



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Loire-Atlantique

FORMATION TAXIS

2023

DAPSE / PPS

01

Conditions de prise en charge des transports

02

Taux de prise en charge des transports

03

Convention départementale des taxis de Loire Atlantique

04

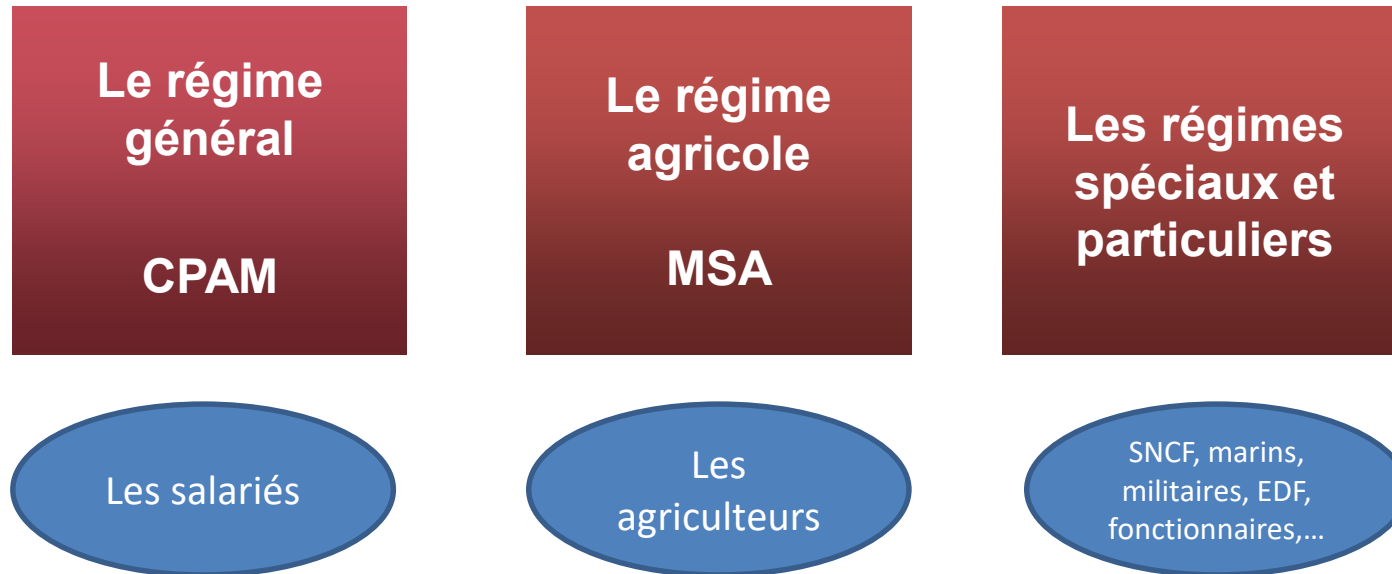
Facturation

05

Développer votre activité conventionnée

L'assurance maladie

Le système actuel est constitué de 3 grands régimes



01

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES TRANSPORTS

Motifs de prescriptions de transports

Article R322-10 : sont pris en charge les frais de transport de l'assuré ou de l'ayant-droit dans l'obligation de se déplacer

Transports liés à une hospitalisation

- Complète d'une durée au moins de 24h (entrée et sortie)
- Partielle (- de 24h) avec occupation d'un lit de jour ou de nuit
- Séjour < 24h pour séances de soins (hémodialyse, chimiothérapie, radiothérapie.....)

Transports liés aux traitements ou examens en rapport avec une **affection de longue durée**

- Quand le patient est dans l'incapacité de se déplacer seul

Transports allongés en **ambulance** justifiés par l'état du malade

Transports en un lieu distant de **plus de 150 kilomètres**

- Soumis à demande d'accord préalable auprès de la caisse d'assurance maladie de l'assuré*.

Transports **en série***
(au moins 4 transports AR > 50 km sur 2 mois)

- En cas d'urgence notifiée par le prescripteur, la démarche d'accord préalable n'est pas requise

Hébergement maternité

Soumis à demande d'accord préalable auprès de la caisse d'assurance maladie de l'assuré.

Autres motifs de prescription de transports : convocations

Pour se rendre chez un **fournisseur d'appareillage agréé** pour la fourniture d'un dispositif médical (prothèse par exemple)

Pour répondre à une **convocation du contrôle médical**

Pour répondre à la **convocation d'un médecin expert** désigné par une juridiction du contentieux de l'incapacité

Pour se rendre à la **consultation d'un expert** désigné

TRANSPORTS EN SÉRIE - SOUMIS A DAP

Le nombre de transports prescrits au titre d'un même traitement est au moins égal à 4 au cours d'une période de 2 mois

Chaque trajet est effectué vers un lieu distant de plus de 50 km aller

Exemple : une patiente domicilié à Derval suit un traitement de chimiothérapie à Catherine de Sienne.

Elle aura plus de 4 transports dans les 2 mois pour un même traitement **ET** la distance entre son domicile et la structure est de **plus de 80 km aller**

TRANSPORTS ITÉRATIFS OU RÉPÉTITIFS - NON SOUMIS A DAP

Transports répétés d'un même patient pour un même traitement, pour un même trajet

Sur une distance obligatoirement inférieure à 50 km aller

Sans contrainte de nombre de trajets et de durée de traitement

Exemple : une patiente domiciliée à Ste Luce sur Loire suit un traitement de chimiothérapie à Catherine de Sienne.

Elle aura plus de 4 transports dans les 2 mois pour un même traitement MAIS la distance entre son domicile et la structure de soins est de 20 KM aller

LES FORMULAIRES DE PRESCRIPTIONS DE TRANSPORTS

Prescriptions « classique » en ligne ou S3138f

Prescription – DAP S3139g

Prescription médicale électronique de transport
Exemplaire patient

Patient(e) : KORSIA BEATRICE
N° de la prescription : FR 01 07P ZSY T7G 8 Statut : Prescrit

Prescription
N° de la prescription : FR 01 07P ZSY T7G 8 Date de la prescription : 20/01/2017
Prescripteur : A. Béatrice N° ADEL: xxxxxxxxx
Identifiant de la structure : 991069998
Région sociale :

Bénéficiaire
Nom de famille : KORSIA Prénom : BEATRICE
Date de naissance : 04/01/1978 Rang de naissance : 1
N° de sécurité sociale : xx xx xx xxx xxx

Prise en charge
MOTIF(S) DE PRISE EN CHARGE
Hospitalisation (entrée/sortie)

CONDITION(S) DE PRISE EN CHARGE

PRISE EN CHARGE
Taux de prise en charge calculé par l'Assurance Maladie à la date de prescription compte-tenu de ce qui a été indiqué précédemment : 65 %

Transport
Départ : Autre Structure de soins : CENTRE AUTODIALYSE-BICHAT Domicile
N° : Type : Rue(s) Voie : XAVIER BICHAT
Code Postal : 72000 Ville : LE MANS Bât/eso :
Arrivée : Autre Structure de soins : CH LE MANS Domicile
N° : 6194 Type : AVENUE Voie : RUBILLARD
Code Postal : 72037 Ville : LE MANS CEDEX 9 Bât/eso :
Nature du transport : Aller-Retour Nombre : 1
Mode de transport : Transport Assis Professionnalisé
Nécessite une asepsie : Non Oui

Motif du transport

Lieux de départ et d'arrivée
Aller-retour, nombre de transports

cerfa Prescription médicale de transport
n° 11574*06 (articles L.169-8 2°, L.162-4-1 2°, L.322-5, L.432-1, R.160-5, R.322-10-9, R.322-10 a.R. 322-10-7, R.160-16 et D. 162-17 II du Code de la sécurité sociale)

Vol 1 à adresser au contrôle médical, sous enveloppe, à l'attention de "M. le Médecin-conseil"

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
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)

Ce transport est-il en rapport avec un accident causé par un tiers ? non oui date de l'accident : _____

la prescription médicale

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 médical
- transport lié à un accident du travail ou une maladie professionnelle date de l'accident : _____

Quel mode de transport prescrivez-vous au regard de l'état de santé et d'autonomie de votre patient ?
- transport en ambulance justifié si (cochez la/les case(s) correspondante(s))
- être en position allongée ou demi-assise d'une surveillance qualifiée d'administration d'oxygène
- d'un brancardage ou d'un portage d'une asepsie rigoureuse
- transport assis professionnalisé (VSL, taxi conventionné)
- l'état de santé du patient n'est pas compatible avec un transport assis, cochez la case
- un transport pour patient à mobilité réduite dans son fauteuil 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

Quel trajet doit effectuer le patient ?
départ - domicile arrivée - domicile
- autre lieu : _____ autre lieu : _____
- structure de soins : _____ structure de soins : _____

transport aller-retour non transport simple

Urgence : appel du SAMU-centre 15 ou autres (précitez) : _____

Eléments d'ordre médical (préciser la nature, l'examen et les soins justifiant le déplacement) et commentaires éventuels
Transport vers un autre centre de référence de soins en charge des maladies rares

Cas particuliers d'attribution du ticket modérateur oui non
Ce transport est-il lié à des soins dispensés au titre d'une pension militaire d'invalidité ? oui non
(article L.223-3 du Code de la Sécurité Sociale - dispositions relatives aux militaires d'invalidité et des victimes de guerre)

Identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce
nom et prénom
raison sociale
identifiant (n° RPS) adresse
date signature n° structure (AM, PMSI ou SIRET)
signature et cachet

accord refus total refus partiel motif : _____ date : _____

Motif du transport

Lieux de départ et d'arrivée
Aller-retour, nombre de transports

cerfa DEMANDE D'ACCORD PREALABLE DE TRANSPORT VALANT PRESCRIPTION MEDICALE
n° 11575*07 (articles L.169-8 2°, L.162-4-1 2°, L.322-5, L.432-1, R.160-8, R.322-10 a.R. 322-10-8, R.322-10-9 du Code de la sécurité sociale)

Vol 1 à adresser au contrôle médical sous enveloppe, à l'attention de "M. le Médecin-Conseil"

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
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)

Ce transport est-il en rapport avec un accident causé par un tiers ? non oui date de l'accident : _____

Partie à compléter par le descripteur

Dans quelle situation se trouve votre patient
Transport à plus de 150 km Transports en série (cf. notice)
Transport Engagement maternité du lieu de résidence vers la maternité ou l'hébergement temporaire non médical
Transport par avion ou par bateau de ligne régulière dans ce cas, si l'état du patient ne permet pas une personne accompagnante, cochez la case
Indiquez, ci-dessous, à quelle situation est liée le transport par avion ou par bateau :
- entrée ou sortie d'hospitalisation (complète, partielle ou ambulatoire), y compris séances de chimiothérapie, radiothérapie et hémodialyse
- transport en lien avec une affection de longue durée avec déficience ou incapacité - ALD exonérante - ALD non exonérante
- transport lié à un accident du travail ou une maladie professionnelle date de l'accident : _____

Quel mode de transport prescrivez-vous, hormis l'avion ou le bateau, au regard de l'état de santé et d'autonomie de votre patient ?
Transport en ambulance justifié si (cochez la/les case(s) correspondante(s))
- position allongée ou demi-assise surveillance par une personne qualifiée oxygène brancardage ou portage asepsie
- transport assis professionnalisé (VSL, taxi conventionné)
- l'état de santé du patient n'est pas compatible avec un transport assis, cochez la case
- un transport pour patient à mobilité réduite dans son fauteuil 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
Si votre patient doit utiliser l'un de ces modes de transport, précisez si ce dernier est en lien avec :
- une ALD exonérante - une ATMP et la date de l'ATMP : _____

Quel trajet doit effectuer le patient ?
départ - domicile arrivée - domicile
- autre lieu : _____ autre lieu : _____
- structure de soins : _____ structure de soins : _____

transport aller-retour non transport simple

Urgence : appel du SAMU-centre 15 ou autres (précitez) : _____

Eléments d'ordre médical (préciser la nature, l'examen et les soins justifiant le déplacement) et commentaires éventuels
Transport vers un autre centre de référence dédié à la prise en charge des maladies rares
Cas particulier d'attribution du ticket modérateur oui non

Identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce
nom et prénom
raison sociale
identifiant (n° RPS) adresse
date signature n° structure (AM, PMSI ou SIRET)
signature et cachet

accord refus total refus partiel motif : _____ date : _____

ARTICLE 80 DE LA LOI DE FINANCEMENT DE SÉCURITÉ SOCIALE DEPUIS LE 1^{ER} OCTOBRE 2018

L'ensemble des transports inter-établissements ne sont plus pris en charge par l'Assurance Maladie.

Seuls restent à la charge de l'Assurance Maladie les transports :

Pour entrée et sortie d'Hôpital

Urgents régulés par le centre 15

En avion et bateau

Entre hôpital et EHPAD ou USLD

De et vers des centres de radiothérapie

Exemple de PMT art. 80

Transfert d'un patient hospitalisé vers un autre établissement de santé
Prescription médicale de transport
(Articles L. 162-21-2, D. 162-17 et suivants du Code de la sécurité sociale)

Formulaire réservé aux établissements de santé

COMMANDE N° :

Établissement prescripteur

Raison sociale :
Adresse :
N° structure (INSEE ou SIRET) :

• Identification du prescripteur

Nom :
Prénom :
Identifiant (N° AM ou SIRET) :
Date : Signature :

La personne bénéficiaire du transport

Nom et prénom :
(Nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (le cas échéant) et s'il y a lieu)
N° d'immatriculation :
Date de naissance :
Adresse :

La prescription médicale de transport

• Quel trajet doit effectuer le patient ?

DEPART	ARRIVÉE
Raison sociale :	Raison sociale :
Adresse :	Adresse :
Champ d'activité : - MCO <input type="checkbox"/> - SSR <input type="checkbox"/> - Psychiatrie <input type="checkbox"/>	Champ d'activité : - MCO <input type="checkbox"/> - SSR <input type="checkbox"/> - Psychiatrie <input type="checkbox"/>
Unité médicale :	Unité médicale :

Transport aller-retour

• Quel est le motif du transfert ?

Consultation - Hospitalisation - séance de radiothérapie, chimiothérapie ou dialyse - dialyse hors centre

• Le transfert est-il inférieur à 48 heures ou supérieur à 48 heures ?

• Quel mode de transport prescrivez-vous au regard de l'état de santé et d'autonomie du patient ?

Transport en ambulance
Transport assis, professionnelle (VSL, taxi conventionnée)

Ambulance, VSL, taxi conventionnée
(à compléter par le transporteur et à joindre à la facture qui doit être OBLIGATOIREMENT envoyée à l'établissement prescripteur)

Raison sociale :
Adresse :
N° d'identification :
Fait à :
Date : Signature du transporteur :

NÉCESSITÉ D'ADAPTER LE MODE DE TRANSPORT À L'ÉTAT DE SANTÉ DU PATIENT

Taxi ou VSL
= TAP (transport assis
professionnel)

- une **aide au déplacement**, technique ou humaine
- l'aide d'une tierce personne pour les formalités administratives
- le respect rigoureux des règles d'hygiène ou la prévention du risque infectieux
- un traitement ou est atteint d'une affection présentant des risques d'effets secondaires

Véhicule personnel ou transport en commun

- lorsque le patient peut se déplacer **seul et sans assistance particulière**
- Un transport prescrit en TAP peut être remboursé en voiture particulière ou transports en commun

Ambulance
= transport allongé

- Lorsque l'état du patient nécessite :
 - d'être obligatoirement allongé ou en position demi-assise
 - un brancardage ou un portage
 - une surveillance par une personne qualifiée ou l'administration d'oxygène
 - de voyager dans des conditions rigoureuses d'asepsie

02

TAUX DE PRISE EN CHARGE DES TRANSPORTS

RÈGLE GÉNÉRALE : TAUX DE REMBOURSEMENT 55%

Part AMO-Assurance maladie obligatoire

- Taux 55 %
- Y compris les transports en rapport avec une ALD non-exonérante

Part AMC-Assurance maladie complémentaire

- Taux 45 %
- Pris en charge le cas échéant par l'organisme complémentaire de l'assuré

Le taxi ne peut se faire rembourser directement cette part AMC par la mutuelle du patient que s'il a contracté directement avec l'organisme complémentaire.

CAS PARTICULIERS : TAUX DE REMBOURSEMENT 100%

Les transports remboursés à 100 % part AMO

(**part AMO** = pas de reste à charge pour l'assuré = exonération du ticket modérateur)

transports en rapport direct avec une **ALD exonérante**, un **AT/MP**

grossesse > 6 mois et jusqu'à 12 jours après l'accouchement

hospitalisation de nouveaux nés, âgés de moins de 30 jours

pension **invalidité**... (régimes exonérants)

Transports remboursés à 100 % dans le cadre de :

- Complémentaire santé solidaire = 55 % AMO + 45 % AMC

- AME = 0% AMO + 100% AMC

03

CONVENTION DÉPARTEMENTALE DE TAXI



UN NIVEAU NATIONAL ET UNE DÉCLINAISON LOCALE



LA SIGNATURE DE LA CONVENTION CONDITIONNE LE REMBOURSEMENT DES TRANSPORTS FACTURÉS PAR LES TAXIS

Conventions départementales: doivent être conformes au modèle de convention type

Cadrage des règles tarifaires applicables pour chaque année entre 2019 et 2023 :

- **Indexation, désindexation partielle ou totale** des tarifs conventionnels par rapport aux **tarifs préfectoraux**
- **Baisse, maintien ou augmentation des taux de remise** conventionnelles en fonction de l'évolution des dépenses nationales ou départementales de transports en taxi

Les tarifs et taux de remise conventionnels sont actualisés chaque année

ENGAGEMENTS CONVENTIONNELS

Fournir toutes les pièces justificatives au conventionnement

Signaler tout changement administratif/de situation à la CPAM (adresse, véhicule,,)

Aider les patients à se déplacer et à s'installer dans le véhicule et assurer la transmission des informations nécessaires à l'équipe soignante

Respecter les règles d'hygiène, prévenir tout risque infectieux et disposer d'une trousse de secours dans le véhicule

ENGAGEMENTS CONVENTIONNELS- TELETRANSMISSION DANS LES 3 MOIS SUIVANTS LE CONVENTIONNEMENT

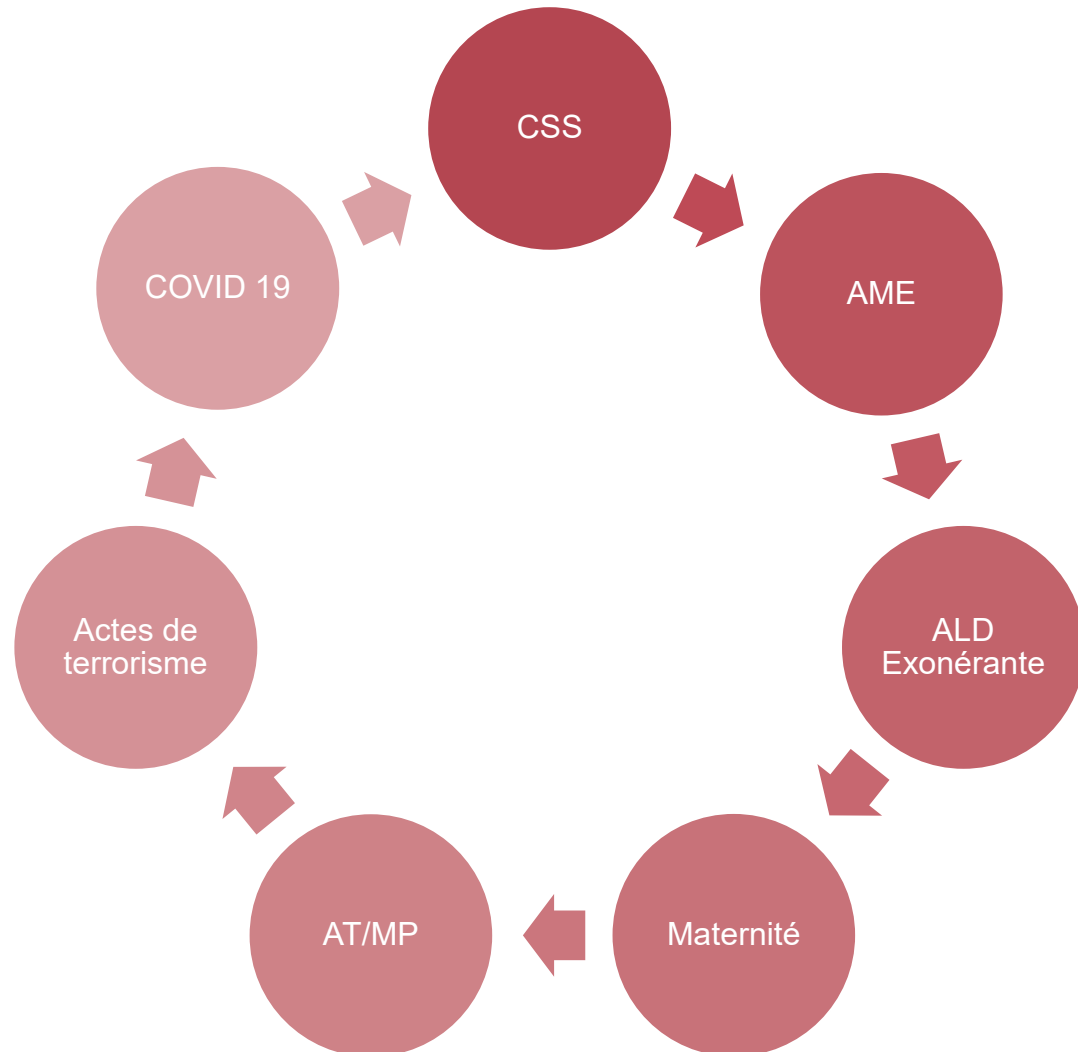
Télétransmettre 100% des factures en TP ou en DAF* totale

Télétransmettre régulièrement, au moins 1 fois par mois ;

Adresser dans les 8 jours suivant la télétransmission, **l'ensemble des pièces justificatives** nécessaires au paiement

Utiliser les téléservices de l'Assurance maladie dès leur mise à disposition

RAPPEL DES CAS DE TIERS-PAYANT OU DISPENSE D'AVANCE DE FRAIS LÉGAUX ET RÉGLEMENTAIRES



En l'absence de prescription médicale de transport avant la réalisation de ce transport (sauf urgence), la dispense d'avance des frais n'est pas applicable.

04

FACTURATION

TARIFICATION 1

Forfait

- La tarification taxi se fait sur le formulaire 606
- Tarification sortie d'Hospitalisation
- Paiement assuré
- Le remboursement se fera par la CPAM à l'assuré
- L'assuré doit signer la facture pour acquit

ASSURANCE MALADIE

FACTURE TRANSPORT PAR TAXI POUR MOTIF MEDICAL

(Articles L 321-1-2 * et L 322-5 du Code de la Sécurité Sociale)

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

NUMERO DE FACTURE _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E) (1)

NUMERO D'IMMATRICULATION: 1 82 03 44 999 999 | 99 | CODE ORGANISME AFFILIATION: 01 441 9999

NOM PATRONYMIQUE: Ce modèle est communiqué à titre d'information afin que vous puissiez en prendre connaissance. Pour votre démarche, le formulaire original sera utilisé.

PRENOM: Marc MARIN

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: 100 %

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

NOM PATRONYMIQUE: _____ | DATE DE NAISSANCE: 3 | 0 | 0 | 3 | 8 | 2

LIEN avec l'ASSURE(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): Hospitalisation

NUMERO DU PRESCRIPTEUR (sur prescription médicale): 4 4 | 0 | 0 | 0 | 2 | 7 | 1

DETAILS DU TRANSPORT: date: 20 | 03 | 23

ALLER: départ 10h30, arrivée 10h50, lieu: 4 rue des Renards 44300 Nantes, destination: CHU Hôtel Dieu 44000 Nantes

RETOUR: départ: _____, arrivée: _____

MODALITES DE REGLEMENT (à compléter par le transporteur)

DISPENSE D'AVANCE DE FRAIS, PAIEMENT DIRECT

Le: 30 | 03 | 23

à: Nantes

Identification du transporteur: TAXI QUIRROULE, RUE DE L'ENJOLIVEUR, 44000 NANTES

NUMERO D'AUTORISATION DE STATIONNEMENT: 666

NUMERO MINERALOGIQUE DU VEHICULE: EM 128 JK

TARIFICATION (à compléter par le transporteur)

PRISE EN CHARGE, MINIMUM DE PERCEPTION

TARIFS: A, B, C, D

COÛT (compas): aller en charge - retour à vide: 20, aller-retour en charge: ., Suppléments remboursables (à détailler): .

TOTAL: 20

TRANSPORTS SIMULTANES: nombre de malades transportés: .

BASE DE REMBOURSEMENT: 20

SOMME PAYEE PAR L'ASSURE(E)*: 20 €

TOTAL GENERAL* 20 €

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

L'ASSURE(E), ou la personne transportée, ou son représentant, ATTESTE SUR L'HONNEUR L'EXACTITUDE DE TOUTS 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: ____/____/____

TARIFICATION 2

Radiothérapie

- La tarification taxi se fait sur le formulaire 606
- Dispense d'avance de frais (= l'assuré ne paie pas, le transporteur se fera rembourser par la CPAM)
- Tarification A (Aller en charge et retour à vide mais application tarif A car séance de radiothérapie)

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

NUMERO DE FACTURE _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E) (1)

NUMERO D'IMMATRICULATION: 1 82 03 44 999 999 | 99 | CODE ORGANISME AFFILIATION: 01 441 9999

NOM PATRONYMIQUE (avec, s'il y a lieu, le nom d'usage): Ce modèle est communiqué à titre d'information afin que vous puissiez en prendre connaissance. Pour votre démarche, le formulaire original sera utilisé.

PRENOM: POTENCOURT Marie

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 PRELÈVEMENT EN CHARGE: 100 %

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

NOM PATRONYMIQUE (avec, s'il y a lieu, le nom d'usage) - PRENOM: | | | | | | | | | | DATE DE NAISSANCE: 2 5 | 0 4 | 5 8

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): Hospitalisation : radiothérapie

NUMERO DU PRESCRIPTEUR (sur prescription médicale): 4 4 0 0 0 0 2 7 1

DETAILS DU TRANSPORT: date: 20 03 23

ALLER: départ: 11h, arrivée: 11h30, lieu: 3 pl. Léon Bloy, 44220 Couëron, ATTENTE: OUI NON, RETOUR: départ: | | | | | | | | | |, arrivée: | | | | | | | | | |

MODALITES DE REGLEMENT (à compléter par le transporteur)

DISPENSE D'AVANCE DE FRAIS | PAIEMENT DIRECT

Le: 30 03 23

à: Nantes

IDENTIFICATION DU TRANSPORTEUR: TAXI QUIRROULE, RUE DE L'ENJOLIVEUR, 44000 NANTES, 442559828

NUMERO D'AUTORISATION DE STATIONNEMENT: 666

NUMERO MINÉRALOGIQUE DU VÉHICULE: EM 128 JK

TARIFICATION (à compléter par le transporteur)

PRISE EN CHARGE 2,50 | MINIMUM DE PERCEPTION

TARIFS: A, B, C, D | trajet-vertes: 14,6 km

COÛT: aller en charge - retour à vide: 15,33, aller-retour en charge: ., suppléments remboursables (à détailler): .

TOTAL: 17,83

Remise 17,8 % soit -3,17 €

TRANSPORTS SIMULTANES: nombre de malades transportés (sans personne accompagnée): | | | | | | | | | |

BASE DE REMBOURSEMENT: 14,66

Part de l'organisme: 100 % x 1 = 14,66

Part de l'assuré(e): % x 1 = .

Suppléments non remboursables (à détailler): .

SOMME PAYÉE PAR L'ASSURÉ(E)*: 14,66 €

TOTAL GENERAL* 14,66 €

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

L'ASSURÉ(E) ou la personne transportée, ou son représentant, ATTESTE SUR L'HONNEUR L'EXACTITUDE DE TOUTS 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: | | | | | | | | | |

TARIFICATION 3

Sortie d'hospitalisation

- La tarification taxi se fait sur le formulaire 606
- Pas de dispense d'avance de frais (= l'assuré règle au taxi et se fera rembourser par la CPAM)
- Tarification C (Il s'agit d'un retour à vide, un jour ouvré, en horaire jour.)
- Taux de remise

Volet vert : destiné au transporteur

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E) (1)

NUMERO D'IMMATRICULATION: 2 42 06 34 999 999 99 | CODE ORGANISME AFFILIATION: 01 441 9999

NOM PATRONYMIQUE (autres s'il y a lieu du nom d'usage): Ce modèle est communiqué à titre d'information afin que vous puissiez en prendre connaissance. Pour votre démarche, le formulaire original sera utilisé. | NOM et ADRESSE de l'organisme de paiement:

PRENOM: MARRON | Prénom à préciser: Joséphine

ADRESSE de l'assuré(e):

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE TRANSPORTEE (1)

S'agit-il d'un ACCIDENT? OUI ► DATE: | NON | DROITS jusqu'à: | TAUX DE PRISE EN CHARGE: 65 %

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

NOM PATRONYMIQUE (autres s'il y a lieu du nom d'usage) - PRENOM: | DATE DE NAISSANCE: 1 8 0 6 4 2

LIEN avec l'ASSURE(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): Hospitalisation

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): 4 4 1 7 8 2 6 7 4

DETAILS DU TRANSPORT: date: 17 03 23

ALLER: départ: 10H00, heure: 10H10, lieu: av. F. Mitterrand 44600 St Nazaire, CH Saint Nazaire

RETOUR: départ: , heure: , lieu: | OUI NON

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

DISPENSE D'AVANCE DE FRAIS PAIEMENT DIRECT

Le: 19 03 23

à: Nantes (identification du transporteur)

SIGNATURE: _____

NUMERO D'AUTORISATION DE STATIONNEMENT: 999

NUMERO MINERALOGIQUE DU VEHICULE: EM 128 JK

TAXI QUIROULE
RUE DE L'ENJOLIVEUR
44000 NANTES

TARIFICATION à compléter par le transporteur

PRISE EN CHARGE: 2,50 € | MINIMUM DE PERCEPTION

TARIFS: A, B, C, D

3 km

COÛT (complet): aller en charge - retour à vide → 6,30

aller-retour en charge → ,

Suppléments remboursables (à détailler) → ,

TOTAL: 8,80

Remise 19,6% soit - 1,72 = 7,08

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

BASE DE REMBOURSEMENT → ①: 7,30

Part de l'organisme: 65 % x 1 → 4,74

Part de l'assuré(e): 35 % x 1 → ②: 2,56

Suppléments non remboursables (à détailler) ③ → ,

SOMME PAYEE PAR L'ASSURE(E)*: ② + ③ → 7,30 €

TOTAL GENERAL* ① + ③ → 7,30 €

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

L'ASSURE(E) ou la personne transportée, ou son représentant, ATTESTE SUR L'HONNEUR L'EXACTITUDE DE TOUTS 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: | | | | |

TARIFICATION 4

AR avec attente

- La tarification taxi se fait sur le formulaire 606
- Tarification sortie d'Hospitalisation
- Dispense d'avance de frais (= l'assuré ne paie pas, le transporteur se fera rembourser par la CPAM)
- Tarification A (tarif le moins cher au km. Il signifie que le transport est effectué en jour ouvrable et que c'est un Aller et Retour en charge, en horaire jour)
- Un temps d'attente

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

NUMERO DE FACTURE | _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E) (1)

NUMERO D'IMMATRICULATION: **1 99 99 99 999 999 99** CODE ORGANISME AFFILIATION: **01 441 9999**

NOM PATRONYMIQUE (surtout s'il y a lieu du nom d'usage): **Ce modèle est communiqué à titre d'information afin que vous puissiez en prendre connaissance. Pour votre démarche, le formulaire original sera utilisé.**

PRENOM: **MARIN Marc**

ADRESSE de l'assuré(e): **MARIN Marc**

NOM et ADRESSE de l'organisme de paiement: _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE TRANSPORTEE (1)

S'agit-il d'un ACCIDENT? OUI NON DATE: _____ DROITS jusqu'au: _____ TAUX DE PREISE EN CHARGE: **100** %

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

NOM PATRONYMIQUE (surtout s'il y a lieu du nom d'usage) - PRENOM: **MARIN Timothée** DATE DE NAISSANCE: **0 3 | 0 4 | 0 6**

LIEN avec l'ASSURE(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): **Hospitalisation**

Joindre l'ACCORD PREALABLE de l'organisme ou à défaut de réponse, précisez la date de cette demande: **0 2 | 0 3 | 2 3**

NUMERO DU PRESCRIPTEUR (sur prescription médicale): **4 4 | 0 0 | 0 2 7 1**

DETAILS DU TRANSPORT: date: **20 | 03 | 23**

ALLER: départ **8h** **3 rue Cadiou 44000 Nantes** ATTENTE: NON RETOUR: départ **12h** **CH Le Mans** arrivée **14h30** **28 rue Dervallières 44000 Nantes**

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

DISPENSE D'AVANCE DE FRAIS PAIEMENT DIRECT

Signature: _____

Le: **22 | 03 | 23**

à: **Nantes**

Identification du transporteur: **TAXI QUIRROULE RUE DE L'ENJOLIVEUR 44000 NANTES**

NUMERO D'AUTORISATION DE STATIONNEMENT: **999**

NUMERO MINERALOGIQUE DU VEHICULE: **EM 128 JK**

TARIFICATION à compléter par le transporteur

PRISE EN CHARGE: **2,50 €** MINIMUM DE PERCEPTION

TARIFS: A, B, C, D

neige-vergès

183 km x 2 = 366 km

COUT (complet): aller en charge - retour à vide: _____, aller-retour en charge: **384,30**, Suppléments remboursables (à détailler): **56,70**

Attente

TOTAL: **443,50**

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

Remise 22% soit -97,57 €

BASE DE REMBOURSEMENT: **345,93** + Péage 35 €

Part de l'organisme: **100** % x 1: **380,93**

Part de l'assuré(e): _____ % x 1: _____

Suppléments non remboursables (à détailler): _____

SOMME PAYEE PAR L'ASSURE(E)*: **380,93** €

TOTAL GENERAL* ①+③: **380,93** €

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

L'ASSURE(E) ou la personne transportée, ou son représentant, ATTESTE SUR L'HONNEUR L'EXACTITUDE DE TOUTS 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: _____

TARIFICATION 5

Transports itératifs

- La tarification taxi se fait sur le formulaire 606 + l'annexe à la facture
- Facturation globale de deux transports ou plus, une annexe doit être transmise avec la facture (disponible sous ameli : <https://www.ameli.fr/loire-atlantique/content/annexe-facture-taxi-taux-remises-2022>)
- Tarification AT/MP 100 %
- Dispense d'avance de frais (= l'assuré ne paie pas, le transporteur se fera rembourser par la CPAM)
- Application du forfait intra-muros ou agglomération

Volet vert : destiné au transporteur

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E) (1)

NUMERO D'IMMATRICULATION: 2 62 11 75 999 999 99 | CODE ORGANISME AFFILIATION: 01 441 9999

NOM PATRYMIQUE (ou, s'il y a lieu, du nom d'usage): Ce modèle est communiqué à titre d'information afin que vous puissiez en prendre connaissance. Pour votre démarche, le formulaire original sera utilisé.

PRENOM: ROSENMARK | ADRESSE de l'assuré(e): Jennifer

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE TRANSPORTEE (1)

S'agit-il d'un ACCIDENT ? OUI ► DATE: | NON | DROITS jusqu'au: | TAUX DE PRISE EN CHARGE: 100 %

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

NOM PATRYMIQUE (ou, s'il y a lieu, du nom d'usage) - PRENOM: | DATE DE NAISSANCE: 1 1 1 1 6 2

LIEN avec l'ASSURE(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): AT/MP - Rééducation

NUMERO DU PRESCRIPTEUR (sur prescription médicale): 4,4 | 0 8,9,6 | 1 2 5

DETAILS DU TRANSPORT: date: | Voir détails sur annexe

ALLER: départ 7h30, lieu 24 rue Papillons 44840 Sorinière | RETOUR: départ 16h30, lieu NCN 44200 Rezé

ARRIVEE: 7h45, lieu NCN 44200 Rezé | ARRIVEE: 16h45, lieu 24 rue des Papillons 44840 Sorinières

MODALITES DE REGLEMENT (à compléter par le transporteur)

DISPENSE D'AVANCE DE FRAIS | PAIEMENT DIRECT

Le: 30 | 03 | 23

à: Nantes

TAXI QUIRROULE
RUE DE L'ENJOLIVEUR
44000 NANTES
442559828

TARIFICATION (à compléter par le transporteur)

PRISE EN CHARGE | MINIMUM DE PERCEPTION

TARIFS: A, B, C, D

COUT (complet): aller en charge - retour à vide, aller-retour en charge, Suppléments remboursables (à détailler)

TOTAL: 192

TRANSPORTS SIMULTANES: nombre de malades transportés (hors personne accompagnée):

BASE DE REMBOURSEMENT: 192

Part de l'organisme: 100% x 1 = 192

Part de l'assuré(e): % x 1 =

Suppléments non remboursables (à détailler):

SOMME PAYEE PAR L'ASSURE(E)*: 192 €

TOTAL GENERAL* 1+3: 192 €

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

L'ASSURE(E) ou la personne transportée, ou son représentant, ATTESTE SUR L'HONNEUR L'EXACTITUDE DE TOUTS 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

ANNEXE TARIFICATION 5

[HTTPS://WWW.AMELI.FR/LOIRE-ATLANTIQUE/CONTENT/ANNEXE-FACTURE-TAXI-TAUX-REMISES-2022](https://www.ameli.fr/loire-atlantique/content/annexe-facture-taxi-taux-remises-2022)

TRANSPORT EN TAXI POUR MOTIF MEDICAL – ANNEXE A LA FACTURE

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE	IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE DE TAXI (manuscrite ou cachet)
N° sécurité sociale : 2 6 2 1 1 7 5 9 9 9 9 9 9 9	N° assurance maladie : 442 5 5 9 8 2 8
Nom et prénom de l'assuré :	Raison sociale : TAXI QUIRROULE
Nom et prénom du patient transporté : ROSENMARK Jennifer	RUE DE L'ENJOLIVEUR
	44000 NANTES

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES TRANSPORTS													N° FACTURE : A compléter				
Départ			Arrivée			Véhicule et conducteur			Distance totale (km)	Attente (€)	Tarifs A B C D	Forfait intra-muros ou aggro (€)	Suppléments (€)		Transports partagés		Total
Date	Heure	Lieu (code postal obligatoire)	Date	Heure	Lieu (code postal obligatoire)	N° immatriculation	N° ADS	Nom conducteur					Péage	TPMR	Nombre de patients transportés	Abattement (€)	
15/03/23	7H30	DOMICILE	20/09	7H45	NCN	EM 128 JK	666	LISON JOEL			24						24
15/03	16H30	NCN	20/09	16H50	DOMICILE	EM 128 JK	666	LISON JOEL			24						24
16/03	7H35	DOMICILE	26/09	7H45	NCN	EM 128 JK	666	LISON JOEL			24						24
16/03	16H30	NCN	26/09	16H45	DOMICILE	FP 326 RP	999	SOPHIE BENTO			24						24
17/03/23	7H35	DOMICILE	03/10	7H50	NCN	FP 326 RP	999	SOPHIE BENTO			24						24
17/03	16H40	NCN	03/10	17H	DOMICILE	EM 128 JK	666	LISON JOEL			24						24
20/03/23	7H30	DOMICILE	11/10	7h50	NCN	EM 128 JK	666	LISON JOEL			24						24
20/03	16h40	NCN	11/10	16h55	DOMICILE	FP 326 RP	999	SOPHIE BENTO			24						24
ATTESTATION DE L'ASSURE L'assuré(e), ou la personne transportée, ou son représentant légal, atteste de la réalité et des conditions des transports détaillés à la présente annexe.													MONTANT TOTAL				
Fait à										Signature assuré ou patient ou représentant légal :		REMISE CONVENTIONNELLE <input type="checkbox"/> 17,8% <input type="checkbox"/> 19,6% <input type="checkbox"/> 22%		192			
le <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>												<input checked="" type="checkbox"/> non appliquée (abattement, forfait, TP, MR)		TOTAL FACTURE REMISEE		192	

05

DÉVELOPPER VOTRE ACTIVITÉ CONVENTIONNÉE

OUTILS DE MISE EN RELATION ÉTABLISSEMENTS -TRANSPORTEURS

Alertap!



- ✓ Outil de signalement des carences en transport par les établissements développé par la CPAM
- ✓ Inscription / formulaire de contact sur : <https://www.alertap-cpam44.fr/login>

Tour De Rôle



- ✓ Plateforme de régulation des sorties hospitalières du CHU de Nantes gérée par le CHU
- ✓ Inscription sur <https://extranet-tdr.chu-nantes.fr/PtahSte2/#/login>
- ✓ Contact : plateformetransports.cpam-loireatlantique@assurance-maladie.fr



→ *Inscriptions libres et gratuites*

INFORMATIONS UTILES

Retrouvez toutes les informations concernant votre profession et les textes conventionnels sur ameli.fr

❑ Convention taxis et ses avenants + mémo actualisé chaque année :

[Taxi conventionné](#) > [Textes de référence](#) > [Convention nationale type](#) > [Près de chez vous](#)

❑ Modèle d'annexe à la facture actualisée chaque année :

[Taxi conventionné](#) > [Votre exercice professionnel](#) > [Facturation](#) > [Modalités de facturation](#) > [Près de chez vous](#)

❑ [Formulaire de réclamation professionnels de santé](#)



Contacts CPAM

3608 Service gratuit
+ prix appel

Par e-mail sur amelipro

rubrique Contacts > l'Assurance Maladie par e-mail

Contacts MSA



0 806 800 135

teletrans.blf@msa44-85.msa.fr