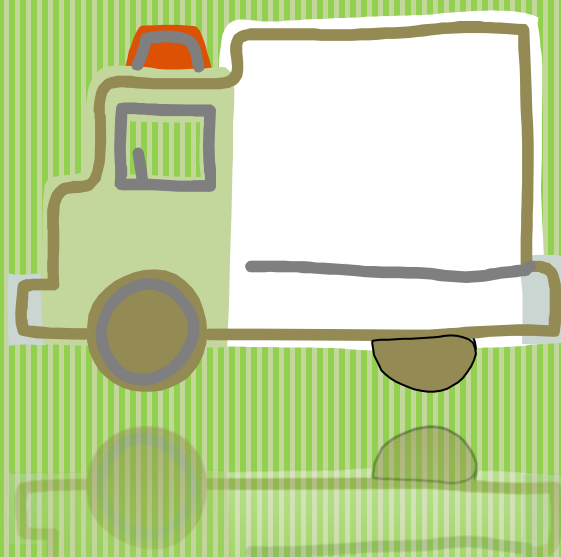


Votre outil d'aide à la prescription



**Transports
en
Etablissement**

Sommaire



La prescription



La prise en charge



La facturation



Les infos pratiques




Suivi des mises à jour

Date	Nature des modifications	Pages concernées	Version
01/09/13	Création	-	1
07/10/2013	Modification	12-24-30-31	2
07/10/2013	Ajout	25	1

La prescription

- Cas général
- Accord préalable
- Intangibilité de la prescription
 - Exceptions

La prescription Cas général

La prise en charge des frais de transport est subordonnée, **dans tous les cas**, à la présentation par l'assuré de la **prescription Médicale** ( établie **avant** le transport).

Seul **le médecin** a le pouvoir d'apprécier la nécessité médicale et le mode de transport adapté à l'état de santé du patient. La prescription doit être rigoureusement respectée par le transporteur, elle a un caractère intangible.

Dans certaines situations la prescription n'est pas obligatoire :

- Pour convocation au service médical, chez un fournisseur d'appareillage ou pour expertise (dans ce cas la convocation précise le moyen de transport le moins onéreux compatible avec l'état de santé du patient).
- Pour le transport aller de la future mère à la maternité pour accouchement.

La prescription Cas général

S 3138 :
prescription
médicale
de transport
téléchargeable
sur
ameli.fr



N° 11574*03

Prescription médicale de transport

(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)

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

La prescription médicale, à compléter par le médecin (pour plus d'information, se référer à la notice)

• Le bénéficiaire (à compléter obligatoirement par le médecin)

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

Prénom

• Dans quelle situation permettant la prise en charge du transport se trouve votre patient ? (plusieurs choix possibles)

Hospitalisation (entrée-sortie) ☐

Nécessité d'être allongé ou sous surveillance ☐

Soins liés à une affection de longue durée ☐

Soins liés à un AT/MP ☐

Date de l'accident du travail ou de la maladie
professionnelle

• Quel trajet doit effectuer le patient ? (préciser l'adresse du lieu de départ et du lieu d'arrivée ainsi que le nom de la structure de soins)

**CE MODELE EST PRESENTE A TITRE D'INFORMATION.
POUR VOTRE DEMARCHE, LE FORMULAIRE ORIGINAL DOIT ETRE UTILISE.**

• Transport aller ☐

Transport retour ☐

Transport aller-retour ☐

• Transport itératif ☐ 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)

• 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 ☐

appel du centre 15 ☐

• Éléments d'ordre médical :

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(si cachet, merci de le reporter sur les 2 volets)

Établir 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) : | | | | | | | | | | | | | | | |

Le 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 :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**CE MODELE EST PRESENTE A TITRE D'INFORMATION.
POUR VOTRE DEMARCHE, LE FORMULAIRE ORIGINAL DOIT ETRE UTILISE.**

La prescription

Imprimé :

En l'absence de l'imprimé référencé et à **titre exceptionnel**, la prescription médicale peut être établie sur une ordonnance pré-identifiée sous réserve qu'elle comporte tous les éléments indispensables à l'identification du transport.

Circuit :

Pour le remboursement, la prescription médicale doit être jointe à la facture ou état de frais.

L'accord préalable



Dans tous les cas bien spécifier le motif médical !

Sont soumis à accord préalable :

- Les transports de plus de 150 km aller,
- Les transports en série (4 transports sur une période de deux mois et de plus de 50 km aller par trajet),
- Les transports par avion ou en bateau de ligne régulière.

Ne sont pas soumis à accord préalable :

- Les transports d'urgence (la notion de l'urgence doit figurer sur la prescription du transport).

Zoom sur...



Les transports itératifs sont des transports répétés sur une distance de moins de 50 km aller (exemple : chimiothérapie d'un habitant de Bessines à Limoges, séances de kinésithérapie de La Brionne à Guéret...), ils ne nécessitent pas d'entente préalable.

S 3139 :
demande d'accord
préalable
téléchargeable sur
ameli.fr

9


L'accord préalable

Circuit :

1. Le médecin établit la prescription puis la remet au bénéficiaire (les 3 volets + la notice avec l'enveloppe pour le médecin conseil),
2. L'assuré ou le transporteur complète la partie « à remplir par l'assuré ». Le volet 3 est conservé par l'assuré afin de le présenter au transporteur si la caisse n'a pas retourné le volet 2 sous 15 jours. Les volets 1 et 2 sont adressés au service médical,
3. La CPAM complète la rubrique « décision administrative »,
En cas de refus ou limitation : retour du volet 2 et courrier de notification à l'assuré.


La prescription médicale doit être jointe à la facture ou état de frais (S 3140).

Délai de réponse :

L'absence de réponse dans le délai de 15 jours vaut accord ( sans notification dans ce cas).

Intangibilité de la prescription

Le prescripteur est responsable de sa prescription, laquelle est intangible (le transporteur doit s'y conformer).

 En conséquence, si elle ne respecte pas les règles de prise en charge

(voir référentiel) 

le prescripteur peut être tenu pour responsable des conséquences financières et rembourser les sommes indûment versées par l'Assurance Maladie.

L'intangibilité porte sur :

- Le moyen de transport prescrit,
- Le trajet allant du lieu de prise en charge jusqu'à la structure de soins prescrite,
- Le transport prescrit en ALD
 - même si c'est à tort, après examen du médecin conseil,
 - même si elle n'est pas reconnue par l'Assurance Maladie.

Les exceptions

En cas d'urgence :

L'article R 322-10-2 du CSS prévoit que la prescription peut être établie a posteriori, il est admis dans ce cas que la prescription du transport soit établie par le médecin hospitalier le jour même du déplacement.

En cas de convocation dans un établissement hospitalier :

La prescription est rédigée lors du rendez-vous précédent ou par le médecin traitant. **En cas d'urgence uniquement, la prescription de transport peut être établie par le médecin hospitalier le jour même du déplacement .**

En cas de soins ou d'hospitalisation programmés :

La prescription doit être établie par le médecin demandeur.

La prise en charge

- Cas général
- Hospitalisation
- Transports et ALD
- Accident du travail ou maladie professionnelle
- Urgences
- Transferts
- Personne accompagnante
- Vacances ou déplacement
- Cas spécifiques

Cas général

La prise en charge des frais de transport concerne :

- Les transports liés à une hospitalisation (entrée et sortie),
- Les transports par ambulance justifiés par l'état du patient,
- Les transports liés aux traitements ou examens prescrits en application de l'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale pour les patients reconnus atteints d'une affection de longue durée (ALD) présentant une incapacité ou une déficience définie par le référentiel de prescription,

Les transports liés aux traitements et examens des victimes d'un accident du travail (AT) d'une maladie professionnelle (MP),

- Les transports en un lieu distant de plus de 150 kilomètres,
- Les transports en série de plus de 50 kilomètres aller, lorsque le nombre de transports est au moins égal à quatre au en deux mois,
- Les frais de transport de l'assuré pour se soumettre à un contrôle en application de la législation de la sécurité sociale (fournisseur d'appareillage, convocation du contrôle médical ou d'un médecin expert).

Hospitalisation

Les transports prescrits dans ce cas sont pris en charge par l'Assurance Maladie s'il s'agit de l'entrée et de la sortie pour:

- Une **hospitalisation complète** d'une durée d'au moins 24h,
- Une **hospitalisation partielle** inférieure à 24h avec occupation d'un lit de jour ou nuit,
- Un **séjour inférieur à 24h** avec facturation d'un forfait de séance
- Une entrée avec présomption d'hospitalisation (aller et retour) même si celle-ci n'est pas effective,

Taux de prise en charge :

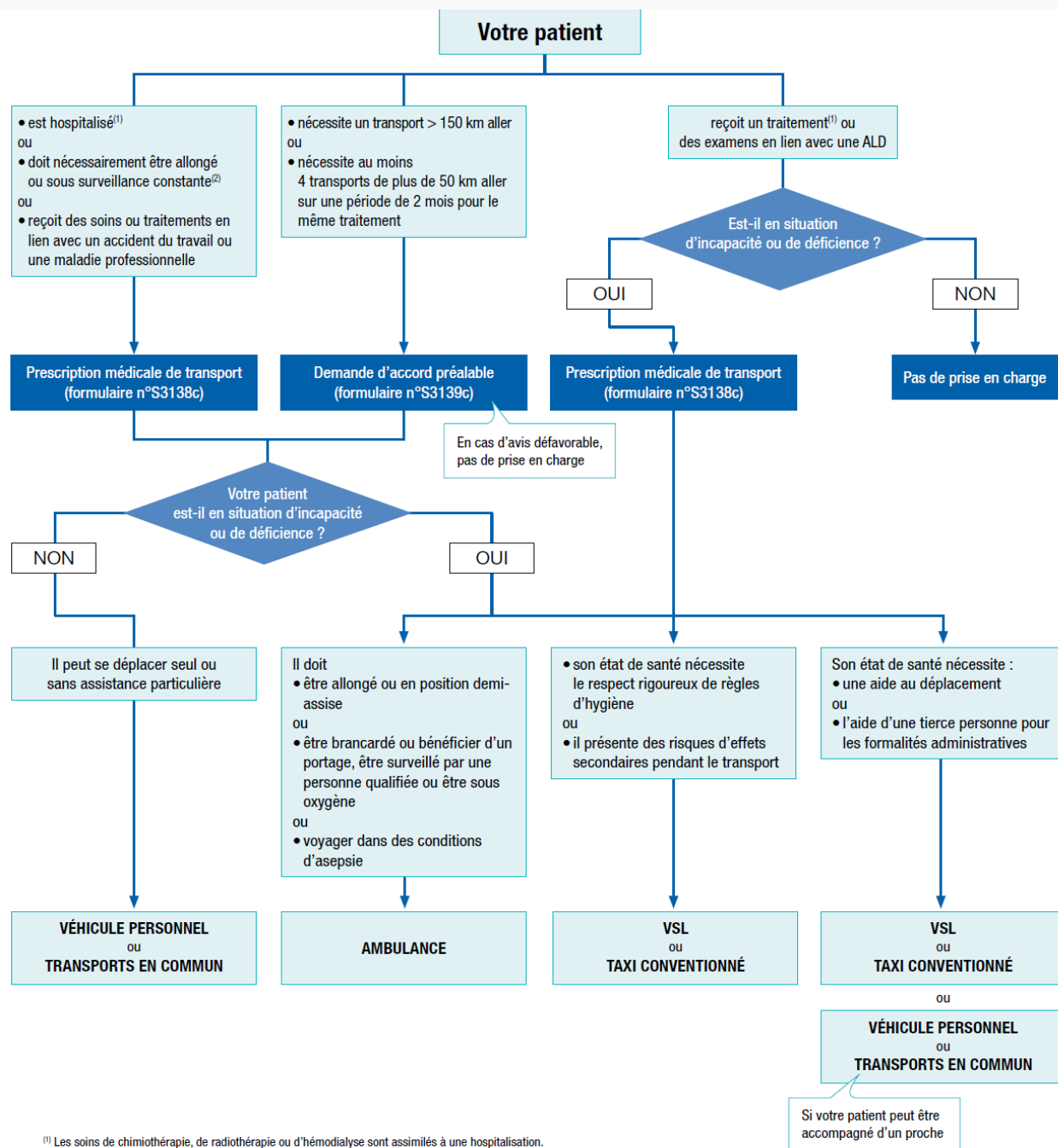
- 65 % dans le cadre général,
- 100 % dans le cadre des exonérations habituelles

Hospitalisation à domicile : la structure prend en charge les transports prescrits par le médecin traitant (par exception par le médecin coordonnateur) pour les soins prévus par le médecin coordonnateur et ceux non prévus au protocole de soins lorsque l'état de santé du patient le justifie.

Transport et ALD

Les transports en lien avec le dispositif « soins post ALD » ne sont pas remboursables (sauf droit commun).

Type de transport	Accord préalable	Mode	Transport remboursable
Série 50 km aller 4 en 2 mois	Oui, toujours	Selon prescription	Oui
Plus de 150 km	Oui, toujours	Selon prescription	Oui
Dialyse, chimiothérapie, radiothérapie	Si + 50 km aller et 4 transports en 2 mois Ou + 150 km aller	Selon prescription	Oui
Neutronthérapie		Selon prescription	Oui
Consultation		VSL/Taxi VP si personne accompagnant e	
AT / MP		Selon prescription	Oui
Ambulance		Selon prescription	Oui



⁽¹⁾ Les soins de chimiothérapie, de radiothérapie ou d'hémodialyse sont assimilés à une hospitalisation.

⁽²⁾ Dans cette situation, le mode de transport adapté est l'ambulance.

Accident du travail

Transports prévus pour des soins en rapport avec un accident du travail ou une maladie professionnelle, y compris le jour même de l'accident.

Les transports prescrits dans ce cas sont pris en charge par l'Assurance Maladie :

- S'ils sont prescrits dans la limite du mode de transport et du lieu de soins les plus appropriés à l'état de santé de l'accidenté ou du malade.

Taux de prise en charge : 100 %.

L'urgence

Le transport aller hors régulation :

Le transport aller vers une structure hospitalière donne lieu à prise en charge dès lors que la prescription indique qu'il y a présomption d'hospitalisation.

Dans le cas contraire, la prise en charge du transport suit les règles de droit commun.

L'urgence

Le transport aller régulé :

Les transports réalisés par les sapeurs-pompiers : pas de prise en charge par l'Assurance Maladie car il s'agit d'une mission de service public.

- **Sorties primaires** (du lieu de détresse au lieu d'hospitalisation) : frais à la charge de l'établissement qui gère le SMUR.
- **Transports secondaires** (transferts) : frais à la charge de l'établissement qui a demandé le transfert médicalisé (y compris dans le cadre du SMUR pédiatrique).
- **Les transports de la garde ambulancière** régulés par le centre 15 dans le cadre de l'Aide Médicale Urgente, pendant les périodes de garde : prise en charge par l'Assurance Maladie pour :
 - la nuit de 20h à 8 h du matin,
 - les jours fériés,
 - le dimanche,
- le samedi si un arrêté préfectoral n'a pas levé l'obligation de garde ce jour là.

L'urgence

Après passage aux urgences, le retour

Nature du transport	Véhicule prescrit				Prise en charge			Prescription médicale
	Ambulance	Transport Assis Professionnalis é		Véhicule personnel	CH, autre Ets. public ou privé	Ass. Maladie	Patient	
		VSL	Taxi					
Retour après hospitalisation	X	X	X	X		X		X
Retour sans hospitalisation	X	X	X	X		X		Préciser : présomption hospitalisation
Retour sans hospitalisation avec arrivée du malade par ses propres moyens	X	Remboursable si soins en rapport avec ALD, art. L324.1 (soins continus + 6 mois) Accident Travail ou Maladie Professionnelle				X	X	X
							Soins sans rapport avec ALD, art. L324.1, Accident Travail ou Maladie Professionnelle	

L'urgence

Nature du transport	Véhicule prescrit				Prise en charge			Prescription médicale
	Ambulance	Transport Assis Professionnalisé		Véhicule personnel	CH, autre Ets. public ou privé	Ass. Maladie	Patient	
		VSL	Taxi					
Retour sans hospitalisation avec arrivée du malade par les pompiers	X	Remboursable si soins en rapport avec ALD, art. L324.1 (soins continus + 6 mois) Accident Travail ou Maladie Professionnelle ou présomption d'hospitalisation				X	X	X
							Soins sans rapport avec ALD, art. L324.1, Accident Travail ou Maladie Professionnelle	
Transfert vers un autre établissement après passage aux urgences sans hospitalisation	X					X		X

Transferts

Entre établissements :

L'assuré est à 100 % au titre d'une ALD, d'un régime exonérant ou d'un AT/MP: le transfert remboursable est pris en charge à 100%.

En dehors de ces situations, sont pris en charge à 100% les transferts **définitifs** vers un établissement mieux adapté à l'état de santé du malade **sauf** :

- EHPAD, USLD, Foyer logement
- Réadaptation et soins de suite prise en charge à 65% même si l'hospitalisation initiale est exonérante.

Situation / Taux applicable	65 %	100 %
Transfert en lien avec hospitalisation exonérée (sauf EHPAD, USLD, Foyer logement , soins de suite et réadaptation)		X
Transfert vers établissement mieux adapté		X
Transfert en lien avec un régime exonérant		X
Transport non consécutif à hospitalisation exonérée	X	

Transferts

Provisoires avec un retour dans l'établissement d'origine dans un délai maximum de 48 heures (moins de deux nuitées) :

Les transports secondaires ou inter-établissements sont financés par l'établissement d'origine lorsqu'il est toujours sous dotation globale ou qu'il était antérieurement en dotation globale (voir tableau p.25 a,b,c de l'art.L162-22-6 CSS).

Par établissement d'origine, on entend celui qui a la charge du patient au moment du transfert provisoire.

Lorsque le transport est réalisé vers un autre établissement pour actes et consultations, ce transport est considéré comme un transfert provisoire à la charge de l'établissement d'origine (y compris dans le cas de soins post opératoires).

Ces mêmes transports sont remboursés par l'Assurance Maladie lorsque l'établissement d'origine est privé ((voir tableau p.25 d de l'art.L162-22-6 CSS).

Lorsque ce transport a pour finalité une consultation en cabinet en ville ce transport est pris en charge par l'Assurance Maladie dans les conditions de droit commun.

Transferts

Transports secondaires	Transport provisoire entre structures (hors SMUR)	Transport d'un patient hospitalisé dans un établissement plus spécialisé, pour soins ou diagnostic, avec retour dans l'établissement d'origine en moins de 48 heures (une nuit maximum à l'extérieur).	À la charge de l'établissement d'origine, s'il relève des <i>a, b</i> et <i>c</i> de l'article L. 162-22-6 CSS.	Sans objet
			À la charge directe de l'assurance maladie, si l'établissement relève du <i>d</i> de l'article L. 162-22-6 CSS.	65 % ou 100 %
			À la charge directe de l'assurance maladie, pour des soins itératifs concernant la dialyse, la chimiothérapie et la radiothérapie dans les cas généraux.	65 % ou 100 %
			Lorsque l'établissement d'origine est une structure d'hospitalisation à domicile (HAD): à la charge de l'établissement HAD, pour les établissements qui relèvent des <i>a, b, c</i> et <i>d</i> de l'article L. 162-22-6 CSS lorsque le transport sanitaire vise la réalisation d'un acte/soin/diagnostic/ prévu au protocole de soins en cours.	Sans objet
	Transport définitif entre structures	Patient hospitalisé transféré de son établissement d'origine vers un nouvel établissement dans lequel il est hospitalisé pour une durée supérieure à 48 heures (deux nuitées ou plus à l'extérieur). Il est considéré comme sortant du 1 ^{er} et admis dans le 2 nd établissement.	À la charge directe de l'assurance maladie.	65 % ou 100 %
	Retour à domicile des patients	Le patient rentre à son domicile ou assimilé (EHPAD...).	À la charge directe de l'assurance maladie.	65 % ou 100 %

Transferts

Transport intra-hospitalier :

Lorsqu'un malade hospitalisé ou suivi en soins externes dans un établissement (quel que soit son statut juridique) est transporté dans ses différents services /sites dans la même agglomération, les transports en cause sont inclus dans ses dépenses de fonctionnement, même s'ils sont effectués par un transporteur privé.

Transport avec séances de soins dans le deuxième Établissement :

Lorsqu'un malade hospitalisé ou suivi en soins externes est transporté dans un second établissement pour des séances de :

- Dialyse
- Radiothérapie
- Chimiothérapie

Les séances comme les transports sont facturés directement à l'Assurance Maladie .



Personne accompagnante

Par **personne accompagnante**, on entend celle qui accompagne :

- Un enfant de moins de 16 ans,
- Une personne dont l'état de santé nécessite l'assistance d'un tiers.

Les frais de transports de la personne accompagnante peuvent être pris en charge par l'Assurance Maladie.

Remarque :

Les frais de transports en commun peuvent être remboursables.

Vacances ou déplacement

Transports du lieu de séjour jusqu'à l'hôpital le plus proche en mesure de dispenser des soins :

Les transports prescrits dans ce cas sont pris en charge par l'Assurance Maladie.



Remarque :

Le rapatriement jusqu'au domicile habituel du malade ou vers l'hôpital le plus proche de ce domicile pour des motifs de convenance personnelle n'est pas pris en charge.

Retour au domicile après hospitalisation sur le lieu de séjour :

Les transports prescrits dans ce cas sont pris en charge par l'Assurance Maladie.

Les frais de transports sont pris en charge sur la base du trajet entre l'établissement de soins et le domicile de l'assuré, déduction faite du billet de retour SNCF 2^{ème} classe.



Cas spécifiques

Centres de référence :

Créés en 2004 dans le cadre du Plan National maladies rares, ils ont vocation à permettre aux malades de mieux s'orienter dans le dispositif de soins et de disposer rapidement d'un diagnostic. Que l'assuré soit atteint d'une maladie rare déclarée ou non (diagnostic non porté), les frais de transport vers ces centres peuvent être pris en charge sans application de la règle de l'établissement le plus proche.

La liste des centres de référence labellisés est consultable sur le site www.orpha.net

Remarque :

- S'il existe 1 seul centre de référence : prise en charge du transport.
- S'il en existe plusieurs pour une même maladie rare : la règle du centre de référence le plus proche s'applique sauf exception médicalement justifiée.

Cas spécifiques

Dons d'organes :

Donneur : Les frais de transport sont pris en charge par l'établissement qui réalise le prélèvement.

Autotransfusion : Remboursable selon les règles de droit commun.

Centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) :

Les transports sont remboursables dès lors qu'ils sont prescrits en rapport avec une affection au sens de l'art. L324.1 (affections de longue durée ou soins continus).

Le transport des détenus pour soins :

Les conditions générales de prise en charge des transport des assurés sont également applicables aux détenus.

Le financement des frais de transport des détenus relève d'une dotation MIG (Mission d'intérêt Général), hors ticket modérateur le cas échéant à la charge de l'administration pénitentiaire.

Le transport lors d'une hospitalisation d'office (internement) :

Aucun texte ne permet la prise en charge de ces frais de transport. Ils n'entrent pas dans le cadre du droit commun. Ils ne sont pas non plus pris en charge par l'État.

Il revient à l'établissement hospitalier psychiatrique de prendre en charge ces transports sur sa dotation globale.

Cas spécifiques

Les permissions thérapeutiques :

L'article R. 322-10 du code de la sécurité sociale définit les conditions de prise en charge des frais de transport liés à une hospitalisation : il s'agit des frais de transport liés à l'entrée ou à la sortie de l'hôpital.

En conséquence, **les frais de transport liés aux sorties de week-end à but thérapeutique ne doivent pas être pris en charge par l'assurance maladie.**

Les transports pour convenance personnelle ne sont pas remboursables de même que les permissions pour les personnes hébergées en maisons d'accueil spécialisées (MAS), en foyers d'accueil médicalisés (FAM), en établissements médico-sociaux.



Cas spécifiques

Remarque :

Les **sorties blanches** (sortie sans prise en charge du malade) ou lorsque le patient est décédé avant l'arrivée à l'hôpital ne sont pas indemnisés par l'Assurance Maladie.

La facturation

- **Transports simultanés**
- **Exonérations**

Transports simultanés

Le transport simultané de plusieurs patients en ambulance est interdit.

En revanche, les **VSL sont habilités à transporter jusqu'à 3 patients** par véhicule.

Dans le cas d'un transport simultané de personnes, chaque patient fait l'objet d'une facture individuelle. Quel que soit le parcours réalisé en commun, les tarifs sont abattus de 25 % pour deux patients présents dans le même véhicule, de 40 % pour trois patients.

Les artisans taxi peuvent aussi réaliser des transports simultanés, la tarification est alors partagée sur la base de la distance la plus longue.

Cette formule est à étudier notamment lors de la planification des sorties.

Exonération

Dès lors qu'un transport est remboursable si le bénéficiaire est affilié au titre de certains régimes, il est exonéré du ticket modérateur.

Les régimes exonérants :

- Bénéficiaire d'une pension d'invalidité ou de veuf(ve) invalide du régime général, d'une pension pour inaptitude substituée à la pension d'invalidité (régime 120, 530),
- Bénéficiaire de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (régime avec modulation du ticket modérateur),
- Bénéficiaires d'indemnités journalières accident du travail ou maladie professionnelle, ou d'une rente accident du travail (régime 150-ayant droit du bénéficiaire également),
- Bénéficiaires d'une ALD exonérante.

Exonération

Les situations exonérantes :

- Les bénéficiaires de l'assurance maternité pendant la période d'exonération du 1er jour du 6ème mois au 12ème jour après accouchement,
- L'hospitalisation d'un nouveau-né au cours des 30 jours suivant la naissance,
- L'hospitalisation non programmée (urgente) suivie d'un acte ou d'un tarif supérieur ou égal à 120 euros pour l'entrée uniquement,
- Le traitement de la stérilité,
- En cas de seconde hospitalisation, le transport entre 2 établissements ou entre l'établissement et le domicile (si HAD), si les conditions suivantes sont remplies :
 - l'hospitalisation doit être consécutive à la 1ère et être en lien avec celle-ci,
 - la 1ère hospitalisation doit avoir donné lieu à l'exonération du fait de l'acte CCAM > à 120 euros.

Exonération

Le suivi post ALD

- Ce dispositif peut être ouvert à l'issue d'une sortie d'ALD inscrite sur la liste des ALD 30 et pour le suivi de la même pathologie.
- L'exonération du ticket modérateur couvre les actes médicaux ou biologiques nécessaires au suivi de l'ALD pour lequel l'assuré bénéficiait déjà de cette exonération. Sont exclus du champ de l'exonération les transports et les produits de santé à usage thérapeutique.
- En revanche, les médicaments et produits de santé dont l'usage est rendu nécessaire pour ou du fait de la réalisation d'un acte à visée diagnostique relèvent de l'exonération du ticket modérateur (ex : produits de contraste, médicaments anti allergiques).
- Le suivi post-ALD se demande sur une ordonnance simple usuelle si le médecin traitant estime que son patient ne remplit plus les conditions justifiant d'un renouvellement de l'ALD mais qu'il se trouve dans une situation clinique relevant de ce dispositif.
- L'ordonnance doit préciser l'affection au titre de laquelle l'assuré bénéficiait de l'exonération du ticket modérateur prévue au 3° de l'article L.322-3.



Les informations pratiques

- **Référentiels juridiques**
- **Contacts utiles**
- **Sites web**

Les référentiels juridiques

- Article L. 321-1, 2° du code de la sécurité sociale,
- Article L. 322-5 du code de la sécurité sociale,
- Article L. 322-5-1 du code de la sécurité sociale,
- Article L. 322-5-2 du code de la sécurité sociale,
- Article L. 322-5-4 du code de la sécurité sociale,
- Article L. 431-1 du code de la sécurité sociale,
- Article L. 162-2-1 du code de la sécurité sociale,
- Article L. 162-4-1 du code de la sécurité sociale,
- Article L. 162-1-15 du code de la sécurité sociale,
- Articles R. 322-10 à R. 322-10-7 du code de la sécurité sociale introduits par le décret n° 2006-1746 du 23 décembre 2006 relatif à la prise en charge des frais de transport exposés par les assurés sociaux,
- Articles L. 6312-1 à L. 6313-1 du code de la santé publique,
- Articles R. 1211-2 à R. 1211-10 du code de la santé publique.

Les référentiels juridiques

- **Décret n°2007-827 du 11/05/2007 relatif à la prise en charge des frais de transport des personnes bénéficiant d'un accueil de jour dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes,**
- **Décret 2010-332 du 24 mars 2010 relatif à la suppression de la prise en charge des frais de transport pour consultation d'appareillage,**
- **Décret n°2010-1084 15 septembre 2010 intégrant prise en charge des frais de transport des adultes handicapés bénéficiant d'un accueil de jour dans les MAS et FAM,**
- **Décret n°2011-258 du 10 mars 2011 modifiant la prise en charge des frais de transport des malades atteints d'une ALD. Arrêté du 23 décembre 2006 fixant le référentiel de prescription des transports prévu à l'article R. 322-10-1 du code de la sécurité sociale,**
- **Arrêté du 26 juillet 2007 fixant les modèles des formulaires « Prescription médicale de transport (imprimé S3138c) » et « Demande d'accord préalable - Prescription médicale de transport (imprimé S3139c)».**

Les contacts utiles

Numéros d'appels dédiés professionnels de santé pour chaque CPAM :

- CPAM de la Corrèze

0811 709 019

- CPAM de la Creuse

0811 709 023

- CPAM de la Haute Vienne

0811 709 087

Les sites Web

- www.ameli.fr :
le portail de l'Assurance Maladie.
- www.ameli-direct.fr :
pour choisir mon professionnel de santé.
- www.sante.gouv.fr :
les actualités et les dossiers thématiques du ministère de la Santé.
- www.has-sante.fr :
le site de la Haute Autorité de Santé.
- www.atih.sante.fr :
le site de l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation.