

Toulon, le

DEPARTEMENT

IDENTIFICATION ET PRESTATIONS

Service Décompte Général des Prestations

CNMSS/DIP/SDGP //

Suivi par :

Tél : 04 94 16 - Fax : 04 94 16 38 32

Objet : Demande de remboursement de frais de transport

Référence(s) :

Dossier :

P. J. :

| | | |
|----------------|---|------------------|
| BENEFICIAIRE : | Assuré | Conjoint |
| | Enfant | Nom : |
| | Autre membre de la famille | Prénom : |
| | Personne vivant maritalement avec l'assuré | Né(e) le : |

Madame, Monsieur,

Afin de me permettre de procéder à l'examen de votre demande de remboursement de frais de transport, veuillez compléter l'imprimé ci-annexé.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de ma considération distinguée.

**Pour le Directeur,
Par ordre,
Le responsable**

**DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE TRANSPORTS
POUR MOTIF MEDICAL EN VEHICULE PERSONNEL ET/OU EN TRANSPORTS EN COMMUN**
(A compléter par l'assuré(e) ou son représentant et à adresser à la caisse d'assurance maladie accompagnée d'un certificat médical)

Personne transportée et assuré(e)

Personne transportée

Nom et prénom :

(nom de famille (nom de naissance) suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage)

Numéro d'immatriculation

ou, à défaut, date de naissance

Adresse :

Assuré(e) (à remplir si la personne transportée n'est pas l'assuré(e))

Nom et prénom :

(nom de famille (nom de naissance) suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage)

Numéro d'immatriculation

Transport(s) effectué(s) et dépenses engagées

Indiquez le lieu de départ :

et le lieu d'arrivée :

| | Départ (date et heure) | Arrivée (date et heure) | VEHICULE PERSONNEL | | TRANSPORTS EN COMMUN | | |
|------------|------------------------|-------------------------|----------------------|--------------------|----------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| | | | nombre de kilomètres | prix péages réglés | mode de transport * | prix du billet pour le malade | prix du billet pour l'accompagnant |
| ① Aller | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | | |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | | |
| Retour | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | | |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | | |
| ② Aller | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | | |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | | |
| Retour | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | | |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | | |
| ③ Aller | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | | |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | | |
| Retour | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | | |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | | |
| ④ Aller | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | | |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | | |
| Retour | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | | |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | | |
| ⑤ Aller | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | | |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | | |
| Retour | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | | |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | | |

* Mode de transport : préciser T pour train, Bs pour bus, Bt pour bateau, A pour avion.

N'oubliez pas de joindre les **justificatifs de dépenses** (billets de train, de bus, d'avion, tickets de péages...) et la **prescription médicale de transport** ou la **demande d'accord préalable de transport valant prescription médicale** ou tout autre document attestant de la nécessité du transport : convocation du service médical, convocation d'un médecin expert (articles R. 141-1 et R.143-34 du Code de la sécurité sociale).

Attestation

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

Fait à

le

Signature de l'assuré(e)

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal).

En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation dans le but d'obtenir le versement de prestations indues, peuvent faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale.

La loi 78.17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE TRANSPORTS POUR MOTIF MEDICAL EN VEHICULE PERSONNEL ET/OU EN TRANSPORTS EN COMMUN

(Articles R.322-10« R. 322-10-9 du Code de la sécurité sociale)

IMPORTANT : l'obtention d'un accord préalable (formulaire S3139) est nécessaire si vous devez vous rendre en un lieu distant de plus de 150 km ou si votre état de santé nécessite des transports en série (au moins quatre transports vers un lieu distant de plus de 50 km au cours d'une période de deux mois et pour un même traitement) ou si vous devez être transporté(e) en avion ou bateau de ligne régulière.

Un accord est aussi nécessaire quand un enfant ou un adolescent doit se rendre dans un centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP) ou dans un centre médico-psycho-pédagogique (CMPP) pour y recevoir des soins ou suivre un traitement.

1 • Conditions générales de prise en charge par l'Assurance Maladie

L'Assurance Maladie peut prendre en charge vos frais de transport pour motif médical, sous certaines conditions, si votre médecin vous a prescrit l'utilisation d'un véhicule personnel (exemple : votre voiture ou celle d'une personne de votre entourage) ou un transport en commun (exemple : bus, métro, train...).

ATTENTION : si vous êtes atteint(e) d'une affection de longue durée et que la prescription médicale d'un transport par véhicule personnel ou transport en commun est en lien avec l'ALD, vous devez présenter une des déficiences ou incapacités définies par le référentiel de prescription des transports (arrêté du 23 décembre 2006 - J.O. du 30 décembre 2006) et vous devez vous faire accompagner par un tiers pour bénéficier de la prise en charge de vos frais de transport.

Lorsqu'un transport en commun est prescrit à un patient de moins de 16 ans ou nécessitant l'assistance d'un tiers, les frais de transport exposés par la personne accompagnante sont pris en charge par l'Assurance Maladie.

2 • Taux de prise en charge par l'Assurance Maladie

Ces frais de transport sont remboursés à 65 % sur la base d'un tarif kilométrique unique en cas de transport en véhicule personnel ou sur la base du prix du billet, au tarif le moins élevé, en cas de transport en commun.

Toutefois, il existe des cas de prise en charge à 100 % par l'Assurance Maladie, il s'agit, notamment, des transports :

- en rapport avec une ALD ouvrant droit à l'exonération du ticket modérateur et à condition que l'intéressé(e) présente une incapacité ou une déficience telle que définie par le référentiel de prescription du 26 décembre 2006 ;
- dans le cadre d'une grossesse de plus de 6 mois et jusqu'à 12 jours après la date réelle d'accouchement ;
- liés à l'hospitalisation d'un nouveau-né de moins de 30 jours ;
- dans le cadre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ;
- des titulaires d'une pension d'invalidité, d'une pension d'invalidité de veuf(ve) invalide, d'une pension militaire, d'une pension vieillesse substituée à une pension d'invalidité, d'une rente pour un accident du travail ou une maladie professionnelle avec un taux d'incapacité supérieur à 66,66 % ;
- des personnes relevant du régime d'Alsace-Moselle.

3 • Calcul du remboursement en cas d'utilisation d'un véhicule personnel à moteur (automobile, moto, scooter, ...)

Toutefois, la distance prise en compte est limitée à celle correspondant au trajet pour se rendre à la structure de soins appropriée la plus proche.

4 • Remboursement : vos démarches et pièces justificatives à joindre

Vous devez fournir à votre caisse d'Assurance Maladie les éléments suivants :

- ce formulaire « Demande de remboursement des frais de transports en véhicule personnel et/ou transports en commun » dûment complété ;
- la prescription médicale de transport (formulaire S3138) ou la demande d'accord préalable de transport valant prescription médicale (formulaire S3139 - volet 3) ;
- vos justificatifs de paiement (ticket de bus, de métro, péage...).