



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Bouches-du-Rhône

TAXIS

NOUVELLE CONVENTION LOCALE DES TAXIS

GUIDE PRATIQUE

Pour vous aider au quotidien dans
votre exercice et votre facturation

DANS QUELS CAS UN TRANSPORT EST-IL REMBOURSABLE ?

- TRANSPORTS LIÉS À UNE HOSPITALISATION

- Pour l'entrée ou la sortie d'hospitalisation complète
- Pour une hospitalisation partielle (de jour ou de nuit)
- Pour un traitement ambulatoire dans un établissement sanitaire donnant lieu à une prise en charge d'un forfait de séance (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie) hors consultation.

- TRANSPORTS POUR TRAITEMENTS OU EXAMENS

- Prescrits en application de l'article L. 324-1 du C.S.S. pour les malades reconnus d'une affection de longue durée et présentant une incapacité ou une déficience.
- En relation avec un AT ou une MP.

- TRANSPORTS DE LONGUE DISTANCE OU EN SÉRIE* (soumis à accord préalable)

- Les transports prescrits en un lieu distant de plus de 150 km (aller)
- Les transports en série lorsque la distance, pour chaque transport, est supérieure à 50 km aller et que le nombre de transports pour un même traitement est au moins égal à 4 au cours d'une période de 2 mois.

- TRANSPORTS POUR RÉPONDRE À UNE CONVOCATION

- Pour une consultation médicale d'appareillage ou pour se rendre chez un fournisseur d'appareillage agréé
- Du contrôle médical
- D'un expert médical

- TRANSPORTS DES ENFANTS OU ADOLESCENTS

placés dans les CMPP et dans les CAMSP (soumis à accord préalable)

*** Important :** Prise en charge des transports en série en lien avec une ALD

En application d'une jurisprudence de la Cour de Cassation (arrêt du 29.05.2019), la demande d'accord préalable n'est plus exigée pour les transports en série en lien avec une ALD, dès lors que toutes les autres conditions de prise en charge sont réunies.

À noter : La prise en charge des transports lorsque le trajet est supérieur à 150 km, des transports effectués en train ou en bateau, et des transports en série sans lien avec une ALD reste subordonnée à l'accord préalable du contrôle médical.

IMPORTANT

UN TRANSPORT N'EST JAMAIS REMBOURSABLE DANS LES CAS SUIVANTS :

- Transports des enfants et adolescents pour se rendre dans une structure médico-sociale, telle :

- Institut Médico-Pédagogique (IMP)
- Institut Médico-Éducatif (IME)
- Institut Médico-Professionnel (IMPRO)
- Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique (ITEP)
- Service d'Éducation Spéciale et de Soins À Domicile (SESSAD).

- Transports des adultes handicapés à destination d'une Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) ou d'un Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM).

- Transports dans le cadre d'un accueil de jour entre le domicile et un Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD).

Les transports à destination de toutes ces structures, même prescrits au titre de l'article L. 324-1 du C.S.S., ne sont pas pris en charge.

- Transports à destination d'établissements scolaires (école, collège, lycée...).

- Transports inter-établissements :

En application de la réforme du financement des transports de patients (dite « article 80 »), entrée en vigueur le 01/10/2018, **les transports inter-établissements ne sont plus pris en charge par l'Assurance Maladie** mais sont à la charge des établissements.

Tout taxi qui adresse à l'Assurance Maladie une facture de transport inclus dans le périmètre des transports inter-établissements et prescrit régulièrement sur une prescription médicale de transport rédigée sur le formulaire ad hoc réservé aux établissements (hors imprimé Cerfa) verra sa facture rejetée ou se verra notifier un indu. En effet, cette facture est à adresser à l'établissement prescripteur.



QUELS TARIFS DOIS-JE APPLIQUER ?

- TARIFS DE RÉFÉRENCE

L'augmentation annuelle des tarifs préfectoraux des courses de taxi n'est plus systématiquement prise en compte dans les tarifs conventionnels, comme indiqué dans les articles 6.1 à 6.5 de la convention.

Pour l'année 2019 :

L'augmentation des tarifs préfectoraux étant fixée à 2,6 %, les tarifs de référence prennent en compte la moitié de l'augmentation des tarifs préfectoraux au-dessus d'un point (cf art. 6.1 de la convention), soit 0,8 % sur l'ensemble des composantes du tarif.

Important l'augmentation de 0,8 % s'applique sur les tarifs préfectoraux 2018.

- En 2020 et 2021, pas de prise en compte du tarif préfectoral.
- En 2022, ajustement partiel du tarif conventionnel, selon les modalités prévues par le protocole national (en fonction du taux de croissance annuel moyen national des dépenses).
- En 2023, prise en compte totale du tarif préfectoral.

- TAUX DE REMISE

En application des dispositions de l'article 6 de la convention, le taux de remise moyen est augmenté de 1,5 point pour l'année 2019.

Les tarifs de référence sont assortis de taux de remise. Conformément à l'article 6.8 de la convention, des taux de remise différenciés sont appliqués dans les conditions suivantes :

- **16,25 % pour les tarifs A / B et l'heure d'attente**
- **16,75 % pour les tarifs C / D**
- **16,5 % pour l'hospitalisation complète et l'hospitalisation de jour.**

À partir de 2021, le taux de remise sera modulé en fonction de l'évolution des dépenses de transport en taxi.

IMPORTANT

DÉFINITION DE L'HOSPITALISATION DE JOUR

L'hospitalisation de jour correspond à la prise en charge du patient à l'hôpital par une équipe de soins pluridisciplinaires sur une matinée, un après-midi ou une journée complète.

Les séances telles que les séances de dialyse, chimiothérapie, radiothérapie, caisson hyperbare... ne sont pas considérées comme de l'hospitalisation de jour. De même, le simple déplacement vers un établissement de santé n'emporte pas qualification d'hospitalisation. Ainsi, une consultation ou un acte d'imagerie réalisé en établissement n'est pas considéré comme étant de l'hospitalisation mais comme un soin externe.

- TRANSPORTS AUX TARIFS A / B

Les tarifs A / B sont **obligatoirement** appliqués en cas de retour en charge dans les cas cumulatifs suivants :

- course totale supérieure à 36 km ;
- pour des soins ou traitements pour lesquels la durée d'attente est inférieure ou égale à 3 h ;
- hors séances de dialyse, chimiothérapie, scintigraphie, pet scan, hospitalisation de jour, chirurgie ambulatoire et séances en établissement d'éducation spéciale pour enfants et adolescents.

À noter : les tarifs A / B doivent également être facturés pour le trajet retour du patient lorsqu'il est réalisé par un autre véhicule de la même entreprise que celui du trajet aller (hors hospitalisation complète et hospitalisation de jour).

- FORFAIT COMPENSATOIRE D'ATTENTE

Seuls les transports aux tarifs A / B donnent lieu à la facturation d'un forfait compensatoire d'attente dont le montant est fonction de la distance de la course totale :

- 1h30 si la course est comprise entre 36 et 53 km ;
- 2h00 si la course est comprise entre 54 et 100 km ;
- 2h30 si la course est comprise entre 101 et 150 km ;
- 3h00 si la course est supérieure à 151 km.

À noter : La facturation du temps d'attente est interdite pour les trajets facturés en C ou en D.



- TRANSPORTS AUX TARIFS C / D

Les tarifs C / D s'appliquent dans les cas suivants :

- transports dont la distance est ≤ 36 km quelle que soit la course ;
- transports avec retour en charge dont la distance totale est >36 km, dans les 2 cas dérogatoires suivants :
 - pour séance de dialyse, chimiothérapie, scintigraphie, petscan, hospitalisation de jour, chirurgie ambulatoire, séances en établissement d'éducation spéciale pour enfants et adolescents (CAMSP, CMPP) sur pièce justificative fournie par l'établissement (cf rubrique relative aux pièces justificatives),
 - pour soins ou traitements pour lesquels la durée d'attente est > 3 H, sur justificatif,
- transports dont la distance est > 36 km lorsqu'il y a retour à vide.

- PRISE EN CHARGE

Une prise en charge est facturable par trajet sauf pour les transports relevant de la tarification en A ou B pour lesquels une seule prise en charge est facturable pour la totalité de la course (une prise en charge pour l'aller-retour).

- MARCHE LENTE

Son montant est fixé à 3,50 euros. Elle peut être appliquée dans les 2 cas suivants :

- transports dont la distance est inférieure ou égale à 36 km, quelle que soit la course ;
- transport dont la distance est supérieure à 36 km exclusivement lorsqu'il y a un retour à vide.

RAPPEL

Les cas suivants ne donnent pas lieu à la facturation de la marche lente :

- Transports avec retour en charge dont la distance totale est >36 km, pour séance de dialyse, chimiothérapie, scintigraphie, pet scan, hospitalisation de jour, chirurgie ambulatoire, séances de établissement d'éducation spéciale pour enfants et adolescents (CAMSP, CMPP).
- Transports pour soins ou traitements pour lesquels la durée d'attente est > 3 heures.
- Transports avec retour en charge dont la distance totale est > 36 km pour soins ou traitements pour lesquels la durée d'attente est $< \text{ou} =$ à 3 heures.

- MINIMUM DE PERCEPTION

Pour favoriser l'accès aux soins des patients, le minimum de perception d'un trajet est de **9 kilomètres**.

- PÉAGE

Les frais de péage autoroutiers sont pris en charge. **La facturation des péages urbains n'est pas autorisée**¹.

Les frais de péage doivent **impérativement** figurer sur l'annexe à la facture ; sur l'annexe, il est impératif de distinguer les montants relatifs aux péages autoroutiers des montants relatifs au péage urbain même s'ils figurent déjà sur la facture.

L'absence de report des frais de péage sur l'annexe pourra donner lieu à notification d'indu.

Les justificatifs de péage doivent être conservés par l'entreprise de taxi pour mise à disposition de la CPCAM en cas de contrôle.

- Transport de personnes à mobilité réduite ou « TPMR »

Pour être autorisé à facturer un supplément TPMR, il faut que :

- le taxi soit agréé par la CPCAM des Bouches-du-Rhône pour réaliser ce type de transport et qu'il ait rempli toutes les formalités ;
- le patient transporté ne quitte pas son fauteuil roulant manuel ou électrique.

Si ces deux conditions sont réunies, un supplément de 20 € peut être facturé une seule fois en cas de facturation d'un trajet aller-retour aux tarifs A / B et par trajet aux tarifs C / D.

Sont exclus les patients transportés dans un fauteuil roulant de transfert par exemple prêté par un EHPAD et les patients qui peuvent être transférés dans leur fauteuil roulant dans le véhicule de taxi et dont le fauteuil est plié dans le coffre du véhicule.

- TRANSPORT PARTAGÉ

En cas de transport partagé, le tarif total de la course est divisé par le nombre de patients, sans application du taux de remise.

La facturation cumulée du transport de chaque patient en lieu et place du transport partagé entre plusieurs patients n'est pas autorisée sauf en cas de course facturée selon un minimum de perception **pour chacun des patients transportés**.

- TARIFS DE NUIT / DIMANCHE ET JOURS FÉRIÉS

Les tarifs de nuit (B / D) sont applicables pour les courses effectuées entre 19h et 7h, dimanche et jours fériés. Lorsqu'un trajet, du fait de ses horaires de départ et d'arrivée, nécessite l'application d'un tarif de jour et de nuit, il convient d'appliquer le tarif de jour/nuit pendant la fraction de temps correspondant aux heures de jour / nuit.

- DISTANCIER

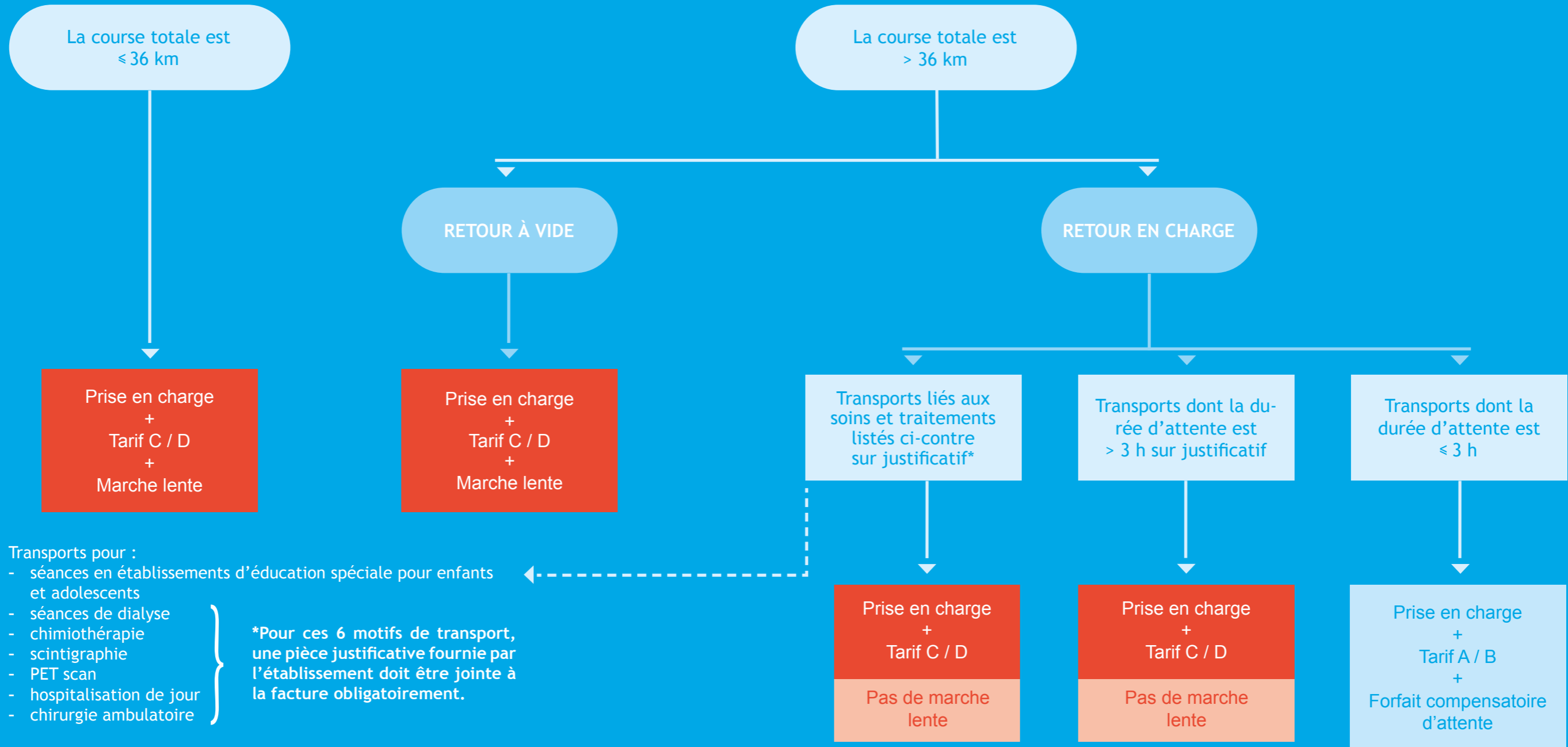
Dans le cadre de ses contrôles, la CPCAM est amenée à vérifier la conformité kilométrique des trajets facturés sur la base du distancier Via Michelin. Les distanciers locaux sont supprimés.

- LA SELECTION DE COURSES OU LE REFUS DE PETITES COURSES EST INTERDIT

En cas de non-respect de cette disposition, l'entreprise de taxi peut s'exposer à des sanctions conventionnelles.

¹ Il existe une possibilité de dérogation exceptionnelle pour le péage du tunnel Prado Carénage, dont l'usage est laissé à l'appréciation du taxi, dans la mesure où il est démontré, sur la base du distancier Via Michelin, que l'utilisation du péage a généré une diminution du nombre de kilomètres parcourus lors de la course. Dans tous les cas, le péage urbain du tunnel Prado Sud n'est pas pris en charge.

QUELS TARIFS DOIS-JE APPLIQUER ?



IMPORTANT

Les taux de remise des tarifs C / D varient selon qu'il y ait hospitalisation (complète ou de jour) ou pas.
 Taux de remise de 16,5 % en cas d'hospitalisation complète ou de jour.
 Taux de remise de 16,75 % hors cas d'hospitalisation.

Les transports facturés aux tarifs A / B ne donnent lieu qu'à une seule prise en charge.



QUELLES PIÈCES JUSTIFICATIVES DOIS-JE FOURNIR POUR LE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE TRANSPORT ?

1 LA PRESCRIPTION MÉDICALE DE TRANSPORT OU DEMANDE D'ACCORD PRÉALABLE

- LA PRESCRIPTION MÉDICALE DE TRANSPORT

La prescription doit être obligatoirement établie avant le transport. Elle peut se réaliser sur l'imprimé Cerfa en vigueur ou sur le formulaire de prescription en ligne (s'il s'agit d'une prescription électronique de transport).

Si la prescription est établie a posteriori, le transport aller n'est pas remboursable. La prescription médicale de transport ne doit comporter ni ajout, ni rature, ni surcharge.

- L'IMPRIMÉ DE DEMANDE D'ACCORD PRÉALABLE

Cet imprimé est à fournir pour les transports soumis à accord préalable :

- transports de longue distance (+ de 150 km aller) ;
- transports en série* (au moins 4 transports de + de 50 km aller sur une période de 2 mois pour un même traitement) ;
- transports d'enfants ou adolescents placés dans des Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP) ou dans les Centres d'Action Médico sociale Précoce (CAMSP).

IMPORTANT

* **Important** : Prise en charge des transports en série en lien avec une ALD

En application d'une jurisprudence de la Cour de Cassation (arrêt du 29.05.2019), la demande d'accord préalable n'est plus exigée pour les transports en série en lien avec une ALD, dès lors que toutes les autres conditions de prise en charge sont réunies.

À noter : La prise en charge des transports lorsque le trajet est supérieur à 150 km, des transports effectués en train ou en bateau, et des transports en série sans lien avec une ALD reste subordonnée à l'accord préalable du contrôle médical.

FACTURE TRANSPORT PAR TAXI POUR MOTIF MÉDICAL ASSURANCE MALADIE

(Articles L. 160-8 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'ASSURÉ(E) (1)

NUMERO D'IMMATRICULATION : _____ CODE ORGANISME AFFILIATION : _____

NOM PATRONYMIQUE (sans n° 1 à 9 ou du nom d'usage) : _____ NOM et ADRESSE de l'organisme de paiement : _____

PRENOM : _____

ADRESSE de l'assuré(e) : _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE TRANSPORTÉE (1)

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

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

NOM PATRONYMIQUE (sans n° 1 à 9 ou du nom d'usage) - PRENOM : _____ DATE DE NAISSANCE : _____

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) Joints l'ACCORD PRÉALABLE 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) : _____

DETAILS DU TRANSPORT : date : _____

ALLER : départ heure : _____ lieu : _____ année : _____ ATTENTE : OUI NON RETOUR : départ heure : _____ lieu : _____ année : _____

MODALITÉS DE RÈGLEMENT (cocher les cases concernées) à compléter par le transporteur

DISPENSE D'AVANCE DE FRAIS PAIEMENT DIRECT

Le : _____ à : _____ Identification du transporteur : _____

SIGNATURE : _____

NUMERO D'AUTORISATION DE STATIONNEMENT : _____

NUMERO MINERALOGIQUE DU VEHICULE : _____

TARIFICATION à compléter par le transporteur

PRISE EN CHARGE MINIMUM DE PERCEPTION

TARIFS : A, B, C, D

neige-vergès

COÛT (composé) : aller en charge - retour à vide : _____ aller-retour en charge : _____ Suppléments remboursables (à détailler) : _____

TOTAL : _____

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

BASE DE REMBOURSEMENT : _____

• Part de l'organisme : % x 1 : _____

• Part de l'assuré(e) : % x 1 : _____

• Suppléments non remboursables (à détailler) : _____

SOMME PAYÉE PAR L'ASSURÉ(E) : _____ €

TOTAL GENERAL* : _____ €

(1) Se reporter à la CARTE D'ASSURANCE MALADIE. La loi 78-17 du 6-1-78 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. La loi 78-17 prévoit d'ailleurs un engagement garanti de respect de toutes les données déclarées (articles L. 114-1 et L. 114-2 du Code de la Sécurité Sociale, 31-3-83, L. 423-10-84 et l'article du Code pénal).

2 LA FACTURE (606-12-01)

Les frais de transport sont pris en charge sur présentation de l'imprimé de facturation type intitulé « Facture : transport par taxi pour motif médical ».

La facture doit être dûment complétée et signée par l'entreprise de taxi ainsi que par l'assuré ou son représentant. Il est rappelé que la transmission des numéros RPPS ET FINESS du prescripteur est obligatoire.

Tout facture établie au moyen d'un support autre que le modèle réglementaire est irrecevable et constitue une irrégularité de facturation.

IMPORTANT

Dans le cas de transport de personnes à mobilité réduite ou « TPMP », le formulaire de la prescription médicale de transport doit attester que le patient nécessite d'être transporté sans quitter son fauteuil roulant et dans un véhicule spécialement équipé. Une nouvelle version de ce formulaire sera bientôt disponible. Dans l'attente, le formulaire actuel doit être complété par le médecin prescripteur et de façon manuscrite par l'indication «TPMP ».

INFORMATIONS GÉNÉRALES

- TOUS LES TAXIS PEUVENT ILS REALISER DES TRANSPORTS MEDICAUX ?

La convention ne peut être conclue que pour les taxis qui exploitent de façon effective et continue une autorisation de stationnement créée depuis au moins 3 ans à la date d'entrée en vigueur de la convention.

Ce délai est ramené à 2 ans lorsque le taxi exploite une autorisation de stationnement créée antérieurement à la date d'entrée en vigueur de la convention.

Seuls les taxis conventionnés peuvent réaliser des transports remboursables par l'Assurance Maladie.

L'entreprise signataire est tenue d'apposer sur son véhicule un logo type fourni par l'Assurance Maladie permettant aux assurés de vérifier que le véhicule est autorisé à prendre en charge les assurés sociaux de l'Assurance maladie dans le cadre de la présente convention. Ce logo, délivré par l'Assurance maladie, doit être obligatoirement retiré du véhicule en cas de vente ou de cession de celui-ci.

- LE PRINCIPE D'INTANGIBILITE DE LA PRESCRIPTION MEDICALE

L'intangibilité de la prescription porte sur :

- le mode de transport ;
- le trajet allant du lieu de prise en charge jusqu'à la structure de soins prescrite ;
- le transport considéré par le prescripteur comme en rapport avec l'ALD dont bénéficie la personne transportée même lorsque, après examen du service du contrôle médical, donc a posteriori, il s'avère que le transport n'était pas en rapport avec le traitement d'une ALD ;
- la prise en charge au titre de l'ALD lorsque cette mention est indiquée par le prescripteur, même lorsque l'ALD n'est pas reconnue par l'Assurance Maladie, sous réserve que le taxi se soit connecté à PEC+TIRAT afin de vérifier si une ALD était enregistrée.

IMPORTANT

Le principe d'intangibilité de la prescription s'applique uniquement dans le cadre d'un transport remboursable. Ainsi, si le transport n'entre pas dans le cadre réglementaire défini par l'article R.322-10 du Code de la Sécurité sociale, il n'est pas remboursable même s'il est prescrit. Exemple : un transport pour se rendre dans un établissement scolaire.

- L'AIDE AU DEPLACEMENT

Le transport médical réalisé par une entreprise de taxi correspond à un transport de malades se trouvant dans l'obligation de se déplacer pour recevoir des soins ou subir des examens ou traitements. À ce titre, le taxi est dans l'obligation d'accompagner le patient jusqu'à sa prise en charge par la structure de soins.

L'aide au déplacement concerne :

- les patients présentant une incapacité physique nécessitant l'utilisation d'aides techniques (ex : béquilles, canne...) ou humaine (ex : aide du transporteur pour prendre des escaliers, troubles graves de la vision, perte d'équilibre...);
- les patients présentant une déficience intellectuelle ou psychique (ex : retard mental, désorientation...) nécessitant l'aide d'une tierce personne pour la transmission des informations à l'équipe soignante.

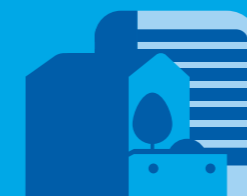
- À QUI DOIS-JE M'ADRESSER SI J'AI UNE QUESTION ?

Pour toute question, vous pouvez contacter le 0 811 910 009

(service 0,06 €/min + prix appel) de 8h30 à 17h30 du lundi au vendredi.

À noter les informations figurant sur le guide pratique ne sont pas exhaustives. Pour en savoir plus, il convient de se référer à la convention locale consultable sur le site internet www.ameli.fr.

La CPCAM des Bouches-du-Rhône procède au contrôle du respect des dispositions tarifaires et conventionnelles. En cas de non-respect de ces dispositions, l'entreprise de taxi pourra faire l'objet des mesures prévues à l'article 12 de la convention. Elle pourra également et parallèlement faire l'objet d'une procédure de récupérations des sommes indument versées dans le cadre des dispositions de l'article L.133.4 du CSS.





CPAM13 / SRGI / Studio graphique – Février 2023 – crédit photo : Pexels – Imprimé sur du papier écoresponsable FSC

Caisse Primaire Centrale d'Assurance Maladie des Bouches-du-Rhône
56, chemin Joseph Aiguier – 13297 Marseille cedex 9



**l'Assurance
Maladie**
Agir ensemble, protéger chacun

Bouches-du-Rhône