



**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**

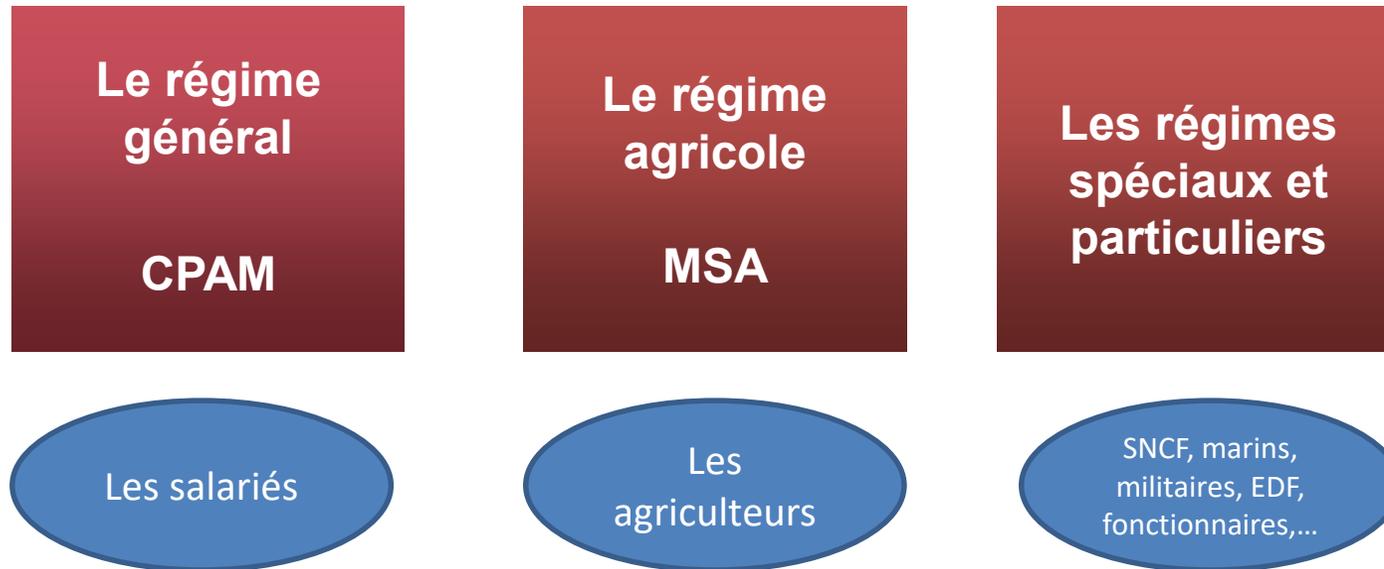
**Facturation**

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

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

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 : 01/01/1978 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/esc :  
Arrivée :  Autre  Structure de soins : CH LE MANS  Domicile  
N° : 6194 Type : AVENUE Voie : RUBILLARD  
Code Postal : 72037 Ville : LE MANS CEDEX 9 Bât/esc :  
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 à 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

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

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 : structure de soins :  
- structure de soins :

transport aller-retour  nombre de transports :  
Urgence : appel du SAMU-centre 15  ou autres (précitez) :  
Eléments d'ordre médical (préciser la nature des 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 relatif 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)

**avis médical** accord  refus total  refus partiel  motif :  
signature et cachet  
**avis administratif** accord  refus  date signature et cachet

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 à R.322-10-8, R322-10-9 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

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

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 à bord, 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   
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   
Préciser l'adresse du lieu de départ et d'arrivée si bien domicile. (Indiquer le nom et l'adresse de la structure de soins ou de l'hébergement temporaire non médical pour l'Engagement maternité)

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

transport aller-retour  nombre de transports :  
Urgence : appel du SAMU-centre 15  ou autres (précitez) :  
Eléments d'ordre médical (préciser la nature des 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)

**avis médical** accord  refus total  refus partiel  motif :  
signature et cachet  
**avis administratif** accord  refus  date signature et cachet

# ARTICLE 80 DE LA LOI DE FINANCEMENT DE SÉCURITÉ SOCIALE DEPUIS LE 1<sup>ER</sup> 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° AF ou SIRET) :  
Date : Signature :

**La personne bénéficiaire du transport**

Nom et prénom :  
(Nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (surnom) 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 professionnelisé)

- 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

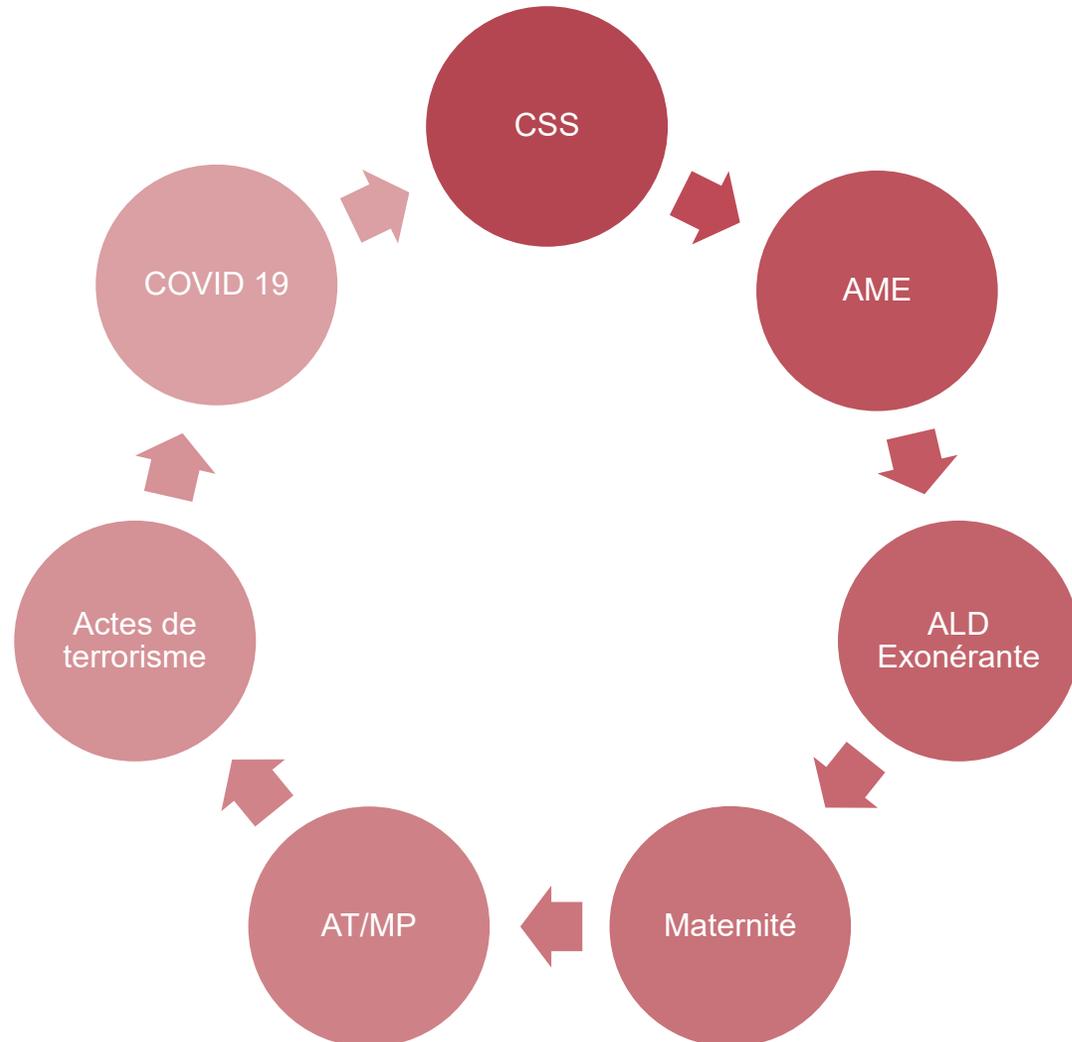
**Télétransmettre 100% des factures en TP ou en DAF\* totale**

**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 | 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\* ①+③: 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 PREL 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'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 : 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'ASSURE(E)\*: 14,66 €

TOTAL GENERAL\* 14,66 €

### 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 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 (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 (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)

TAXI QUIROULE  
RUE DE L'ENJOLIVEUR  
44000 NANTES

NUMERO D'AUTORISATION DE STATIONNEMENT: 999

NUMERO MINERALOGIQUE DU VEHICULE: EM 128 JK

SIGNATURE

### TARIFICATION

à compléter par le transporteur

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

TARIFS:  A,  B,  C,  D

3 km

COÛT: 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: 2,56

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: 199 99 99 999 999 99 | CODE ORGANISME AFFILIATION: 01 441 9999

NOM PATRYNOMIQUE (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.  
PRENOM: MARIN  
ADRESSE de l'assuré(e): Pour votre démarche, le formulaire original sera utilisé.  
MARIN Marc

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE TRANSPORTEE (1)

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

SI la personne transportée n'est pas l'assuré(e)  
NOM PATRYNOMIQUE (surtout s'il y a lieu du nom d'usage) - PRENOM: MARIN Timothée | DATE DE NAISSANCE: 03 04 06  
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): 44 00 00 0271

DETAILS DU TRANSPORT: date: 20 03 23

ALLER: départ 8h 3 rue Cadiou 44000 Nantes, arrivée 10h CH Le Mans | ATTENTE:  OUI  NON | RETOUR: départ 12h CH Le Mans, arrivée 14h30 28 rue Dervallières 44000 Nantes

### MODALITES DE REGLEMENT (à compléter par le transporteur)

DISPENSE D'AVANCE DE FRAIS |  PAIEMENT DIRECT

Le: 22 03 23  
à: Nantes  
Identification du transporteur: TAXI QUIRROULE, RUE DE L'ENJOLIVEUR, 44000 NANTES

SIGNATURE: \_\_\_\_\_  
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: \_\_\_\_\_ + Péage 35 € = 345,93

Part de l'organisme: 100 % x 1 = 380,93  
Part de l'assuré(e): \_\_\_\_\_  
Suppléments non remboursables (à détailler): \_\_\_\_\_

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

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. | NOM et ADRESSE de l'organisme de paiement:

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'à: | 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

ARRIVÉE: 7h45, lieu: NCN 44200 Rezé | ARRIVÉE: 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



# 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](mailto: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](http://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](http://amelipro)

*rubrique Contacts > l'Assurance Maladie par e-mail*

## Contacts MSA



0 806 800 135

[teletrans.blf@msa44-85.msa.fr](mailto:teletrans.blf@msa44-85.msa.fr)