PRESCRIRE UN TRANSPORT EN VOITURE PARTICULIERE POUR UN PATIENT EN ALD

cerfa

N° 11574*03

Volet **1 (médical) à adresser au contrôle médical** sous enveloppe, à l'attention de « M. le Médecin conseil »

Prescription médicale de transport

(articles L.162-4-1-2°, L. 321-1-2°, L. 322-5, L. 432-1 et R. 322-10 et suivants du Code de la sécurité sociale)

La prescription médicale, à compléter par le médecin
(pour plus d'information, se référer à la notice)

- **Le bénéficiaire** *(à compléter obligatoirement par le médecin)*

Nom (*suivi, s'il y a lieu, du nom d'époux(se)*)
Prénom

- **Dans quelle situation permettant la prise en charge du transport se trouve votre patient ?** *(plusieurs choix possibles)*

Hospitalisation (entrée-sortie) ☐
Nécessité d'être allongé ou sous surveillance ☐
Soins liés à une affection de longue durée ☒
Soins liés à un AT/MP ☐
Date de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle |_|_|_|_|_|_|_|_|

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

- Transport aller ☐ Transport retour ☐ Transport aller-retour ☐
- Transport itératif ☐ nombre : .....
- **Ce transport est-il lié à une condition de prise en charge à 100% ?** oui ☒ non ☐
(grossesse de plus de 6 mois, ALD exonérante, AT/MP, autre... Se référer à la notice)
- **Quel mode de transport prescrivez-vous, en vous reportant au référentiel médical détaillé dans la notice ?**

Ambulance ☐
Transport assis professionnalisé (VSL, taxi) ☐
Transport en commun (bus, train…) ☐ *(complétez la ligne ci-dessous)*
. Dans ce cas, l'état de santé du patient nécessite-t-il **une personne accompagnante ?** oui ☒ non ☐
Moyen de transport individuel ☒

- Conditions particulières : nécessité d'une asepsie rigoureuse ☐ appel du centre 15 ☐

- **Eléments d'ordre médical :**

Précisez la nature de l'examen ou des soins justifiant le déplacement :
……
……
……
Commentaires éventuels :
……
……
……
……

(si cachet, merci de le reporter sur les 2 volets)

Etablie le . . /. . /. . . . à
Identification du médecin et, le cas échéant, de l'établissement et signature du médecin

PAO CPAM 24 - 10.2011

Les avantages pour votre patient

>> Remboursement des **frais de carburant** et d'**usage du véhicule**

>> **Pas de franchise à payer** : une économie de 4 € par transport «aller-retour»

>> **L'accompagnement par un proche** (membre de la famille, voisin, aidant...)

Remettre l'imprimé «Etat de frais» au patient avec votre prescription pour envoi à la Caisse d'Assurance Maladie