

## REFONTE DU SERVICE DE PRESCRIPTIONS ELECTRONIQUES DE TRANSPORT

Présentation du nouveau service

#### ACCÈS AU SERVICE VIA AMELIPRO

#### Services patient



Arrêt de travail : Créer

Protocoles de soins et ALD : Gérer, Créer, Suivre le renouvellement

Déclaration médecin traitant : Créer

Accident de travail / Maladie Professionnelle : Créer un certificat

Prescription de transport : Nouvelle version Accéder Créer, Consulter, Gérer brouillons, Gérer prescriptions

Déclaration simplifiée de grossesse : Créer Suivi patient : Suivi patient : Consulter



Le lien du nouveau service « prescription de transport » est accessible seulement si un patient a été identifié.

Après la saisie du NIR ou la lecture de la Carte Vitale, **le lien « nouvelle version « Accéder » »** apparaît et permet l'accès au service de prescription transport.

Les autres liens : « créer » « consulter, « Gérer brouillon » et « Gérer prescription » : concerne l'accès à l'ancienne version du service.

Ces liens resteront disponibles jusqu'au 11 octobre 2021, le temps de l'adaptation et d'appropriation du nouveau service.

Au-delà de cette date , les liens : « créer » « consulter, « Gérer brouillon » et « Gérer prescription » disparaîtront définitivement.



#### PAGE D'ACCUEIL : CRÉER/GÉRER UNE PRESCRIPTION 1/2





#### PAGE D'ACCUEIL : CRÉER/GÉRER UNE PRESCRIPTION 2/2





### **CRÉER UNE PRESCRIPTION : BLOC TRAJET 1/2**





de

## **CRÉER UNE PRESCRIPTION : BLOC TRAJET 2/2**

TRAJET À EFFECTUER	Notice CERFA S3138 DI Notice CER	RFA S3139 PDF	
Nombre de trajet(s) : 1 😫	Aller-retour     O Aller simple		Bloc dépliable « précédentes sélections »
Lieu de départ *	O Domicile O Etablissement de soins O Autre lieu		Pour plus de facilité, le service propose aussi de choisir un établissement dans
Lieu d'arrivée *	<ul> <li>○ Domicile ● Etablissement de soins ○ Autre lieu</li> <li>Commune : Établissement * : Saisissez une localité Saisissez le nom de la structure</li> <li>▼ Précédentes sélections</li> </ul>	Nouveauté	vos précédentes sélections les plus prescrites (maximum de 10 favoris mémorisés sur les dernières sélections d'établissement les plus utilisées).
	CHU DE NANCY NV EPS AU 01/01/14 0029 AV DE LATTRE DE TASSIGNY CO 60034 54035 NANCY CEDEX APHM HOPITAL LA TIMONE ENFANTS CHE ARMEE D AFRIQUE 13005 MARSEILLE	~	



#### CRÉER UNE PRESCRIPTION : ÉLÉMENTS NÉCESSITANT UN ACCORD PRÉALABLE (DAP) 1/3

TRAJET À EFFECTUER	Notice CERFA S3138 PDF Notice CERFA S3139 PDF	
Nombre de trajet(s) : 1 🛨	Aller-retour     O Aller simple	Nouveauté « DAP » : Le service permet la prescription transport avec demande d'accord
Lieu de départ *	○ Domicile  ○ Etablissement de soins  ○ Autre lieu	préalable pour les transports (+150 km, CAMSP/CMPP, en série et bateau/avion (cf. Bloc Mode transpor slide 10).
Lieu d'arrivée *	O Domicile O Etablissement de soins O Autre lieu	Toutefois, cette nouveauté sera activée en deux phases 1 <sup>er</sup> phase actuellement disponible
Certains transports nécessitent un N'omettez pas de préciser si le transp à cette demande de transport ? d'un trajet de plus de 150 km d'un trajet vers un CAMSP ou un C	accord préalable du service médical pour être pris en charge Nouveauté V port prescrit concerne l'une des situations ci-après, pour soumettre et obtenir l'avis médical préalable du médecin conseil, nécessaire	mise a disposition de l'imprime Cerfa DAP pré-rempli » avec l'option d'impression 2 <sup>ème</sup> phase à venir (courant 2022) DAP entièrement dématérialisée avec émission d'un avis en ligne.



#### CRÉER UNE PRESCRIPTION : ÉLÉMENTS NÉCESSITANT UN ACCORD PRÉALABLE (DAP) 2/3

#### **RÉCAPITULATIF AVANT TRANSMISSION**

Trajet : 1 aller-retour

Lieu de départ : Domicile 39000 LONS LE SAUNIER

Lieu d'arrivée : Etablissement de soins CHU ESTAING 0001, PL LUCIE AUBRAC, 63003 CLERMONT FERRAND CEDEX 1

Mode(s) de transport prescrit(s) :

• Transport en commun terrestre (car, bus ou train)

Situation(s) liée(s) au(x) transport(s) prescrit(s) et éléments de prise en charge du patient :

• Trajet de plus de 150 km

Taux de prise en charge calculé par l'Assurance Maladie à la date de prescription compte-tenu de ce qui a été indiqué précédemment: 65.00 %

Cette prescription de transport nécessite un accord préalable du service médical. La transmission automatique des données n'est pas possible pour cette demande. Nous vous invitons à imprimer la totalité des volets du CERFA pour les remettre à votre patient.

ANNULER

MODIFIER

?

IMPRIMER

première phase :

Message informant de la mise à disposition de l'imprimé Cerfa **pré-rempli** 

Le service offre la possibilité d'imprimer le document avec les informations saisies (disponible au format pdf cf. slide suivante).



#### CRÉER UNE PRESCRIPTION : ÉLÉMENTS NÉCESSITANT UN ACCORD PRÉALABLE (DAP) 3/3

Cerja     DEM     articles L. 162-4-1 2°,     (articles L. 162-4-1 2°	<b>VALANT PRESCRIPTION MEDICAI</b> L. 321-1 2°, L. 322-5, L. 432-1, R. 322-2 et R. 322-10 à R. 322-10-8 du Code e <b>Partie à compléter par l'assuré(e) ou son représe</b> <b>Iu transport</b> (les nom et prénom du bénéficiaire sont à compléter obligato <b>R-CARTE</b> ivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))	Volet l à adresser au contrôle médical, sous enveloppe, à l'attention de la sécurité sociale) entant irement par le prescripteur)	saisies en ligne par le prescripteur sur un cerfa pdf. Les données sont fiabilisées complètes et lisibles sans ratures
numéro d'immatriculation	1560139018928	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)	
date de naissance	01/01/1956		
adresse 39000 LONS LE	SAUNTER		
• Assuré(e) (à remplir si la p	personne qui bénéficie du transport n'est pas l'assuré(e))		
nom et prénom (nom de famille (de naissance) su	ivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))		
numéro d'immatriculation			
Ce transport est-il en rapport a	avec un accident causé par un tiers ? non 🕱 oui 🗌 date de	l'accident	
	Partie à compléter par le prescripteur		
Dans quelle situation se	trouve votre patient ?		
<ul> <li>transport à plus de 150 km</li> <li>transport par avion ou par bate</li> <li>Indiquez, ci-dessous, à qui</li> <li>entrée ou sortie d'hospita</li> <li>transport en lien avec un</li> </ul>	- transports en série (cf. notice) - transport vers un eau de ligne régulière dans ce cas, si l'état du patient nécessite une p nelle situation est lié le transport par avion ou par bateau : disation (complète, partielle ou ambulatoire), y compris séances de chimion e affection de longue durée avec déficience ou incapacité - ALD exonéra	n CAMSP ou un CMPP ersonne accompagnante, cochez la case thérapie, radiothérapie et hémodialyse ante ALD non exonérante	



## **CRÉER UNE PRESCRIPTION : BLOC MODE DE TRANSPORT 1/4**





## **CRÉER UNE PRESCRIPTION : BLOC MODE DE TRANSPORT 2/4**



<sup>r</sup>ensemble, protéger chacun

#### **CRÉER UNE PRESCRIPTION : BLOC MODE DE TRANSPORT 3/4**





#### **CRÉER UNE PRESCRIPTION : BLOC MODE DE TRANSPORT 4/4**





#### **CRÉER UNE PRESCRIPTION : BLOC SITUATION DU PATIENT 1/3**





### **CRÉER UNE PRESCRIPTION : BLOC SITUATION DU PATIENT 2/3**



## **CRÉER UNE PRESCRIPTION : BLOC SITUATION DU PATIENT 3/3**

SITUATION DU PATIENT (?)	
La prescription de transport est liée à :	
une affection de longue Non une entrée ou sortie durée avec déficience ou Non d'hospitalisation (complète,	n un accident du travail ou une Non maladie professionnelle
incapacité partielle ou ambulatoire)	
PRECISIONS • accident causé par un tiers, cas d'exonération particulière, pensionné de guerre (Art L212.1 ex	x Art. L115.1)
Suite à un accident causé par un tiers, intervenu le	
En rapport avec un cas d'exonération particulière	
En rapport avec l'affection pour laquelle le patient est pensionné de guerre (?)	



## **CRÉER UNE PRESCRIPTION : BLOC ÉLÉMENTS MÉDICAUX**





## **CRÉER UNE PRESCRIPTION : VALIDATION**

ÉLÉMENTS MÉDICAUX		
Commentaires d'ordre médical et/ou autres motifs médicaux : ?		
0 /300		Comparé à l'ancienne version, il n'y a plus les deux cases à cocher pour attester de l'accord du patient et des conditions de transmission.
En cliquant sur le bouton [VALIDER], je confirme avoir l'accord de mon patient pour transmettre la présente prescription de transport pour son compte et je reconnais avoir pris connaissance des conditions de transmission et des textes applicables.		Le bouton « valider » confirme l'accord du patient et de l'acceptation des conditions de transmission.
VALIDER	)	



#### **TRANSMISSION : RÉCAPITULATIF AVANT TRANSMISSION**

#### **RÉCAPITULATIF AVANT TRANSMISSION**

Trajet: 1 aller-retour

Lieu de départ : Domicile 39000 LONS LE SAUNIER

Lieu d'arrivée : Etablissement de soins CHU DE NANCY NV EPS AU 01/01/14 0029, AV DE LATTRE DE TASSIGNY, 54035 NANCY CEDEX

#### Mode(s) de transport prescrit(s) :

- Transport en ambulance
- Condition(s) du transport en ambulance : Oxygène

Situation(s) liée(s) au(x) transport(s) prescrit(s) et éléments de prise en charge du patient :

Taux de prise en charge calculé par l'Assurance Maladie à la date de prescription compte-tenu de ce qui a été indiqué précédemment: 100.00 %



(?)

nrotéger chacui

### **TRANSMISSION : ACCUSÉ DE RÉCEPTION**

#### ACCUSÉ DE RÉCEPTION



RETOUR AUX PRESCRIPTIONS



#### **EXEMPLAIRE PATIENT**

#### Exemplaire patient Prescription électronique de transport

N° de la prescription : 00010005W35ZY7

Date de la prescription : 21/05/2021

Р	re	s	CI	ri	p	ti	ο	n	

Prescripteur : COEUR ALBERT

N° AM : 991085333

Identifiant de la structure :

Raison Sociale :

#### Bénéficiaire -

Nom : CDR-CARTE né(e) CDR-CARTE

Date de naissance : 01/01/1956

Prénom : TEST Rang de naissance : 1

N° de sécurité sociale : 1560139018928

- Transport

Départ : Domicile 39000 LONS LE SAUNIER

Arrivée : Structure de soins CHU ESTAING

Arrivée : Structure de soins
CHU ESTAING
0001, PL LUCIE AUBRAC, 63003 CLERMONT FERRAND CEDEX 1

Nature	du	transport	: Alle	er-ret	our	

lode de transp	ort : Trai	nsports	en	commun
----------------	------------	---------	----	--------

Ν

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

Nombre : 1

Taux de prise en charge calculé à titre indicatif par l'Assurance Maladie à la date de prescription compte-tenu de ce qui a été indiqué par le professionnel de santé : 65 %

Exemplaire patient à remettre au transporteur. Les données de la prescription sont transmises électroniquement à l'Assurance Maladie qui traite vos données dans le cadre de ses missions. Pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles et pour exercer vos droits, reportez-vous à http://www.ameli.fr

