

Demande d'accord préalable
Prescription médicale de transport

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

(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)

Vous utilisez ce formulaire dans les cas suivants (cochez la case correspondante à la situation de votre patient) :
Transport à plus de 150 km [] Transport en série (+ de 50 km, minimum 4, en 2 mois) [] Transport par avion ou bateau de ligne []

Le bénéficiaire (à compléter obligatoirement par le médecin)

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

Si votre patient doit utiliser l'avion ou le bateau de ligne, dans quelle situation se trouve-t-il ? (plusieurs choix possibles)

- Hospitalisation (entrée-sortie) [] Soins liés à une affection de longue durée []
Nécessité d'être allongé ou sous surveillance [] 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 []
Si transport en série, indiquez le 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)

Si votre patient doit utiliser un autre mode de transport que l'avion ou le bateau, 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 [] urgence attestée par le médecin prescripteur []

Eléments d'ordre médical :

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

.....
.....
.....
Commentaires éventuels :

.....
.....
.....

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

Les renseignements administratifs, à compléter par l'assuré(e) ou son représentant

Merci de compléter ces informations à l'aide de la carte vitale ou de l'attestation

Le numéro d'immatriculation de l'assuré(e) : []

Les nom et prénom de l'assuré(e) (à remplir si le bénéficiaire n'est pas l'assuré(e)) :

et le code de son organisme de rattachement : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

L'adresse du bénéficiaire du transport :

Accord préalable

AVIS MEDICAL

maladie [] maternité [] AT/MP [] date : .../.../...

Défavorable total []

Défavorable partiel []

Mode de transport préconisé :

Fait le Cachet

Signature

AVIS ADMINISTRATIF

.....
.....
.....

Fait le Cachet

Signature