

Assurance Maladie

Prise en charge
des frais de transport

○ DE QUOI S'AGIT-IL?

Les frais de transport des assurés sociaux peuvent sous certaines conditions être pris en charge par l'Assurance maladie.

Depuis mars 2007 les modalités de prise en charge de ces frais de transport ont fait l'objet de modifications. En effet, depuis cette date c'est le médecin prescripteur qui choisit le mode de transport le plus adapté à la situation du patient concerné. Le médecin doit faire un choix sur la base d'un référentiel tel qu'il a été fixé par un arrêté du 26 décembre 2006.

De plus, l'instauration de « franchises » concernant les frais de transport, introduites par la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2008, impacte le niveau de remboursement.

Suite à ces modifications, cette fiche pratique se propose donc de préciser les modalités et le niveau de prise en charge par l'Assurance maladie des frais de transport.

○ TEXTES ET SITE INTERNET DE REFERENCE

- Articles L322-5 à L322-5-5 du code de la sécurité sociale
- Articles R322-10 à R322-10-7 du code de la sécurité sociale
- Arrêté du 23 décembre 2006 fixant le référentiel de prescription des transports (NOR :SANS0624760A)
- Article L322-2 et D322-5 à D322-9 du code de la sécurité sociale
- Site internet de l'assurance-maladie : www.ameli.fr

○ S'INFORMER

Santé Info Droits 0 810 004 333 ou 53 62

la ligne d'information et d'orientation du CISS sur toutes les problématiques juridiques et sociales liées à l'état de santé.

Lundi, mercredi, vendredi :
14h-18h

Mardi, jeudi : 14h-20h



Collectif Interassociatif Sur la Santé

10, villa Bosquet - 75007 Paris
Tél. : 01 40 56 01 49 - Fax : 01 47 34 93 27
www.leciss.org

A/ Les conditions pour bénéficier d'une

1/ La prescription médicale

Pour bénéficier d'une prise en charge des frais de transport il est nécessaire, sauf cas particuliers, de disposer au préalable d'une prescription médicale.

Cette prescription doit-être impérativement faite avant d'effectuer le déplacement. Ce principe comporte néanmoins 3 exceptions :

- l'urgence médicale ;
- la convocation par un établissement de santé ;
- en cas d'appel du 15, la prescription peut-être ef-

fectuée a posteriori par un médecin du centre de santé vers lequel la personne a été transportée.

Par ailleurs, la prescription médicale doit comporter le mode de transport qui sera utilisé. Ce choix est fait par le médecin prescripteur et doit s'effectuer en fonction du mode le mieux adapté à l'état de santé et à l'autonomie de la personne concernée. L'arrêté NOR :SANS0624760A fixe un référentiel de prescription.

Le tableau ci-dessous distingue les différentes hypothèses :

Situation médicale	Mode de transport préconisé
- Situation médicale ne nécessitant pas d'assistance particulière avec possibilité de se déplacer seul ou accompagné par une personne de son entourage	Véhicule personnel ou transport en commun
- Incapacité physique nécessitant l'utilisation d'aide technique (exemple béquilles) ou l'aide d'une personne pour prendre des escaliers	Taxi ou Véhicule Sanitaire Léger (VSL)
- Troubles graves de la vision ou de l'équilibre	
- Déficience intellectuelle ou psychique rendant indispensable une aide pour l'accompagnement des formalités en l'absence de personne accompagnante	
- Déficience nécessitant le respect des règles d'hygiène (désinfection du véhicule en prévention des risques d'infections, situation d'incontinence)	
- Transport allongé impératif	Ambulance
- Surveillance permanente d'un professionnel qualifié	
- Nécessité d'être porté ou brancardé	
- Transport devant être réalisé dans des conditions d'aseptie	
- Accompagnement d'un enfant de moins de 16 ans ou d'une personne dont l'état de santé nécessite l'assistance d'une autre personne	En fonction de la situation de la personne accompagnée suivant le référentiel figurant dans ce tableau

○ CE QU'IL FAUT

Pour obtenir le remboursement de ses frais de transport, il est indispensable de conserver la prescription médicale de transport, les justificatifs de paiement, le volet 3 de la demande d'accord préalable le cas échéant et le formulaire S3140 **quand le mode de transport est un véhicule personnel, un transport en commun ou un**

taxi non conventionné. Ce formulaire est disponible auprès des centres de sécurité sociale et également téléchargeable sur www.ameli.fr.

Quand le mode de transport utilisé est un taxi conventionné, un VSL ou une ambulance la prescription médicale de transport est à com-

prise en charge des frais de transport

2/ Situations permettant une prise en charge par l'assurance-maladie

Si la prescription médicale est une condition nécessaire pour bénéficier d'une prise en charge des frais de transport, cela ne signifie pas pour autant que le remboursement de ces frais sera possible. En effet, seules certaines situations entraînent cette prise en charge.

De plus, un accord préalable de la caisse d'Assurance maladie est parfois nécessaire. C'est au médecin de remplir la demande d'accord préalable que l'assuré adresse au service de contrôle médical, à l'attention de « M. le Médecin conseil ».

Le tableau ci-dessous distingue les différentes hypothèses :

Situations médicales permettant une prise en charge par l'Assurance maladie (article R322-10 du code de la sécurité sociale)	Demande d'accord préalable nécessaire ? (article R322-10—4 du code de la sécurité sociale)
- Entrée ou sortie de l'hôpital (quelque soit la durée de l'hospitalisation)	NON sauf en cas de transport longue distance ou en série et pour les voyages en avion ou bateau sur ligne régulière
- Transports liés à des soins ou traitements en rapport avec une Affection Longue Durée	NON sauf en cas de transport longue distance ou en série et pour les voyages en avion ou bateau sur ligne régulière
- Transports en ambulance médicalement justifié (voir tableau précédent)	OUI sauf urgence
- Transports en rapport avec un accident du travail ou une maladie professionnelle	NON sauf en cas de transport longue distance ou en série et pour les voyages en avion ou bateau sur ligne régulière
- Transports de plus de 150 km (aller)	OUI sauf urgence
- Transports en série (transports comportant 4 déplacements de plus de 50 km aller sur une période de 2 mois pour un même traitement)	OUI sauf urgence
- Convocation par le service médical de la sécurité sociale ou par la commission régionale d'invalidité ou par un expert médical dans le cadre d'une expertise médicale de la sécurité sociale.	NON sauf en cas de transport longue distance ou en série et pour les voyages en avion ou bateau sur ligne régulière
- Transports pour une consultation médicale d'appareillage ou chez un fournisseur d'appareillage	NON sauf en cas de transport longue distance ou en série et pour les voyages en avion ou bateau sur ligne régulière
- Accompagnement d'un enfant de moins de 16 ans ou d'une personne dont l'état de santé nécessite l'assistance d'une autre personne (R322-10-7 du code de la sécurité sociale)	Selon les modalités prévues pour les personnes concernées par les soins

SAVOIR ○

pléter par le transporteur. L'assuré est dispensé de l'avance de ses frais pour la part garantie par les régimes obligatoires d'assurance maladie dès lors que le transport est réalisé par une entreprise de transports sanitaires conventionnée (article L322-5-1 du code de la sécurité sociale). L'avance de frais est également possible quand il existe des

conventions entre les organismes d'Assurance maladie et certaines entreprises de taxi (il convient de se renseigner auprès de son centre de sécurité sociale).

B/ Le niveau de prise en charge

Le calcul de la prise en charge des frais de transport varie selon la situation médicale des intéressés et du mode de transport utilisé.

Cette prise en charge est de 100% pour :

- les transports en rapport avec une Affection Longue Durée ou avec une polyopathie invalidante ;
- les transports dans le cadre d'une grossesse de plus de 6 mois et jusqu'à 12 jours après la date réelle d'accouchement ;
- les transports liés à l'hospitalisation d'un nouveau-né de moins de 30 jours ;
- les transports dans le cadre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ;
- les transports liés aux investigations nécessaires au diagnostic de la stérilité et à son traitement ;
- les titulaires d'une pension d'invalidité, d'une pension militaire, d'une pension vieillesse substituée à une pension d'invalidité, d'une pension de veuf ou de veuve invalide, d'une rente pour un accident du travail ou une maladie professionnelle avec un taux d'incapacité supérieur à 66,66 % ;
- les personnes atteintes par des maladies rares prises en charge par un centre de référence (sur la base du centre de référence le plus proche du domicile) ;
- les personnes relevant du régime d'Alsace-Lorraine (Haut-Rhin, Bas-Rhin, Moselle).

Dans les autres cas le niveau de prise en charge est de 65%.

Cette prise en charge est calculée selon les modalités suivantes :

- Véhicule personnel : indemnités kilométriques

(se reporter au barème disponible sur le site de l'Assurance maladie www.ameli.fr);

- Trains, bus, tramways, métros : 100% ou 65% sur la base du tarif le plus bas du mode de transport le plus économique pour le trajet considéré ;
- Taxi : 100% ou 65% du prix de la course ;
- Avion de ligne ou bateau : 100% ou 65% du tarif le plus bas du billet ;
- Ambulances : 100% ou 65% du prix du transport.

Excepté pour les personnes hospitalisées, le remboursement des frais de transport est calculé sur la base de la distance entre le point de prise en charge du malade et la structure de soins prescrite appropriée la plus proche (article R322-10-5 du code de la sécurité sociale).

De plus, si pour une maladie rare, il n'existe qu'un seul centre en France, la prise en charge des transports vers ce centre de référence pour une hospitalisation ou une consultation doit être acceptée par l'Assurance maladie. S'il existe plusieurs centres de référence pour une même maladie rare, la règle du centre de référence le plus proche du domicile s'applique, sauf exception médicalement justifiée (décret 30 décembre 2004).

Attention ! A compter du 1er janvier 2008, une franchise de 2 euros sera appliquée pour chaque acte de transport effectué en véhicule sanitaire terrestre ou taxi. Cela signifie concrètement que pour chacun de ces trajets une somme de 2 euros sera défalquée du remboursement habituel des frais de transport dans la limite de 50 euros par an et de 4 euros par jour. Le plafond de 50 euros est éventuellement atteint en additionnant les franchises prévues pour les boîtes de médicaments (0.50 euro par boîte) et les actes paramédicaux (0.50 euro par acte). Pour plus de détails concernant ces nouvelles franchises, se référer à la fiche CISS Pratique « Forfaits et franchises ».

C/ Les voies de recours

En cas de demande d'accord préalable, le défaut de réponse de la caisse dans les 15 jours suivant la demande doit être interprété comme une acceptation de la prise en charge.

Dans l'hypothèse d'un refus d'accord préalable ou de prise en charge des frais de transport, la voie

de recours sera indiquée dans la notification de refus. Les modalités de ce recours dépendront des raisons du refus (procédure d'expertise en cas de refus fondé sur des raisons médicales ou commission de recours amiable pour des refus liés à des critères administratifs).