents suivants :

- Etat récapitulatif (même sans changement de situation) avant le 31 janvier
- Attestation RSI/URSSAF de paiement des cotisations sociales, avant le 28 février

### ⇒ Lors de tout changement (véhicule, conducteur) :

Transmettre un nouvel Etat récapitulatif et les justificatifs afférents au véhicule et/ou conducteur dans les 30 jours suivant le changement.

Toutefois s'il s'agit d'un changement provisoire du véhicule ou du conducteur inférieur à 30 jours, vous n'avez pas l'obligation d'en informer la CPAM mais devez tenir les pièces justificatives à disposition en cas de contrôle.

En cas d'immobilisation temporaire ou de vol d'un véhicule taxi conventionné, le véhicule de remplacement doit être un véhicule taxi avec les équipements prévus par la réglementation (cf art. R3121 Code des Transports)

Le modèle d'état récapitulatif est téléchargeable sur le site *ameli PS/ Taxi conventionné / Votre exercice professionnel / Changement de situation/ rubrique Près de chez vous*

Adresser les documents :

Par mail à : [rps.cpam-aude@assurance-maladie.fr](mailto:rps.cpam-aude@assurance-maladie.fr)

Ou par courrier à : CPAM de l'Aude – **Service RPS-PAPS**  
2 allée de Bezons – 11017 CARCASSONNE cedex 9

**Conseil** : Envoi en courrier séparé (éviter un envoi dans la même enveloppe qu'un lot de factures par exemple)

### ⇒ Télétransmission des facturations

L'entreprise de taxi s'engage à télétransmettre ses factures selon la norme B2, incluant le nombre de km parcourus.

Besoin de conseils, contacter les Conseillers Informatique Service

Mail : [cis.cpam-aude@assurance-maladie.fr](mailto:cis.cpam-aude@assurance-maladie.fr)

Béatrice LE JUNTER : 06 68 96 59 49

Sophie FOURES : 06 86 28 75 54

Alexiane RIGAL : 07 64 80 71 89

---

### NB : Réglementation Taxis

La loi n°2014-1104 du 01/10/2014 a profondément réformé les règles de délivrance et d'exploitation des ADS.

### ⇒ Tableau récapitulatif en Annexe 1

## 2 - Je réalise un transport

### 2-1 A savoir avant de prendre en charge le transport d'un patient

Deux conditions simultanées nécessaires pour la prise en charge du transport par l'Assurance Maladie :

- . **L'assuré possède des droits ouverts à l'assurance maladie**
- . **Le transport est prescrit préalablement par un médecin.**

Attention : transport soumis à accord préalable du service médical de la caisse dans certaines situations.

Si l'une de ces 2 conditions n'est pas remplie, la caisse ne pourra pas rembourser le transport.

⇒ **Je vérifie les droits de l'assuré**

- . en consultant le télé service PEC+
- . ou sur mon compte « mon espace pro » (ameli.fr)
- . ou sur l'attestation de droits papier fournie par la CPAM à l'assuré

⇒ **Je demande systématiquement à l'assuré la prescription médicale de transport avant de le prendre en charge. (Annexe 6)**

**Quelques exceptions à l'obligation de prescription :**

- . **convocation** par le service médical de l'Assurance Maladie, par la commission régionale d'invalidité, d'un médecin expert (pour une expertise médicale de la sécurité sociale), ou pour un rendez-vous chez un fournisseur d'appareillage agréé pour la fourniture d'appareils (prothèses oculaires et faciales, podo-orthèses, orthoprothèses).  
La convocation tient lieu alors de prescription médicale et le mode de transport doit y être indiqué.
- . **cas d'urgence médicale** (appel du centre 15) : la prescription pourra être remplie a posteriori par un médecin de la structure de soins dans laquelle le patient a été admis.

Le patient doit me présenter le volet 2 de la prescription (ou le volet 3 de la Demande d'Accord Préalable)

**Attention : Toute prescription raturée, surchargée, comportant un rajout, non signée par un médecin identifié, est irrecevable.**

## Quels sont les transports remboursables ? => Annexe 2

- Certains transports sont soumis à accord préalable (Annexe 5) du service médical de l'Assurance Maladie :
  - . les transports de longue distance (plus de 150 km aller)
  - . les transports en série (au moins 4 transports de + 50 km aller sur une période de 2 mois, au titre d'un même traitement). Les transports en série **en lien avec une ALD** sont pris en charge même en l'absence de prescription avec demande d'accord préalable, dès lors que toutes les autres conditions de prise en charge du transport sont remplies.
  - . les transports liés aux soins ou traitements dans les CAMSP et CMPP
  - . les transports liés à l'Engagement maternité
- ⇒ Je m'assure que l'assuré a obtenu l'accord préalable (l'absence de réponse du Service Médical dans les 15 jours suivant l'envoi de sa demande vaut accord).

Je vérifie que la prescription est bien complétée par le médecin

### UNE PRESCRIPTION MÉDICALE INTANGIBLE BIEN COMPLÉTÉE

- ▶ Pour qu'un transport par taxi soit remboursable, seul le médecin est habilité à compléter la prescription. Il doit avoir coché précisé le cas de prise en charge et les modalités du transport.

**cerfa**  
n° 11574 \*04

**Prescription médicale de transport**  
(articles L. 162-4-1 2°, L. 321-1 2°, L. 322-5, L. 432-1, R. 322-2 et R. 322-10 à R. 322-10-7 du Code de la sécurité sociale)

Volet 2 à adresser à l'organisme pour remboursement avec les justificatifs nécessaires

**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  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 au regard de l'état de santé et d'autonomie de votre patient ?

- transport en ambulance justifié par la nécessité (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 asepsie rigoureuse
- transport assis professionnalisé (VSL, taxi conventionné)  si l'état du patient permet un transport partagé, cochez la case
- moyen de transport individuel  si l'état de santé du patient nécessite une personne accompagnante, cochez la case
- transport en commun terrestre

3 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 : <input type="text"/>         | - autre lieu : <input type="text"/>         |
| - structure de soins : <input type="text"/> | - structure de soins : <input type="text"/> |

transport aller-retour  nombre de transports itératifs

▶ Pour connaître la liste exhaustive des transports remboursables consultez [ameli.fr/professionnels de santé/transporteur/exercer au quotidien/frais de transport/les situations de prise en charge](http://ameli.fr/professionnels_de_santé/transporteur/exercer/au_quotidien/frais_de_transport/les_situations_de_prise_en_charge)

## 2-2 Comment dois-je facturer le transport à la caisse ?

### Mesures tarifaires à compter du 01/03/2023

Les transports sont facturés sur la base de tarifs de référence, auxquels sont appliqués les taux de remise négociés conventionnellement.

Depuis 2019 : Les tarifs de référence ne sont plus indexés systématiquement sur les tarifs préfectoraux (*ils sont déterminés annuellement selon les dispositions prévues aux articles 6 à 6.7 de la Convention du 1/2/2019*).

- **Tarifs de référence applicables à compter du 01/03/2023** (date du transport)

|                 | Tarifs référence 2022 | Tarifs référence au 01/03/2023 (+4%) |
|-----------------|-----------------------|--------------------------------------|
| Prise en charge | 2,58                  | <b>2,68</b>                          |
| Heure d'attente | 25,90                 | <b>26,94</b>                         |
| Km Tarif A      | 0,92                  | <b>0,96</b>                          |
| Km Tarif B      | 1,38                  | <b>1,44</b>                          |
| Km Tarif C      | 1,83                  | <b>1,90</b>                          |
| Km Tarif D      | 2,75                  | <b>2,86</b>                          |

- **Taux de remise conventionnelle :**

|                            | Date transport      |                         |
|----------------------------|---------------------|-------------------------|
|                            | jusqu'au 28/02/2023 | à compter du 01/03/2023 |
| Transports au Tarif A ou B | 10%                 | 8,75%                   |
| Transports au Tarif C ou D | 16%                 | 14,75%                  |

Le taux de remise s'applique sur la totalité de la facture (prise en charge, km, attente), hors frais de péage.

**Prenez contact avec votre prestataire informatique pour la mise à jour de ces tarifs ainsi que la mise en œuvre de la facturation détaillée.**

- **Tarif minimum de perception : 11 €**

Le taux de remise ne peut porter le montant facturé en-deçà du tarif minimum, fixé conventionnellement à 11 €.

Voir cas n°1 et n°4

- **Taux d'abattement sur les transports partagés :**

**30% pour 2 patients** transportés ensemble dans le même véhicule

**35% pour 3 patients** transportés ensemble dans le même véhicule

Sans application de la remise conventionnelle

Le taux d'abattement pour transport partagé s'applique sur la facturation individuelle par patient, dès lors que, par patient, le parcours réalisé en commun représente au moins 50% du trajet du patient.

Voir cas n°6, 7 et 9



## Principes à connaître

➤ **Facturation des kilomètres : du lieu de prise en charge du patient au lieu de destination** (d'adresse à adresse).

La course d'approche n'est pas remboursable par l'assurance maladie.

Distance facturée = nombre réel de km parcourus, dans la limite du kilométrage « itinéraire conseillé » du référentiel [www.viamichelin.com](http://www.viamichelin.com).

Lorsque ViaMichelin propose plusieurs itinéraires, il convient de retenir le trajet le moins onéreux compatible avec l'état du malade.

En cas de transports en série pour un patient, il est conseillé de joindre la copie écran de Via Michelin à votre facture.

➤ **Frais de péage** : remboursables, sans abattement conventionnel, sur présentation de justificatifs (tickets de péage joints à la facture)

En cas d'abonnement au télépéage, conserver les relevés mensuels pendant 3 ans, pour les tenir à la disposition des caisses en cas d'éventuels contrôles.

➤ **Transports aller/retour en charge avec attente**

- Pour les transports **A/R à +80 km aller** (hors entrée ou sortie d'hospitalisation) : application obligatoire du **Tarif A avec attente**
- L'attente est facturée au temps réel, dans la limite de 3 heures maximum.

Voir cas n°3 et 3bis

- Pour les transports effectués dans la commune de rattachement du taxi, l'attente maximale facturable est limitée à 1 heure.
- Nouveau 2019 : **Le coût d'un transport Aller/retour Tarif A + attente ne peut dépasser le coût de 2 transports au Tarif C.**

Voir cas n°5

➤ Le **tarif C (ou D)** ne peut être facturé qu'en cas de **retour à vide effectif** après la dépose du patient sans attente. Il ne peut être appliqué quand le délai entre 2 courses n'est pas suffisant pour effectuer le retour à vide à la station entre la dépose d'un patient et la course jusqu'au lieu de prise en charge du patient suivant.

|   |  |
|---|--|
| <b>Situation n°1 : le taxi n'a pas le temps de revenir à son point de départ</b><br>Ecart entre l'heure de fin du transport aller et l'heure de prise en charge pour le retour $\leq$ 2 fois la durée du trajet aller | Tarif A (ou B)<br>+ attente réelle (dans limites article 3.2)<br>+ 1 seule prise en charge |
| <b>Situation n°2 : le taxi a le temps de revenir à son point de départ</b><br>Ecart entre l'heure de fin du transport aller et l'heure de prise en charge pour le retour $>$ 2 fois la durée du trajet aller          | Tarif C (ou D)<br>Si retour à vide effectif  |
| <b>Situation n°3 : le taxi dépose un patient et en prend un 2<sup>e</sup> dans un délai inférieur à 2 fois le temps du trajet retour du 1<sup>er</sup> patient</b>  | Tarif A (ou B)<br>Sans attente   |

Voir cas n°3  
n°9

Voir cas n°2

Voir cas n°8

Le tarif C (ou D) n'est pas cumulable avec la facturation de temps d'attente.

Si le taxi réalise une course pour un autre client avant de faire le retour du patient, il ne doit pas facturer de temps d'attente.

➤ **Pour les entreprises ayant plus d'un taxi conventionné (Nouveau 2019)**

Dans le cas du trajet Aller d'un patient avec un véhicule et trajet Retour avec un autre taxi de la même entreprise

⇒ Aller au tarif A (ou B) sans attente + Prise en charge

⇒ Retour au tarif A (ou B) + le cas échéant temps d'attente réel (à partir du moment où le 2<sup>e</sup> taxi attend le patient)

NB : 1 seule prise en charge, sur le trajet Aller

Voir cas n°10

## Bien remplir sa facturation

La facturation doit être conforme à la prescription, sous peine d'avoir un rejet de la facture.  
(Annexe 4)

- Utiliser l'imprimé réglementaire Cnamts 606-12-01 (ou support édité informatiquement conforme à ce modèle)  
+ Annexe à la facture (comportant les éléments détaillés des transports) valant attestation de service fait (signature de l'assuré(e))
- **La facture doit obligatoirement comporter les éléments suivants :**
  - o Le détail de la facturation dans le pavé TARIFICATION : prise en charge, nombre km, tarif appliqué, attente, Total  
NB : Les frais de péage seront portés dans le champ « Suppléments remboursables »  
Le montant total facturé après taux de remise sera porté dans le champ « BASE DE REMBOURSEMENT » (1)  
Si transports simultanés, indiquer le nombre de malades transportés.

**TARIFICATION**  
*à compléter par le transporteur*

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> PRISE EN CHARGE   | <input type="checkbox"/> MINIMUM DE PERCEPTION |
| TARIFS { <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D |  |
| <input type="checkbox"/> neige-verglas   |  |
| ➔ COUT (compteur) { aller en charge - retour à vide →  | _____ ,  |
| aller-retour en charge →   | _____ ,  |
| Suppléments remboursables (à détailler) →  | _____ ,  |
| _____  |  |
| TOTAL  | _____ ,  |
| TRANSPORTS SIMULTANES : nombre de malades transportés (hors personne accompagnante) → :                              | _____  |
| BASE DE REMBOURSEMENT → ①  | _____ ,  |
| • Part de l'organisme _____ % x 1 →  | _____ ,  |
| • Part de l'assuré(e) _____ % x 1 → ②  | _____ ,  |
| • Suppléments non remboursables (à détailler) ③ →  | _____ ,  |
| _____  |  |
| SOMME PAYEE PAR L'ASSURE(E)* : ② + ③ →   | _____ , €                                      |
| TOTAL GENERAL* ① + ③   | _____ , €                                      |

Si le transport n'est pas pris en charge à 100%, reportez la part de 35% acquittée par l'assuré sur la ligne « Part de l'assuré(e) » (2).

- Les RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE TRANSPORT :
  - Type de transport
  - Date
  - Heure de départ et lieu de prise en charge du malade
  - Heure et lieu d'arrivée
  - Notion d'attente

S'il s'agit d'une série de transports, il faut compléter en plus le formulaire « ANNEXE A LA FACTURE » avec le détail de chaque trajet.

- Dans la zone MODALITES DE REGLEMENT :
  - l'identification du transporteur (nom, adresse, n° attribué par la CPAM 11255....)
  - N° minéralogique du véhicule taxi
  - N° de l'ADS
  - Nom du conducteur (à insérer dans la zone par votre logiciel)
  - la date de la facture
  - votre signature

**MODALITES DE REGLEMENT** *(cocher les cases concernées)*  
à compléter par le transporteur

DISPENSE D'AVANCE DE FRAIS       PAIEMENT DIRECT

Le

à

Identification du transporteur

SIGNATURE

NUMERO D'AUTORISATION DE STATIONNEMENT

NUMERO MINERALOGIQUE DU VEHICULE

- La signature, sur l'imprimé de facturation ou sur l'Annexe, de la personne transportée ou celle de son représentant, attestant la réalité et les conditions du transport.  
Si la personne transportée n'est pas en état de signer, ajouter la mention « impossibilité physique (ou mentale) de signer ».

**ATTESTATION SUR L'HONNEUR**

L'ASSURE(E), ou la personne transportée, ou son représentant, ATTESTE SUR L'HONNEUR L'EXACTITUDE DE TOUS CES RENSEIGNEMENTS. En cas de DISPENSE D'AVANCE DE FRAIS, l'assuré(e) autorise le versement au transporteur du montant remboursable du transport désigné ci-dessus. Il s'engage, s'il y a lieu, à payer au transporteur tout ou partie de la facture en cas de refus total ou partiel de prise en charge par l'organisme d'Assurance Maladie.

Signature de l'assuré(e) ou de la personne transportée

Le

⇒ **En cas de transports partagés**

Etablir une facture par assuré, en précisant sur chacune : le nombre, le nom et prénom des autres assurés transportés :

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE TRANSPORT**

|  |   |   |   |                        |   |                      |
|--|---|---|---|------------------------|---|----------------------|
| NATURE   | <input type="checkbox"/> SERIE                  | } Joindre l'ACCORD PREALABLE de l'organisme ou,<br>à défaut de réponse, précisez la date de cette demande | <input type="text"/>  | } <input type="text"/> |   |                      |
|  | <input type="checkbox"/> LONGUE DISTANCE        |   | <input type="text"/>  |                        |   |                      |
|  | <input type="checkbox"/> TRANSPORTS SIMULTANES  |   | ▶ nombre de malades transportés <input type="text"/>                      |                        | ▶ NOM, Prénom à préciser <input type="text"/> |                      |
|  | <input type="checkbox"/> AUTRE CAS (à préciser) |   | <input type="text"/>  |                        | <input type="text"/>                          |                      |
| NUMERO DU PRESCRIPTEUR (sur prescription médicale) |   | <input type="text"/>  |   |                        |   |                      |
| DETAILS DU TRANSPORT :                             |   | date <input type="text"/>   |   |                        |   |                      |
| ALLER  | heure   | lieu  | ATTENTE<br>▼<br><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | RETOUR                 | heure   | lieu                 |
|  | départ  | <input type="text"/>  |   |                        | départ  | <input type="text"/> |
|  | arrivée   | <input type="text"/>  |   |                        | arrivée                                       | <input type="text"/> |

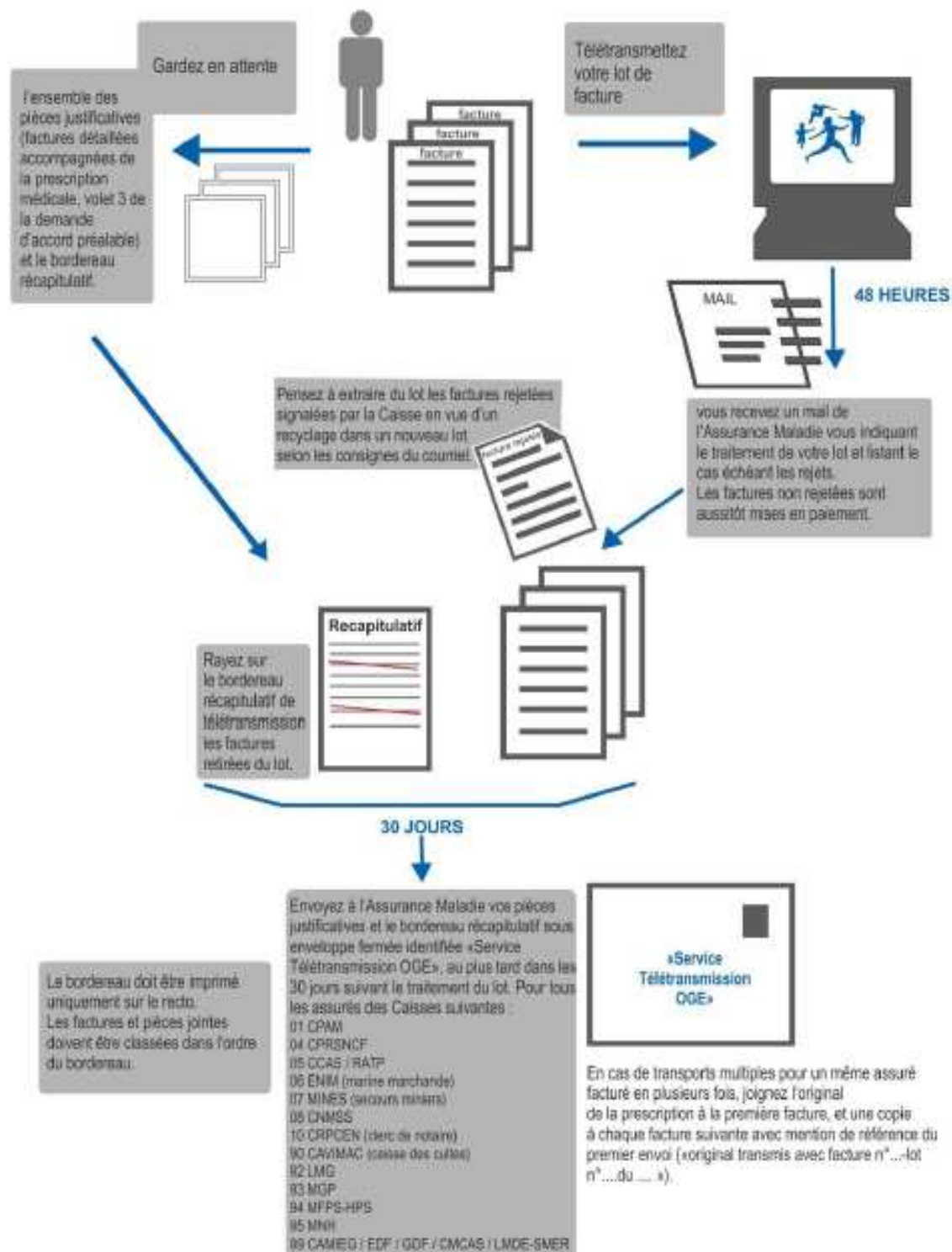
- Si les malades relèvent de la même caisse, transmettre les factures de manière regroupée (dans le même lot).

⇒ **Les cas de prise en charge à 100%**  
**Voir Annexe 3**

## 2-3 Les modalités de transmission des factures

Rappel : obligation de télétransmission selon la norme B2.

### UN ENVOI RÉGULIER DE VOS PIÈCES JUSTIFICATIVES



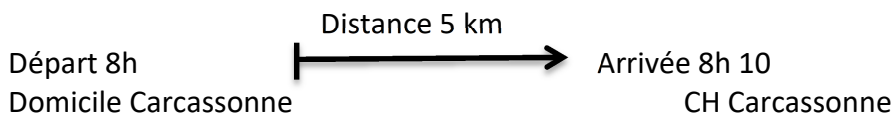
En cas de rejet, vous devez recycler la facture selon les consignes données dans le mail envoyé par la CPAM. La facture doit être corrigée et retransmise dans un nouveau lot télétransmis. En aucun cas, vous ne devez adresser un duplicata ou facture papier à la CPAM, pour rectifier un rejet de télétransmission.

### 3 - Des exemples de facturation (avec tarifs 2023)

#### 1. Transports uniques dans une journée

##### Cas n°1 : Course à l'intérieur de la commune de rattachement de l'ADS

Transport d'un patient de son domicile à Carcassonne au CH de Carcassonne (distance 5km) et retour à vide à la station



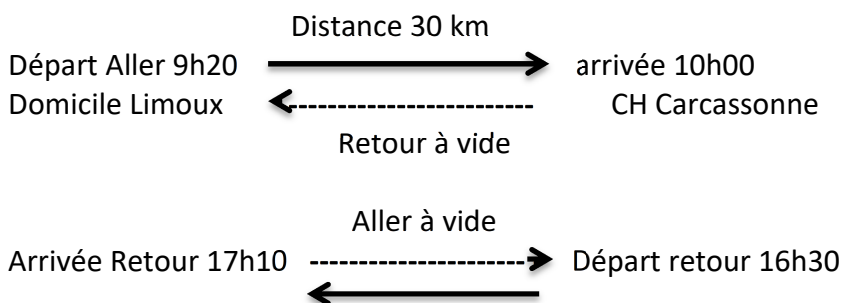
Facturer le **tarif minimum 11,00 €**

NB : La facturation au tarif C avec la remise de 16% donnerait :

$$[(PC\ 2,68\ € + (5\ km \times 1,90\ €))] - 14,75\% = 10,38\ €$$

##### Cas n° 2 : Transport sans attente d'un patient de son domicile à Limoux au CH de Carcassonne

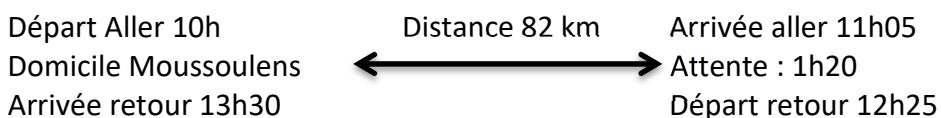
Le taxi fait le transport Aller le matin avec retour à vide à Limoux, et revient l'après-midi (aller à vide) chercher le patient pour le retour à domicile.



Facturer : **2 transports Tarif C**

$$2 \times [(PC\ 2,68\ €) + (30km \times 1,90\ €)] - 14,75\% = 101,75\ €$$

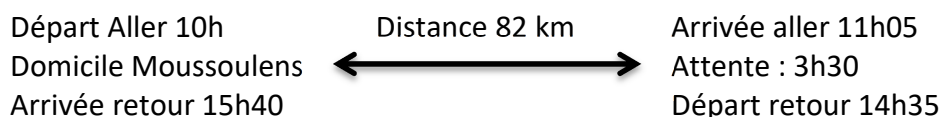
##### Cas n°3 : Transport (hors hospitalisation) avec attente d'un patient de son domicile à Mousoulens au CHU Rangueil de Toulouse (péage : 2 fois 8,80 €)



Transport à + 80km => Facturer **1 transport Tarif A et attente réelle**

$$[(1\ PC\ 2,68€ + (164\ km \times 0,96\ €) + (1h20 \times 26,64\ €)) - 8.75\%] + (\text{péage } 2 \times 8.80\ €) = 196,48\ €$$

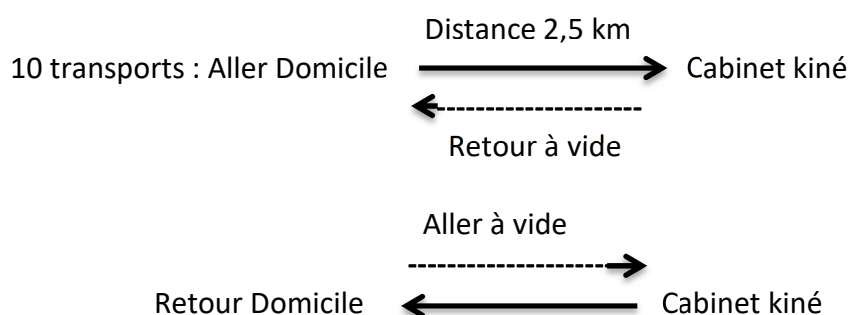
**Cas n°3 bis : idem cas n°3 mais attente réelle de 3h30**



Facturer **en limitant à 3 heures d'attente** :

$$[(1 \text{ PC} \times 2,68 \text{ €} + (164 \text{ km} \times 0,96 \text{ €})) + (3\text{h} \times 26,94 \text{ €}) - 8,75\%] + (2 \times 8,80 \text{ €}) = 237,45 \text{ €}$$

**Cas n°4 : Transports itératifs d'un patient de son domicile à Narbonne à un cabinet de Kinésithérapie (distant de 2,5 km) – 10 transports**



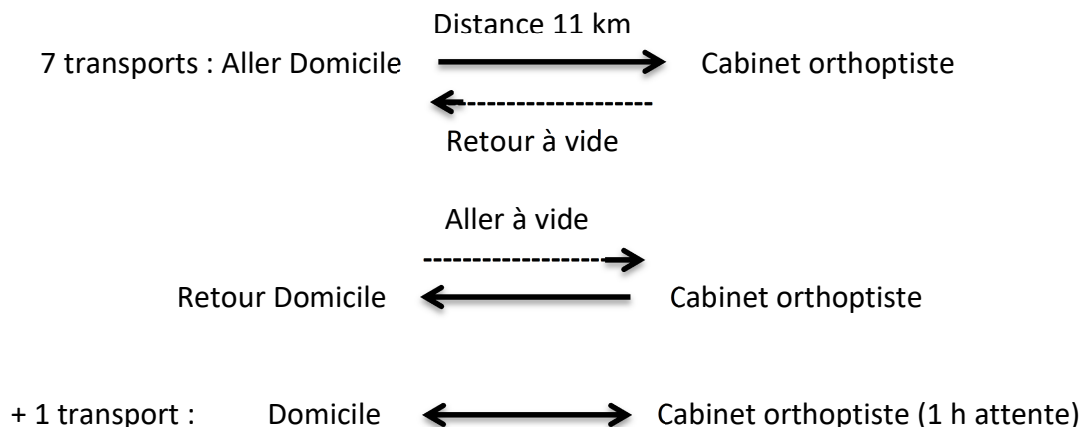
Les horaires de chaque transport devront être indiqués sur l'Annexe à la facturation.

Facturer : **10 transports x 2 au tarif minimum** :  $10 \times 2 \times 11 \text{ €} = 220 \text{ €}$

(chaque trajet en tarif C donnerait  $[1 \text{ PC } 2,68 \text{ €} + (2,5 \text{ km} \times 1,90)] - 14,75\% = 6,33 \text{ €}$ )

**Cas n°5 : Transports itératifs d'un patient de son domicile à Pomas chez un orthoptiste à Limoux (distant de 11 km)**

8 transports dont 1 réalisé avec attente d'1 heure, soit :



Application de la règle :

**Coût transport Aller/retour Tarif A + attente doit être < coût de 2 transports Tarif C**



Coût du transport au Tarif A avec attente :

$$[PC 2,68 \text{ €} + (22 \text{ km} \times 0,96 \text{ €}) + (1\text{h} \times 26,94 \text{ €})] - 8,75\% = 46,30\text{€}$$

Coût de 2 transports au Tarif C

$$2 \times [(PC 2,68\text{€}) + (11 \text{ km} \times 1,90 \text{ €})] - 14,75\% = 2 \times 20,10 \text{ €} = 40,20 \text{ €}$$

⇒ **Le transport réalisé A/R avec attente revenant plus cher que 2 transports au tarif C doit être facturé au tarif C**

⇒ Total facture :  $(8 \times (2 \times 20,01 \text{ €})) - 14,75\% = 274,16 \text{ €}$

Joindre à la facture l'Annexe avec le détail de chaque transport.

**Cas n°6 : Transport partagé de 2 patients résidant à Gruissan au Centre Dialyse de la Polyclinique du Languedoc de Narbonne et retour à vide à Gruissan**

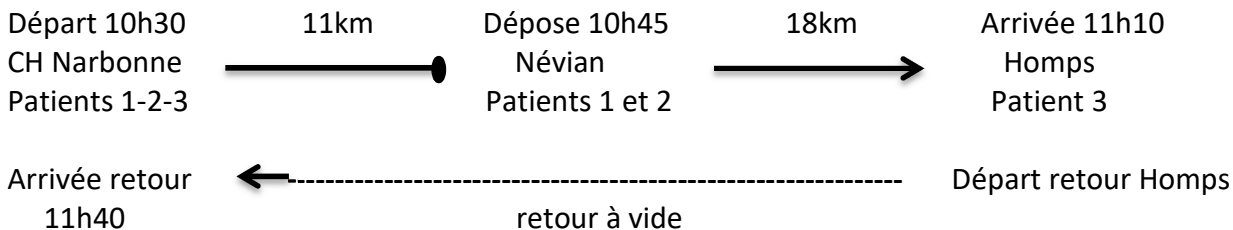
**Chacun des 2 patients fait la totalité de son trajet en transport partagé**

⇒ **Abattement 30% pour les 2**

|                              | Patient 1      |       | Patient 2      |       |
|------------------------------|----------------|-------|----------------|-------|
| Prise en charge              |                | 2,68  |                | 2,68  |
| Km au tarif C                | 13 km x 1,90 = | 24,70 | 13 km x 1,90 = | 24,70 |
| Total avant abattement       |                | 27,38 |                | 27,38 |
| Abatt. 30% transport partagé |                | -8,21 |                | -8,21 |
| Total à facturer             |                | 19,17 |                | 19,17 |

Sur chaque facture, cocher case Transport partagé et indiquer nombre de malades transportés

**Cas n°7 : Transport partagé de 3 patients du CH de Narbonne à leurs domiciles (patients 1 et 2 à Névian, 3<sup>e</sup> patient à Homps) – retour à vide à Narbonne**



⇒ Abattement **35%** transport partagé pour les patients 1 et 2 qui font la totalité de leur trajet (11km) en transport partagé (avec le 3<sup>e</sup> patient)

⇒ Le patient 3 a fait 11km en transport partagé sur les 29 km de son trajet (moins de 50% de son parcours total), donc pas d'abattement transport partagé mais remise conventionnelle habituelle (14,75% sur tarif C)

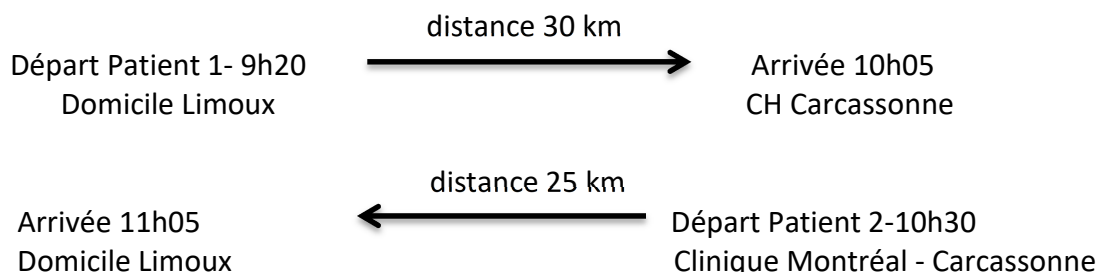
|                              | Patient 1            | Patient 2            | Patient 3            |
|------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Prise en charge              | 2,68                 | 2,68                 | 2,68                 |
| Km au tarif C                | 11 km x 1,90 = 20,90 | 11 km x 1,90 = 20,90 | 29 km x 1,90 = 55,10 |
| Total avant remises          | 23,58                | 23,58                | 57,78                |
| Abatt. 35% transport partagé | -8,25                | -8,25                |                      |
| Remise 14,75%                |                      |                      | -8,52                |
| Montant facturé              | 15,33                | 15,33                | 49,26                |

## 2. Transports dans le cadre d'une tournée

### Cas n°8 : Transports successifs de 2 patients

Transport du patient 1 : départ domicile Limoux à 9h20 au CH de Carcassonne – arrivée 10h05

Transport du patient 2 : départ Carcassonne Clinique Montréal 10h30 à son domicile à Limoux



Facturer :

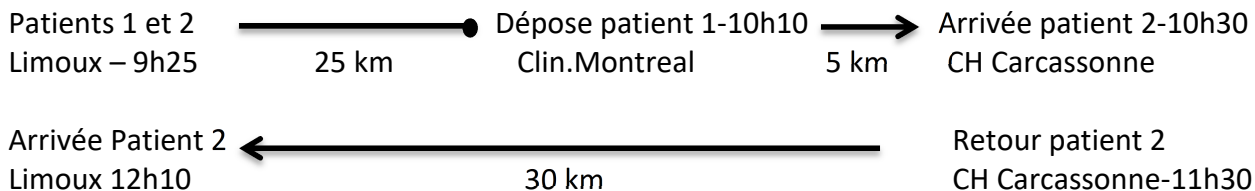
. Patient 1 :  $(1 \text{ PC } 2,68 \text{ €} + (30 \times 0,96 \text{ €})) - 8,75\% = 28,72 \text{ €}$

**Tarif A** car il n'y a **pas de retour à vide** à Limoux (prise en charge du 2<sup>e</sup> patient à Carcassonne)

. Patient 2 :  $(1 \text{ PC } 2,68 \text{ €} + (25 \times 0,96 \text{ €})) - 8,75 = 24,34 \text{ €}$

**Tarif A** car il n'y a **pas d'aller à vide** depuis Limoux

### Cas n°9 : Transport partagé de 2 patients pour l'aller, attente et retour du seul 2<sup>e</sup> patient



⇒ Le transport du **Patient 1** est facturé au **Tarif A (pas de retour à vide à Limoux)** avec l'abattement **Transport partagé**

⇒ Le transport **A/R avec attente du Patient 2** est facturé au **Tarif A** :

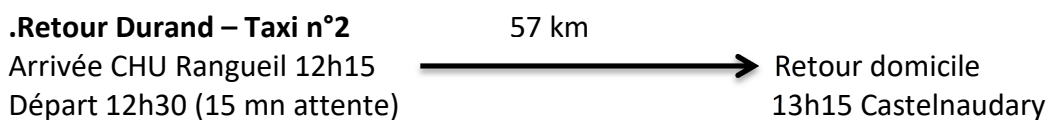
. pour l'**aller** : **abattement Transport partagé** (25km sur les 30km parcourus)

. Attente et retour : remise conventionnelle (8,75% sur tarif A)

|                              | Patient 1            | Patient 2            |
|------------------------------|----------------------|----------------------|
| Prise en charge              | 2,68                 | 2,68                 |
| Km au tarif A                | 25 km x 0,96 = 24,00 | 30 km x 0,96 = 28,80 |
| Total aller avant abattement | 26,68                | 31,48                |
| Abatt. 30% transport partagé | -8,00                | -9,44                |
| <b>Total Aller</b>           | <b>18,68</b>         | <b>22,04</b>         |
| attente                      |                      | 1 heure 26,94        |
| km retour                    |                      | 30 km x 0,96 = 28,80 |
| Total retour avant remise    |                      | 55,74                |
| remise 8,75%                 |                      | -4,88                |
| <b>Total Retour</b>          |                      | <b>50,86</b>         |

### Cas n°10 : Entreprise ayant 2 taxis conventionnés

- . Transport Aller du patient DURAND avec taxi n°1 (transport pour consultation)
- . retour à vide du taxi n°1 à la station pour une autre course (patient MARTIN p/entrée hospitalisation)
- . Transport Retour du patient DURAND avec taxi n°2



- Pour patient DURAND : aller et retour par 2 véhicules différents => application du Tarif A et prise en charge sur le seul trajet Aller. Le 2<sup>e</sup> véhicule a attendu le patient 15mn (facturable) avant le trajet retour

$$\text{Aller taxi n°1 : } [1 \text{ PC } 2,68 \text{ €} + (57\text{km} \times 0,96\text{€})] - 8,75\% = 52,37 \text{ €}$$

$$\text{Retour taxi n°2 : } [(57\text{km} \times 0,96\text{€}) + (\text{attente } 26,94 \times 15/60)] - 8,75\% = 56,08 \text{ €}$$

- Pour patient MARTIN (Taxi n°1) => Tarif C  
[1 PC 2,68 € + (34 km x 1,90)] – 14,75% = 57,36 €

## 4 - Mes contacts à la CPAM de l'Aude

### **Pour la mise à jour de mon dossier de conventionnement :**

CPAM – Equipe Professionnels de Santé-PAPS  
2 allée de Bezons – 11017 Carcassonne Cedex 9  
Mail : [rps.cpam-aude@assurance-maladie.fr](mailto:rps.cpam-aude@assurance-maladie.fr)  
Tel : 36.08

### **Besoin de conseils sur la télétransmission, les téléservices, amelipro :**

Les Conseillers Informatique Service sont à mon écoute :

Mail : [cis.cpam-aude@assurance-maladie.fr](mailto:cis.cpam-aude@assurance-maladie.fr)

Béatrice LE JUNTER : 06 68 96 59 49  
Sophie FOURES : 06 86 28 75 54  
Alexiane RIGAL : 07 64 80 71 89

### **Des questions sur la facturation :**

Les téléconseillers pour me répondre : 36.08

### **Une réclamation à faire sur un paiement :**

[ameli.fr](http://ameli.fr) / Professionnels de santé / Taxi conventionné / Votre exercice professionnel /  
Facturation / Modalités de facturation  
Rubrique Près de chez vous  
Puis cliquer sur le formulaire en ligne

Je peux aussi contacter l'Assurance Maladie de l'Aude par mail en utilisant :  
**amelipro / onglet « Echanges »**

Et bien sûr, beaucoup d'informations disponibles sur :  
**[ameli.fr](http://ameli.fr) / Professionnels de santé / Taxi conventionné**

**Annexe 1 - Conséquences de la loi du 01/10/2014 relative aux ADS  
(JO du 02/10/2014)**

| Statut du titulaire de l'ADS | ADS créées ou délivrées avant le 03.10.2014<br>et ADS créées avant le 03.10.2014 et cédées à partir de cette date |  |  |
|------------------------------|---|--|--|
|                              |   | Avant le 1 <sup>er</sup> janvier 2017  | A compter du 1 <sup>er</sup> janvier 2017  |
| Personne physique            | Nombre d'ADS  | Plusieurs - cessibles – durée illimitée  | Plusieurs – cessibles – durée illimitée  |
|                              | Modalités d'exploitation  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exploitation personnelle</li> <li>• Salariat</li> <li>• Location-gérance</li> <li>• Location simple à une personne physique</li> </ul>                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exploitation personnelle</li> <li>• Salariat</li> <li>• Location-gérance</li> </ul>   |
| Personne morale              | Nombre d'ADS  | Plusieurs - cessibles<br>durée illimitée   | Plusieurs – cessibles<br>durée illimitée   |
|                              | Modalités d'exploitation  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• par son représentant légal salarié ou non</li> <li>• Salariat</li> <li>• Location-gérance</li> <li>• Location simple à une personne physique</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• par son représentant légal salarié ou non</li> <li>• Salariat</li> <li>• Location-gérance</li> <li>• Location simple uniquement pour les SCOP au salarié coopérateur</li> </ul> |

| Statut du titulaire de l'ADS |                          | ADS créées ou délivrées entre le 03.10.2014 et le 31.12.2016  |   | ADS délivrées à compter du 01.01.2017   |
|------------------------------|--------------------------|---|---|---|
|                              |                          | Entre le 03.10.2014 et le 31.12.2016  | A compter du 01.01.2017   | A compter du 01.01.2017   |
| Personne physique            | Nombre d'ADS             | Une seule incessible renouvelable tous les 5 ans  | Une seule incessible renouvelable tous les 5 ans  | Une seule incessible renouvelable tous les 5 ans  |
|                              | Modalités d'exploitation | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exploitation personnelle</li> <li>• Salariat</li> <li>• Location simple</li> <li>• Location-gérance</li> </ul>                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exploitation personnelle par l'artisan ou le représentant légal de la personne morale</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exploitation personnelle par l'artisan ou le représentant légal de la personne morale</li> </ul> |
| Personne morale              | Nombre d'ADS             | Une seule incessible renouvelable tous les 5 ans  |   |   |
|                              | Modalités d'exploitation | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Par son représentant légal à titre personnel</li> <li>• Salariat</li> <li>• Location simple</li> <li>• Location-gérance</li> </ul> |   |   |

## Annexe 2 - Les transports remboursables

Le médecin prescripteur est seul à pouvoir apprécier si l'état de santé de son patient justifie un transport médical.

C'est au médecin qu'il appartient de prescrire le mode de transport le mieux adapté à l'état de santé et au niveau d'autonomie de son patient, dans le respect du référentiel de prescription des transports.

L'article R322-10 du Code Sécurité sociale indique les transports pouvant être pris en charge :

- Transports liés à une hospitalisation
  - Pour l'entrée et/ou sortie d'hospitalisation complète
  - Pour une hospitalisation partielle (de jour ou de nuit)
  - Pour un traitement dans le cadre de la chirurgie ambulatoire dans un établissement sanitaire, hors consultation

A savoir :

Le simple déplacement vers un établissement de santé ne peut être qualifié d'hospitalisation. Ainsi, une consultation ou une consultation pré ou post-opératoire ne sont pas des motifs de prise en charge des transports.

- Transports liés aux traitements ou examens pour les patients reconnus atteints d'une affection de longue durée (ALD) et présentant une des incapacités ou déficiences définies par le référentiel de prescription des transports
- Transports liés aux traitements ou examens en rapport avec un accident du travail ou une maladie professionnelle
- Transports de longue distance (+ 150 km aller) (soumis à accord préalable)
- Transports en série (soumis à accord préalable) : au moins 4 transports de + 50 km aller sur une période de deux mois, au titre d'un même traitement. Les transports en série **en lien avec une ALD** sont pris en charge même en l'absence de prescription avec demande d'accord préalable, dès lors que toutes les autres conditions de prise en charge du transport sont remplies.
- Transports liés aux soins ou traitements dans les CAMSP et CMPP (soumis à accord préalable)
- Transports pour se soumettre à un contrôle en application de la législation de la sécurité sociale :
  - Convocation du contrôle médical
  - Convocation d'un médecin expert désigné par une juridiction du contentieux de l'incapacité
  - Consultation d'un expert désigné en application de l'article R141-1
  - Pour se rendre chez un fournisseur d'appareillage agréé pour la fourniture d'appareils (prothèses oculaires et faciales, podo-orthèses, orthoprothèses)
- Transport Engagement maternité du lieu de résidence vers la maternité ou l'hébergement temporaire non médicalisé (soumis à accord préalable)

- A titre dérogatoire, les transports pour les soins en lien avec des actes de terrorisme  
Leur prise en charge à 100% est assurée pour les personnes reconnues victimes d'attentats ayant reçu l'Attestation de prise en charge spécifique  
En savoir plus : [ameli.fr](http://ameli.fr) / Taxi conventionné / Votre exercice professionnel / Prise en charge de transport / Victimes d'actes de terrorisme

Ne sont pas remboursables :

- Les transports des enfants et adolescents pour se rendre dans un établissement médico-social, tels les IMP (instituts médico-pédagogiques), les IME (instituts médico-éducatifs), les IMPRO (instituts médico-professionnels), les ITEP (instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques) et les SESSAD (services d'éducation spéciale et de soins à domicile) si ces établissements sont en budget global. Les frais de transports sont inclus dans le budget de fonctionnement de ces structures.
- Les transports des adultes handicapés vers des MAS (maisons d'accueil spécialisé) ou des FAM (foyers d'accueil médicalisé)
- Les transports dans le cadre d'un accueil de jour entre le domicile et l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

### **Impact de la réforme « article 80 LFSS 2017 » réformant la prise en charge des transports inter et intra-hospitaliers**

Depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2018, les transferts provisoires ou définitifs de patients hospitalisés entre établissements sont, sauf cas d'exception, à la charge des établissements de santé.

- ⇒ Pour en savoir plus : Lien sur le dépliant (à insérer dans ameliPS / taxi conventionné/ votre exercice professionnel /prise en charge de transport / situations de prise en charge / Près de chez vous)



### Annexe 3 – Les cas de prise en charge à 100%

- Transports liés aux soins pour lesquels le patient est reconnu en ALD et dans l'incapacité de se déplacer seul (Le prescripteur doit avoir coché la **case ALD exonérante**)
- Transports liés aux soins ou examens en rapport avec un accident de travail ou une maladie professionnelle
- Transports des femmes enceintes à partir du 6<sup>e</sup> mois de grossesse et jusqu'à 12 jours après l'accouchement
- Transports des personnes bénéficiaires de la CMU complémentaire, ou de l'aide médicale de l'Etat (AME) pour des soins urgents
- Transports des enfants et adolescents liés aux soins délivrés dans les CAMSP et CMPP
- Transports d'urgence en cas d'hospitalisation au cours de laquelle est effectué un acte coûteux
- Transports entre 2 établissements, ou entre l'établissement et le domicile (hospitalisation à domicile), en cas de 2<sup>e</sup> hospitalisation consécutive et en lien direct avec une 1<sup>ère</sup> hospitalisation au cours de laquelle a été effectué un acte coûteux
- Transports lorsque l'état du patient hospitalisé dans un établissement de soins nécessite son transfert vers un autre établissement en vue d'un traitement mieux adapté à son état
- Transports liés à l'hospitalisation d'un nouveau-né de moins de 30 jours
- Transports des personnes titulaires d'une pension d'invalidité, d'une pension militaire, d'une pension vieillesse substituée à une pension d'invalidité, d'une pension de veuf ou veuve invalide, d'une rente AT/MP avec un taux d'incapacité de plus de 66,66%
- Transports des assurés relevant du régime local Alsace-Moselle
- Transports pour des soins en rapport avec un acte de terrorisme
- Transports liés aux soins ou traitements des enfants et adolescents dans les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP)

# Annexe 4 – Imprimé facturation Taxi

## FACTURE TRANSPORT PAR TAXI POUR MOTIF MEDICAL

ASSURANCE  
MALADIE

(Articles L. 160-8 2° et L. 322-5 du Code de la Sécurité Sociale)

Volet blanc : destine à l'organisme d'assurance maladie  
Volet jaune : destine à l'assuré(e)  
Volet vert : destine au transporteur

NUMERO DE FACTURE \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E) (1)

|   |       |   |       |
|---|-------|---|-------|
| NUMERO D'IMMATRICULATION                                | _____ | CODE ORGANISME AFFILIATION                | _____ |
| NOM PATRONYMIQUE (surtout s'il y a lieu du nom d'usage) | _____ | NOM et ADRESSE de l'organisme de paiement | _____ |
| PRENOM  | _____ |   | _____ |
| ADRESSE de l'assuré(e)                                  | _____ |   | _____ |

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE TRANSPORTEE (1)

S'agit-il d'un ACCIDENT?  OUI  NON DATE \_\_\_\_\_ DROITS jusqu'au \_\_\_\_\_ TAUX DE PRISE EN CHARGE \_\_\_\_\_ %

Si la personne transportée n'est pas l'assuré(e)

NOM PATRONYMIQUE (surtout s'il y a lieu du nom d'usage) - PRENOM \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_

LIEN avec l'ASSURÉ(E) :  conjoint,  enfant,  personne vivant maritalement avec l'assuré(e),  autre membre de la famille

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE TRANSPORT

NATURE :  SERIE,  LONGUE DISTANCE,  TRANSPORTS SIMULTANES,  AUTRE CAS (à préciser) \_\_\_\_\_

Joindre l'ACCORD PREALABLE de l'organisme ou, à défaut de réponse, précisez la date de cette demande \_\_\_\_\_

nombre de malades transportés \_\_\_\_\_ NOM, Prénom à préciser \_\_\_\_\_

NUMERO DU PRESCRIPTEUR (sur prescription médicale) \_\_\_\_\_

DETAILS DU TRANSPORT : date \_\_\_\_\_

ALLER : départ \_\_\_\_\_ heure \_\_\_\_\_ lieu \_\_\_\_\_

ATTENTE :  OUI  NON

RETOUR : départ \_\_\_\_\_ heure \_\_\_\_\_ lieu \_\_\_\_\_

### MODALITES DE REGLEMENT (cocher les cases concernées) à compléter par le transporteur

DISPENSE D'AVANCE DE FRAIS  PAIEMENT DIRECT

Le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Identification du transporteur \_\_\_\_\_

NUMERO D'AUTORISATION DE STATIONNEMENT \_\_\_\_\_

NUMERO MINERALOGIQUE DU VEHICULE \_\_\_\_\_

### TARIFICATION à compléter par le transporteur

PRISE EN CHARGE  MINIMUM DE PERCEPTION

TARIFS :  A,  B,  C,  D,  neige-verglas

COÛT (compleur) : aller en charge - retour à vide \_\_\_\_\_, aller-retour en charge \_\_\_\_\_, Suppléments remboursables (à détailler) \_\_\_\_\_

TOTAL \_\_\_\_\_

TRANSPORTS SIMULTANES : nombre de malades transportés (hors personne accompagnante) \_\_\_\_\_

BASE DE REMBOURSEMENT ① \_\_\_\_\_

Part de l'organisme % x 1 \_\_\_\_\_

Part de l'assuré(e) % x 1 ② \_\_\_\_\_

Suppléments non remboursables (à détailler) ③ \_\_\_\_\_

SOMME PAYEE PAR L'ASSURE(E)\* : ② + ③ \_\_\_\_\_ €

TOTAL GENERAL\* ① + ③ \_\_\_\_\_ €

### ATTESTATION SUR L'HONNEUR

L'ASSURÉ(E), ou la personne transportée, ou son représentant, ATTESTE SUR L'HONNEUR L'EXACTITUDE DE TOUS CES RENSEIGNEMENTS. En cas de DISPENSE D'AVANCE DE FRAIS, l'assuré(e) autorise le versement au transporteur du montant remboursable du transport désigné ci-dessus. Il s'engage, s'il y a lieu, à payer au transporteur tout ou partie de la facture en cas de refus total ou partiel de prise en charge par l'organisme d'Assurance Maladie.

Signature de l'assuré(e) ou de la personne transportée \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

(1) Se reporter à la CARTE D'ASSURANCE MALADIE

La loi 78-17 du 6.1.78 relative à l'informatique, aux fichiers et aux bases s'applique aux réponses faites par ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

La loi rend possible d'obtenir tout ou partie de vos données personnelles (articles L. 34-17-1 du Code de la sécurité sociale, 313-1a, 313-3, 433-10, 441-10) sur demande écrite.

**ANNEXE A LA FACTURE TAXI valant attestation de service fait**

En application de l'article 7.2 de la Convention Taxis du 1/2/2019, cette annexe signée par le patient est transmise par l'entreprise de taxi conventionnée afin d'attester de la réalité de la réalisation du transport du patient.

Numéro de facture : .....

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E)**

Numéro de sécurité sociale : .....

Nom patronymique : .....

Nom d'usage (facultatif) : .....

Prénoms : .....

Si la personne transportée n'est pas l'assuré(e)

Nom patronymique : .....

Nom d'usage (facultatif) : .....

Prénoms : .....

**IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE**

(cachet)

|    | <b>DEPART</b><br>Date<br>Heure<br>Lieu de prise en charge | <b>ARRIVEE</b><br>Date<br>Heure<br>Lieu d'arrivée en charge | <b>Nombre de patients transportés</b> | <b>A Cocher en cas de transport réalisé pour un patient à mobilité réduite</b> | <b>Suppléments remboursables</b><br>Routes payantes |
|----|---|---|---------------------------------------|--|---|
| 1  |   |   |                                       |  |   |
| 2  |   |   |                                       |  |   |
| 3  |   |   |                                       |  |   |
| 4  |   |   |                                       |  |   |
| 5  |   |   |                                       |  |   |
| 6  |   |   |                                       |  |   |
| 7  |   |   |                                       |  |   |
| 8  |   |   |                                       |  |   |
| 9  |   |   |                                       |  |   |
| 10 |   |   |                                       |  |   |

**ATTESTATION DE L'ASSURE(E)**

L'assuré(e), ou la personne transportée, ou son représentant légal, atteste de la réalité et des conditions du (des) transports détaillé(s) ci-dessus.

Fait à .....

Le ..... Signature

# Annexe 5 – Demande d'accord préalable de Transport



n° 50743007

## DEMANDE D'ACCORD PREALABLE DE TRANSPORT VALANT PRESCRIPTION MEDICALE - notice

**La prise en charge de certains transports, détaillés ci-dessous, nécessite l'accord préalable du contrôle médical des caisses. L'absence de réponse dans un délai de 15 jours à compter de l'expédition de la demande vaut accord, sauf urgence attestée par le médecin (article R.322-10-4 du Code de la Sécurité Sociale)**

Toutes les règles indiquées dans cette notice sont opposables et conditionnent la prise en charge du transport par l'assurance maladie. Un transport peut être prescrit par un médecin ou un chirurgien-dentiste.

La prise en charge des frais de transport est subordonnée à la présentation, par l'assuré, de la prescription médicale de transport et d'un justificatif de transport ou d'une facture du transporteur.

Le praticien doit mentionner sur la prescription les éléments d'ordre médical précisant le motif du déplacement et justifiant le mode de transport prescrit.

Seul est pris en charge le transport le moins onéreux, compatible avec l'état du malade, apprécié au regard des critères médicaux et de dépendance fixés dans le référentiel de prescription des transports (arrêté du 23 décembre 2006 - J.O. du 30 décembre 2006). La durée de validité de la prescription médicale de transport est fixée à un an maximum.

### 1 Dans quelles situations devez-vous établir une demande d'accord préalable pour permettre la prise en charge des frais de transport ?

- lorsque votre patient doit se rendre en un lieu distant de plus de 150 km (structure plus proche),
- lorsque l'état de votre patient nécessite des transports en série sans ALD au cours d'une période de deux mois et chaque transport est effectué vers un lieu distant de plus de 50 km),
- lorsque votre patient est un enfant ou un adolescent et qu'il doit se rendre dans un centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP) ou un centre médico-psychopédagogique (CMPP) pour y recevoir des soins ou suivre un traitement.
- lorsque votre patient doit voyager en avion ou en bateau de ligne régulière. (Si son état de santé nécessite l'assistance d'un tiers ou s'il a moins de 16 ans, les frais de transport exposés par la personne accompagnante peuvent être remboursés.

Dans ce dernier cas, le transport doit en outre répondre à l'une des situations suivantes :

- il est lié à l'état de santé de votre patient qui nécessite une hospitalisation (complète, partielle, ambulatoire). Les séances de chimio-thérapie, de radiothérapie ou d'hémodialyse sont assimilées à une hospitalisation,
- il est lié aux traitements ou examens prescrits au titre de l'ALD dont souffre votre patient qui présente, par ailleurs, une déficience ou une incapacité définie par le référentiel de prescription des transports,
- il est en lien avec un accident du travail ou une maladie professionnelle dont a été victime ou souffre votre patient.

Dans l'une des situations a, b, c, d, vous devez également remplir ce formulaire dans les cas suivants :

- transports en entrée et sortie d'hospitalisation à domicile
- transports de patients dialysés à domicile (hémodialyse et dialyse péritonéale)
- transports pour permission de sortie de patients de moins de 20 ans hospitalisés depuis plus de 14 jours
- transports provisoire (<48h) de patients hospitalisés à domicile pour réaliser une prestation en lien avec le traitement d'une pathologie intercurrente
- transports prescrits depuis ou vers un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou une unité de soins de longue durée (USLD) (à l'exception des transports pour permission d'une durée de moins de 48 heures),
- transports sanitaires effectués dans le cadre de l'aide médicale urgente (AMU),
- transport d'un patient non hospitalisé depuis un service des urgences non UHCD vers un autre établissement de santé

- lorsque votre patient est une femme enceinte qui réside à plus de quarante-cinq minutes de trajet motorisé de la maternité la plus proche correspondant à sa situation de santé et qu'elle doit se déplacer vers une unité de gynécologie-obstétrique et/ou sur le lieu d'hébergement temporaire non médicalisé (HTNM) dans le cadre du dispositif engagement maternité : Indiquez le nom, l'adresse et le niveau de la maternité et le nom et l'adresse de l'HTNM.

### 2 Quel mode de transport pouvez-vous prescrire, hormis l'avion ou le bateau, au regard de l'état de santé et d'autonomie de votre patient

- Vous lui prescrivez un transport en **ambulance** s'il présente au moins une déficience ou incapacité nécessitant un transport :
  - en position obligatoirement allongée ou demi-assise,
  - avec surveillance par une personne qualifiée ou l'administration d'oxygène,
  - avec brancardage ou portage ou un transport devant être réalisé dans des conditions d'asepsie.
- Vous lui prescrivez un transport assis professionnalisé (**VSL ou taxi conventionné**) s'il présente au moins une :
  - déficience ou incapacité physique invalidante nécessitant une aide au déplacement, technique ou humaine, mais ne nécessitant ni brancardage, ni portage,
  - déficience ou incapacité intellectuelle ou physique nécessitant l'aide d'une tierce personne pour la transmission des informations nécessaires à l'équipe soignante en l'absence d'un accompagnant,
  - déficience nécessitant le respect rigoureux des règles d'hygiène,
  - déficience nécessitant la prévention du risque infectieux par la désinfection rigoureuse du véhicule,ou s'il suit un traitement ou est atteint d'une affection pouvant occasionner des risques d'effets secondaires pendant le transport.

Dans une situation d'un transport de patient à mobilité réduite, le patient est transporté dans son fauteuil roulant prescrit médicalement. Le transport partagé est le mode de transport prescrit par défaut.

- Vous lui prescrivez un **moyen de transport individuel** (son véhicule personnel, par exemple) ou les **transports en commun terrestres** s'il peut se déplacer par ses propres moyens. Si l'état de santé du patient nécessite l'assistance d'un tiers ou s'il a moins de 16 ans, les frais de transport en commun exposés par la personne accompagnante peuvent être remboursés.

### 3 Elements d'ordre médical (Volet 1)

Dans cette rubrique, vous détaillez à l'attention du médecin conseil les motifs médicaux à l'origine de la prescription de transport (nature de l'examen ou des soins justifiant le déplacement). C'est dans cette rubrique que vous indiquez l'orientation dans un centre de référence dédié à la prise en charge des maladies rares.

### 4 Cas particuliers d'exonération du ticket modérateur

Vous devez cocher la case "oui" dans les cas suivants :

- si un acte réalisé lors de l'hospitalisation a un coefficient égal ou supérieur à K60 ou un tarif égal ou supérieur à 120 euros,
- s'il s'agit d'un transfert en lien direct et consécutif avec une première hospitalisation exonérée du ticket modérateur en raison d'un K60 ou d'un tarif égal à 120 euros,
- lorsque l'état du patient hospitalisé dans un établissement de soins nécessite son transfert vers un autre établissement d'hospitalisation en vue d'un traitement mieux adapté à son état de santé
- si le transfert est lié à l'hospitalisation d'un nouveau-né de moins de trente jours.

S3139g



**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  (cf. notice) Transport vers un CAMPS ou un CMPP

Transport Engagement maternité du lieu de résidence vers la maternité ou l'hébergement temporaire non médicalisé

Transport par avion ou par bateau de ligne régulière  dans ce cas, si l'état du patient nécessite une personne accompagnante, cochez la case

• 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

• position allongée ou demi-assise  surveillance par une personne qualifiée  oxygène  brancardage ou portage  aseptie

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

Moyen de transport individuel  } dans ce cas, si l'état du patient nécessite une personne accompagnante, cochez la case

Transport en commun terrestre

• une ALD exonérante  • une AT/MP  et la date de l'AT/MP

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

départ - domicile  arrivée - domicile

- autre lieu :

- structure de soins :

transport aller-retour  nombre de transports :

• Urgence : appel du SAMU-centre 15  ou autres  :

**4 Cas particulier d'exonération du ticket modérateur** oui  non

**Identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce**

nom et prénom

raison sociale

identifiant

adresse

date

signature

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)**

raison sociale

numéro d'identification :

adresse

signature du transporteur

fait à le

# Annexe 6 – Prescription Médicale de Transport



## PRESCRIPTION MÉDICALE DE TRANSPORT Notice

ATTENTION : s'il s'agit de transports vers un lieu distant de 150 km, de transports en série sans ALD cf. ❶ (\*), de transports en avion ou en bateau de ligne régulière ou de transports d'enfants ou d'adolescents vers un CAMSP ou un CMPP, vous devez remplir le formulaire de

Ce formulaire ne doit pas être utilisé pour les prescriptions de transport inter/intra établissements de santé prises en charge sur le budget de l'établissement prescripteur sauf exceptions mentionnées au point ❶. La durée de validité de la prescription médicale de transport est fixée à 1 an maximum

**Toutes les règles indiquées dans cette notice sont opposables et conditionnent la prise en charge du transport par l'assurance maladie. Un transport ne peut être prescrit que par un médecin ou un chirurgien-dentiste.**

Comme toute prescription de transport, celle-ci doit être remplie et signée par le prescripteur des soins. Le médecin traitant ne doit pas la remplir s'il n'est pas lui-même le prescripteur des soins concernés par le transport.

La prise en charge des frais de transport est subordonnée à la présentation, par l'assuré, de la prescription médicale de transport et d'un justificatif de transport ou d'une facture du transporteur.

Le praticien doit mentionner sur la prescription les éléments d'ordre médical précisant le motif du déplacement et justifiant le mode de transport prescrit.

Seul est pris en charge le transport le moins onéreux compatible avec l'état du malade, apprécié au regard des critères médicaux et de dépendance fixés dans le référentiel de prescription des transports

### ❶ Quelles sont les situations qui permettent la prise en charge des frais de transport ?

Pour être remboursé, le transport doit, sauf particularité du transport en ambulance (cf. ❷) répondre à au moins l'une des situations suivantes :

- le transport est lié à l'état de santé de votre patient qui nécessite une hospitalisation (complète, partielle, ambulatoire). Les séances de chimiothérapie de radiothérapie ou d'hémodialyse sont assimilées à une hospitalisation,
- le transport est lié aux traitements ou examens prescrits au titre de l'ALD dont souffre votre patient qui présente, par ailleurs, une déficience ou une incapacité définie par le référentiel de prescription des transports,
- le transport est en lien avec un accident du travail ou une maladie professionnelle dont a été victime ou souffre votre patient.
- le transport concerne une femme enceinte qui réside à plus de 45 minutes de trajet motorisé de la maternité la plus proche correspondant à sa situation de santé et elle doit se déplacer vers une unité de gynécologie obstétrique et/ou sur le lieu d'hébergement temporaire non médicalisé dans le cadre du dispositif engagement maternité. Indiquez le nom, l'adresse et le niveau de la maternité, et le nom, l'adresse de l'HTNM.

Les transports entre établissements pris en charge par l'Assurance Maladie sont les suivants :

- transports en entrée et sortie d'HAD
- transports de patients dialysés à domicile (hémodialyse et dialyse péritonéale)
- transports de patients hospitalisés à domicile pour réaliser une prestation en lien avec le traitement d'une pathologie intercurrente.
- transports prescrits depuis ou vers un établissement d'hébergement pour personnes âgées indépendants (EHPAD) ou une unité de soins de longue durée (USLD) (à l'exception des transports pour permission d'une durée de moins 48 heures).
- transports sanitaires effectués dans le cadre de l'aide médicale urgente (AMU)
- transport d'un patient non hospitalisé depuis un service des urgences hors UHCD vers un autre établissement de santé
- transports concernant le transfert d'une durée inférieure à 48 heures de patients hospitalisés pour la réalisation d'une séance de radiothérapie dans une structure d'exercice libéral ou un centre de santé.
- transports d'un patient non hospitalisé (en consultation à l'hôpital ou admis dans un service d'urgences) vers un autre établissement de santé.

### ❷ Quel mode de transport pouvez-vous prescrire au regard de l'état de santé et d'autonomie de votre patient ?

#### • Particularité du transport en ambulance :

Il peut être prescrit et pris en charge, indépendamment des situations visées au ❶ dès lors que votre patient présente au moins une déficience ou une incapacité nécessitant un transport :

- en position obligatoirement allongée ou demi-assise,
- avec surveillance par une personne qualifiée ou l'administration d'oxygène,
- avec brancardage ou portage ou un transport devant être réalisé dans des conditions d'aseptie.

*N'omettez pas de préciser, toutefois, si votre patient se trouve aussi dans l'une des situations mentionnées au ❶*

#### • Les autres modes de transport :

Ils ne peuvent être prescrits, et pris en charge, que si votre patient se trouve dans l'une des situations décrite au ❶

° Vous lui prescrivez un transport assis professionnalisé (VSL ou taxi conventionné) s'il présente au moins une :

- déficience ou incapacité physique invalidante nécessitant une aide au déplacement, technique ou humaine, mais nécessitant ni brancardage ni portage,
- déficience ou incapacité intellectuelle ou psychique nécessitant l'aide d'une tierce personne pour la transmission des informations nécessaires à l'équipe soignante en l'absence d'un accompagnement,
- déficience nécessitant le respect rigoureux des règles d'hygiène,
- déficience nécessitant la prévention du risque infectieux par la désinfection rigoureuse du véhicule, ou s'il suit un traitement ou est atteint d'une affection pouvant occasionner des risques d'effets secondaires pendant le transport.

Dans la situation du transport d'une personne à mobilité réduite, le fauteuil roulant est celui prescrit par le médecin traitant.

S3138f

Tournez la page SVP ⇒



## PRESCRIPTION MÉDICALE DE TRANSPORT

### Notice

<sup>0</sup> Vous lui prescrivez un **moyen de transport individuel** (son véhicule personnel, par exemple) ou les **transports en commun terrestre** s'il peut se déplacer par ses propres moyens. Si l'état de santé du patient nécessite l'assistance d'un tiers ou s'il a moins de 18 ans, les frais de transport en commun exposés par la personne accompagnante peuvent être pris en charge.

Les frais de transport en commun exposés par la personne accompagnante peuvent être remboursés si l'état de santé du patient nécessite l'assistance d'un tiers ou si le patient a moins de 16 ans.

③ **Transports itératifs** : précisez le nombre de déplacements prévus si vous devez prescrire un transport répété ne correspondant pas à la définition transport en série.

(\*) (transport en série : le nombre de transports prescrits pour un même traitement est au moins égal à quatre au cours d'une période de deux mois et chaque transport est effectué vers un lieu distant de plus de 50 kilomètres. Ces transports nécessitent une demande d'accord préalable.)

④ **Urgence (appel du SAMU-centre 15...)** : la prescription peut être remplie à postériori par un médecin ou un chirurgien-dentiste de la structure de soins dans laquelle le patient s'est rendu.

⑤ **Eléments d'ordre médical (Volet 1)**

Dans cette rubrique, vous détaillez à l'attention du médecin conseil les motifs médicaux à l'origine de la prescription de transport (nature de l'examen ou des soins justifiant le déplacement). C'est dans cette rubrique que vous indiquez l'orientation dans un centre de référence dédié à la prise en charge des maladies rares.

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

Vous devez cocher la case "oui" dans les cas suivants :

- si un acte réalisé lors de l'hospitalisation a un coefficient égal ou supérieur à K60 ou un tarif égal ou supérieur à 120 euros,
- s'il s'agit d'un transfert en lien direct et consécutif avec une première hospitalisation exonérée du ticket modérateur en raison d'un K60 ou d'un tarif égal à 120 euros,
- pour les transports d'urgence en cas d'hospitalisation au cours de laquelle est effectué un acte coûteux ou en cas d'hospitalisation consécutive à une hospitalisation au cours de laquelle est effectué un acte coûteux et en lien direct avec elle,
- pour les transports entre l'établissement et le domicile en cas d'hospitalisation à domicile (HAD), si le transport est prescrit hors protocole protocole HAD ou pour des séances de radiothérapie en structure libérale ou en centre de santé,
- si le transport est lié à l'hospitalisation d'un nouveau-né de moins de trente jours.

**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  
(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

**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
  - 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  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
- position allongée ou demi-assise  surveillance par une personne qualifiée  d'administration d'oxygène
  - brancardage ou d'un portage  aseptie 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 est adapté, 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

• Quel trajet doit effectuer le patient ?

départ - domicile  arrivée - domicile

- autre lieu : - autre lieu :

- structure de soins : - structure de soins :

transport aller-retour  3 nombre de transports itératifs

4 Urgence : appel du SAMU-centre 15  ou autres  :

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

**Identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce**

nom et prénom

raison sociale

identifiant

adresse

date

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)**

Raison sociale ..... N° d'identification : .....

Adresse ..... Signature du transporteur

Fait à ..... Le .....