

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))

www.chronos-solutions.fr

numéro d'immatriculation nom et n° du centre de paiement ou de la section mutualiste (pour les salariés) ou nom et n° de (riés)

date de naissance

adresse

Si le patient n'a jamais été transporté, merci de renseigner les informations obligatoires: n° de SS/ date de naissance/ adresse me permettant de créer sa fiche

• 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

Ce transport est-il en rapport avec un accident causé par un tiers non ou date de l'accident

la prescription médicale

① 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 lié à un accident du travail ou une maladie professionnelle date de l'AT/MP

Pour un AT, la date d'AT doit impérativement apparaître ici.

② Quel mode de transport prescrivez-vous au regard de l'état de santé et d'autonomie de votre patient ?

- transport en ambulance justifié par la nécessité (cochez la(les) case(s) correspondante(s)) :
 - d'être en position allongée ou demi-assise
 - d'une surveillance par une personne 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 partagé, cochez la case
- Un transport pour patient à mobilité réduite dans son fauteuil roulant est adapté, cochez la case
- moyen de transport individuel
- transport en commun terrestre

Vérifier que votre patient ait bien des droits ouverts vous permet d'avoir la certitude que votre transport sera remboursé. Vous pouvez consulter ses droits sur votre AmeliPro. S'il n,a pas d'ALD ou d'AT/MP, et UNIQUEMENT dans les cas permettant le transport par taxi, la carte de mutuelle recto/verso est OBLIGATOIRE

• 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)

départ

- domicile
- autre lieu :
- structure de soins :

arrivée

- domicile
- autre lieu :
- structure de soins :

transport aller-retour ③ nombre de transports itératifs

④ Urgence : appel du SAMU-centre 15 ou autres (précisez) :

Le lieu de prise en charge et de destination correspondent-ils bien au transport à effectuer? Attention : si non, il faudra demander un nouveau BT.



⑥ Cas particuliers d'exonération 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. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre)

Identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

raison sociale

adresse

n° structure (AM, FINESS ou SIRET)

identifiant (n° RPPS)

date signature

Le BT doit impérativement être tamponné par le prescripteur. Le numéro de FINESS doit être lisible - il est obligatoire pour la télétransmission.

Précision

Vous envoyez ce volet avec le remboursement est disponible Si vous partagez l'aller ou le retour avec un confrère, la date de prescription doit OBLIGATOIREMENT être renseignée. Si ce n'est pas le cas, merci de vous rapprocher de votre confrère afin d'y apposer la même date.

particulière ou des transports en commun

(réf. S3140) et les justificatifs de vos dépenses. La demande de meli.fr" à la rubrique "formulaires" de l'espace "assurés".

VSL, taxi conventionné, ambulance (à compléter par le transporteur et à joindre à la facture)

Raison sociale N° d'identification :

Adresse Signature du transporteur

Fait à Le Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès de votre organisme d'assurance maladie. En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale Informatique et Libertés (CNIL).

La loi rend possible de pénalités financières, d'amende et/ou emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations 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, article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale)