



n°50743#02

# demande d'accord préalable prescription médicale de transport

(articles L. 162-4-1-2°, L. 321-1-2°, R. 322-10-2, R. 322-10-5, R. 322-11-2 et R. 161-45 du Code de la sécurité sociale)

**notice d'utilisation destinée au prescripteur et au transporteur** (à présenter au transporteur par le bénéficiaire)

## les transports remboursables par l'assurance maladie

Seules les conditions et situations suivantes ouvrent droit au remboursement des transports sur prescription médicale :

situations	prescription médicale nécessaire (formulaire S3138)	prescription médicale et accord préalable nécessaire (formulaire S3139)
<b>limitatives de remboursement</b>	<i>avec indication obligatoire de la structure de soins la plus proche, habilitée à donner les soins appropriés à l'état du malade</i>	
<b>hospitalisation (complète, partielle et ambulatoire) (entrée et sortie seulement)</b>	<b>OUI</b> SAUF pour les transports en commun inférieurs à 150 km	<b>OUI</b> SI supérieurs à 150 km aller, ou en série quel que soit le mode de transport
<b>affections de longue durée – accidents du travail et maladies professionnelles</b> transport prescrit pour soins ou examens directement en rapport avec une affection de longue durée reconnue ou un traitement en rapport avec des soins ou un arrêt de travail supérieur à 6 mois, un accident du travail ou une maladie professionnelle	<b>OUI</b> SAUF pour les transports en commun inférieurs à 150 km	<b>OUI</b> SI supérieurs à 150 km aller, ou en série quel que soit le mode de transport
<b>transport en ambulance</b> <b>SI</b> l'état du malade le nécessite	<b>OUI</b>	<b>OUI</b> SI transport supérieur à 150 km aller ou en série
<b>transport longue distance (+150km aller)</b>	<b>OUI</b> y compris pour les transports en commun	<b>OUI</b> quel que soit le mode de transport
<b>transport en série</b> Au moins 4 transports de plus de 50 km aller, dans un délai de 2 mois, pour un même traitement	<b>OUI</b> y compris pour les transports en commun	<b>OUI</b> quel que soit le mode de transport

## notice d'utilisation

**LE PRESCRIPTEUR :**

- indique le nom du bénéficiaire, le nombre de transports et la destination ;
- apprécie le « mode de transport » le mieux adapté à l'état du malade (voir ci-dessous les différents modes de transports). Les transports en VSL et en taxi sont les seuls transports assis professionnalisés et sont désormais équivalents.

<b>transports en commun</b>			<b>ambulance</b>	
<b>avion ou bateau</b>	<b>voiture particulière</b>	<b>transport assis professionnalisé</b>	<i>(2 accompagnateurs, transport allongé, demi assis, ou assis par nécessité médicale, avec surveillance constante)</i>	<b>smur</b>

- spécifie les « conditions particulières » ;  
Il est à noter que la case « personne accompagnante » vise les enfants de moins de 16 ans et les personnes dont l'état nécessite l'assistance d'un tiers, cela uniquement pour les transports en commun.
- précise les cas d'exonération du ticket modérateur. NB – la case "oui" d'"autre cas d'exonération" doit être cochée , notamment, en cas de : soins ou prescriptions en établissement de santé dans les 30 1ers jours de la vie, traitement des enfants et adolescents handicapés pour les frais concourant à l'éducation spécialisée, pension d'invalidité, pension militaire, fonds de solidarité vieillesse (exonération partielle), rente accident du travail pour incapacité égale ou supérieure à 66,66%, soins à partir du 6<sup>ème</sup> mois de grossesse, transport d'urgence relatif à une hospitalisation au cours de laquelle a été pratiqué un acte dont le coefficient est supérieur ou égal à 50, transport entre 2 établissements ou entre l'établissement et le domicile en cas d'hospitalisation à domicile, lorsqu'intervient une 2<sup>ème</sup> hospitalisation consécutive et en lien direct avec une 1<sup>ère</sup> hospitalisation au cours de laquelle a été pratiqué un acte dont le coefficient est égal ou supérieur à 50, sauf lorsque l'établissement de destination est un établissement de soins de suite et de réadaptation.
- reporte son identification ;
- **indique les éléments d'ordre médical précisant le motif du déplacement et justifiant le mode de transport prescrit sur le volet 3 destiné au seul contrôle médical. En cas de non respect de cette obligation, le prescripteur s'expose à des sanctions, notamment celles prévues à l'article L 315-3 du code s.s.)**
- date et signe le document et remet au bénéficiaire les 3 volets afin qu'il complète les renseignements le concernant, et une enveloppe « M. le Médecin Conseil » pour adresser les volets 2 et 3 au contrôle médical de l'organisme dont il dépend (ou à l'organisme conventionné pour les professions indépendantes).

**LE TRANSPORTEUR :**

- à réception de l'accord ou en cas de non réponse sous 10 jours, le transporteur porte sur le volet présenté par l'assuré (soit le volet 1 en cas de non réponse de la caisse, soit le volet 2 si la caisse a retourné l'accord), la date du transport, son identification et sa signature.

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)

**S 3139b**





n° 11575\*02

# demande d'accord préalable prescription médicale de transport

volet 1, à conserver  
par l'assuré(e)

(articles L. 162-4-1-2°, L. 321-1-2°, R. 322-10-2, R. 322-10-5, R. 322-11-2 et R. 161-45 du Code de la sécurité sociale)

## 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) 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 (terrestre, 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	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	urgence	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	hospitalisation	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
transport allongé ou demi assis	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	personne accompagnante	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	série ou + de 150 kms	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
		transfert	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	séances itératives	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
				traitement en rapport avec soins ou arrêt de travail de + 6 mois (L 324-1 code SS)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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<sup>ère</sup> constatation de la maladie professionnelle :

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

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

(si cachet le reporter sur les 3 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

Madame, Monsieur,

### NOTICE A L'ATTENTION DE L'ASSURÉ(E)

**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 MEDICALE. Il est soumis en outre à l'accord préalable de l'organisme.

Vous devez compléter les renseignements vous concernant à l'aide de l'attestation papier qui accompagne votre carte vitale. Et envoyer LE PLUS RAPIDEMENT POSSIBLE, au CONTROLE MEDICAL DE LA CAISSE DONT VOUS DEPENDEZ (OU A L'ORGANISME CONVENTIONNE POUR LES PROFESSIONS INDEPENDANTES), LES VOLETS 2 ET 3 DANS L'ENVELOPPE « M. LE MEDECIN CONSEIL » QUI VOUS A ETE REMISE PAR LE PRATICIEN.

LA NON REPONSE SOUS DIX JOURS (cachet de la poste faisant foi) EQUIVAUT A UN ACCORD. En ce cas, vous présenterez ce document (volet 1 accompagné de la notice) au transporteur afin qu'il y reporte la date du transport, son identification et sa signature. Il sera joint à la demande de remboursement.

Pour toute demande de remboursement de transport en commun (terrestre, 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 3 « 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 COMPLEMENTAIRES, CONSULTEZ VOTRE ORGANISME

La loi 78.17 du 6.1.78 relative à l'informatique, et 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)

S 3139b





n° 11575\*02

# demande d'accord préalable prescription médicale de transport

volet 2 (administratif)  
à adresser au service  
médical  
sous enveloppe  
« M. le Médecin-conseil »

(articles L. 162-4-1-2°, L. 321-1-2°, R. 322-10-2, R. 322-10-5, R. 322-11-2 et R. 161-45 du Code de la sécurité sociale)

## 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) 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 (terrestre, 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	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	urgence	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	hospitalisation	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
transport allongé ou demi assis	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	personne accompagnante	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	série ou + de 150 kms	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
		transfert	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	séances itératives	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
				traitement en rapport avec soins ou arrêt de travail de + 6 mois (L 324-1 code SS)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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<sup>ère</sup> constatation de la maladie professionnelle :

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

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

(si cachet le reporter sur les 3 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

Madame, Monsieur,

- APRES ACCORD ADMINISTRATIF DE VOTRE ORGANISME, vous présenterez cette prescription (volet 2 accompagné de la notice) au transporteur afin qu'il y reporte la date du transport, son identification et sa signature. Elle sera jointe ultérieurement à la demande de remboursement. Cependant, le CONTROLE MEDICAL peut toujours intervenir pour donner un avis à l'organisme sur la prise en charge de la suite des transports (transports en série). Dans ce cas, la décision nouvelle prend effet à compter de la réception, par l'assuré(e), de la notification de l'organisme d'assurance maladie.
- APRES REFUS DE VOTRE ORGANISME, vous aurez la possibilité d'utiliser les voies de recours précisées sur la notification.

### ACCORD PREALABLE

<p style="text-align: center;"><b>AVIS MEDICAL</b></p> <p><input type="checkbox"/> FAVORABLE <input type="checkbox"/> maladie <input type="checkbox"/> maternité <input type="checkbox"/> AT-MP-date:</p> <p><input type="checkbox"/> DEFAVORABLE <input type="checkbox"/> autres, à préciser :</p> <p>FAIT, LE _____ CACHET _____</p> <p>signature _____</p>	<p style="text-align: center;"><b>DECISION ADMINISTRATIVE</b></p> <p><input type="checkbox"/> ACCORD <input type="checkbox"/> droits ouverts</p> <p><input type="checkbox"/> sous réserve de l'ouverture des droits</p> <p><input type="checkbox"/> REFUS (voir notification jointe)</p> <p>FAIT, LE _____ CACHET _____</p> <p>signature _____</p>
---	--

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)

S 3139b





# demande d'accord préalable prescription médicale de transport

volet 3 (médical)  
à adresser au service  
médical  
sous enveloppe  
« M. le Médecin conseil »

(articles L. 162-4-1-2°, L. 321-1-2°, R. 322-10-2, R. 322-10-5, R. 322-11-2 et R. 161-45 du Code de la sécurité sociale)

## 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) 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 (terrestre, 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	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	urgence	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	hospitalisation	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
transport allongé ou		personne accompagnante	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	série ou + de 150 kms	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
demi assis	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	transfert	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	séances itératives	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
				traitement en rapport avec soins ou arrêt de travail de + 6 mois (L 324-1 code SS)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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<sup>ère</sup> constatation de la maladie professionnelle :

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

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

(si cachet le reporter sur les 3 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

### ACCORD PREALABLE

AVIS MEDICAL  
 FAVORABLE  maladie  maternité  AT-MP-date:  
 autres, à préciser :  
 DEFAVORABLE  
FAIT, LE \_\_\_\_\_ CACHET  
signature

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)

S 3139b

