



CHU
Hôpitaux de
Bordeaux

PÔLE DES SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES - Pr Vincent DARROUZET, chef de pôle

**SERVICE DE CHIRURGIE PLASTIQUE,
RECONSTRUCTRICE ET ESTHÉTIQUE - BRÛLÉS -
CHIRURGIE DE LA MAIN Programme Transgender**

**Chirurgie plastique, reconstructrice
et esthétique**

Pr Vincent CASOLI
Dr Romain WEIGERT
Groupe hospitalier Pellegrin
Centre François-Xavier Michelet
Tél. 05 56 79 55 48

Psychiatrie

Dr Sophie BOULON
Pôle PUMA - CH Charles Perrens
Tél. 05 56 56 31 58
Dr Sabine AFFLELOU
31 rue de Cheverus 33000 Bordeaux
Tél. 05 56 51 72 99

Endocrinologie

Pr Patrick ROGER
Service d'endocrinologie, diabétologie
et maladies métaboliques
Groupe hospitalier Sud
Tél. 05 57 65 60 78
mfp.roger@sfr.fr

Dr Julie MORE

29 rue du Cdt Arould 33000 Bordeaux
Tél. 05 57 83 01 13

Urologie

Dr Grégoire CAPON
Service d'urologie
Groupe hospitalier Pellegrin
Tél. 05 56 79 55 47

Chirurgie maxillo-faciale

Dr Mathieu BONDAZ
Groupe hospitalier Pellegrin
Centre François-Xavier Michelet
RV Tél. 05 56 79 49 08

ORL - Phoniatrie

Dr Solange MILHE-DE-SAINT-VICTOR
Groupe hospitalier Pellegrin
PQR - Centre François-Xavier Michelet
Tél. 05 56 79 55 42
consultations.orl@chu-bordeaux.fr

Psychologie

Jean-Baptiste MOREAU
Service de chirurgie plastique - Brûlés - Main
Groupe hospitalier Pellegrin
Centre François-Xavier Michelet
Tél. 05 56 79 56 79 poste 72377
Les lundis, mercredis et jeudis matins

Aurélien REBOLLO

Pôle PUMA - CH Charles Perrens
Tél. 05 56 56 31 58

Avocat

Maitre Philippe ROGER
Droit de la Santé
353, Bd Président Wilson
33073 Bordeaux cedex - Tél. 05 56 00 62 70
accueil@kpsdb.fr

Cadres de santé

Marie-Pierre HADELER
Julie PAILLART
Service des brûlés et chirurgie plastique
Centre François-Xavier Michelet
Tél. 05 56 79 54 86

Prise de rendez-vous

Tél. 05 56 79 55 48
Soins externes chirurgicaux
Tél. 05 56 79 49 21
Secrétariat médical
Tél. 05 56 79 55 31 - Fax 05 56 79 61 63

Madame, Monsieur,

Afin que vous puissiez bénéficier d'une consultation en prévision d'une éventuelle intervention chirurgicale de réassignation génitale et/ou du genre au CHU de Bordeaux (Programme Transgender), il vous faut constituer un dossier à nous renvoyer par courrier postal **en un seul et unique envoi** :

Secrétariat Transgender

Chirurgie plastique – Brûlés - Chirurgie de la Main
Centre François Xavier Michelet
Place Amélie Raba-Léon
33076 BORDEAUX Cedex

- Fiche de renseignement Transgender ci-jointe ;
- Copie de justificatif d'identité : carte nationale d'identité ou passeport ;
- Document officiel de l'état pouvant prouver qu'il y a eu changement d'état-civil ou de prénom sinon le nom et le prénom du justificatif d'identité seront utilisés pour votre dossier ;
- Déclaration de choix de médecin traitant complétée par ce dernier et la preuve de dépôt à votre caisse d'assurance maladie (document joint) ;
- Certificat du ou des psychiatre(s) impérativement établi(s) selon le modèle ci-joint (certificat psychiatrique) ;
- Certificat du ou des endocrinologue(s) impérativement établi(s) selon le modèle ci-joint (certificat endocrinologique) ;
- Photocopies des ordonnances pour les hormones et les résultats du dernier bilan biologique complet ;
- Photocopies des courriers de votre psychiatre à vos autres médecins ;
- Une ou plusieurs lettres de votre entourage proche (famille, amis, etc.) indiquant connaître votre demande de réassignation ;

Votre dossier sera étudié dans le mois qui suit sa réception. Tout dossier incomplet vous sera retourné. Il est inutile de contacter le secrétariat pour connaître l'avancement de votre dossier. Nous vous contacterons pour vous proposer un rendez-vous lorsque le dossier sera complet.

Si vous souhaitez bénéficier d'une prise en charge de votre transport aller-retour entre votre domicile et le centre Michelet, nous vous invitons à vous mettre en relation avec votre caisse d'assurance maladie pour en connaître les modalités et le cas échéant à contacter votre médecin traitant pour l'établissement d'une prescription de transport. En effet, au regard de la loi (voir documents joints), seule une distance supérieure à 150 km permet de bénéficier d'une prise en charge. En aucun cas le chirurgien n'établira de prescription médicale de transport pour une consultation en dehors de cette condition.

Dr Romain WEIGERT, Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique

Trésorier de la Société Française d'Etude et de prise en Charge de la Transidentité (SoFECT)

Enseignant au Diplôme Interuniversitaire de Transsexualisme

Membre permanent de la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire Transgender du CHU de Bordeaux

Pour tout renseignement, merci d'écrire un mail à programme.transgender@chu-bordeaux.fr

GROUPE HOSPITALIER PELLEGRIN - Centre François-Xavier Michelet
Place Amélie Raba-Léon 33076 Bordeaux cedex - Tél. 05 56 79 56 79
www.chu-bordeaux.fr

FICHE DE RENSEIGNEMENT TRANSGENDER

Nom (tel qu'inscrit sur la pièce d'identité) :

Prénom (tel qu'inscrit sur la pièce d'identité) :

Nouveau prénom :

Genre de naissance :

Date de naissance :

Adresse actuelle (*attention ceci est l'adresse que nous utiliserons pour vous renvoyer votre dossier si celui-ci est incomplet*) :

Numéro de téléphone portable :

Adresse mail (*attention ceci est l'adresse que nous utiliserons pour vous contacter*) :

Poids :

Taille :

Personne à contacter en cas d'urgence et son numéro de téléphone portable :

Intervention(s) chirurgicale(s) souhaitée(s) :

Homme vers femme

- Vaginoplastie
- Vaginoplastie sans cavité vaginale
- Augmentation mammaire
- Réduction de la pomme d'Adam
- Chirurgie de la voix
- Féminisation faciale
- Chirurgies de correction :
 - Vaginoplastie secondaire
 - Correction des cicatrices génitales
 - Reconstruction de la vulve
 - Labioplastie
 - Correction du clitoris

Femme vers homme

- Masculinisation du torse ou Mastectomie
- Métaiodioplastie
- Phalloplastie
- Insertion d'implant(s) testiculaire(s)
- Insertion de l'implant pénien
- Chirurgies masculinisantes du visage et du corps
- Chirurgies de correction :
 - Correction des cicatrices torse
 - Correction des mamelons
 - Phalloplastie secondaire
 - Correction du phallus

Attention cette fiche de renseignement ne remplace pas une consultation

FICHE DE RENSEIGNEMENT TRANSGENDER

Avez-vous ?

Diabète ? (si oui, précisez)

Problèmes thyroïdiens ? (si oui, précisez)

Problèmes cardiaques ? (si oui, précisez)

Problèmes pulmonaires ? (asthme ou difficultés respiratoires) (si oui, précisez)

Hypertension artérielle ? (si oui, précisez)

Problèmes rénaux ou hépatiques ? (si oui, précisez)

Problèmes de coagulation sanguine ? (si oui, précisez)

Hépatite B ? Hépatite C ? VIH ?

Prenez-vous de l'aspirine ou du Plavix ?

Avez-vous déjà eu une intervention chirurgicale ? (si oui, précisez)

Quels médicaments prenez-vous tous les jours ?

Avez-vous des allergies ? (si oui, précisez)

Est-ce que vous fumez ?

Quelle quantité de tabac fumez-vous ?

Avez-vous d'autres problèmes médicaux ? (si oui, précisez)

DÉCLARATION DE CHOIX DU MÉDECIN TRAITANT

(art. L. 162-5-3 du Code de la sécurité sociale)

IMPORTANT { inscrire les nom, prénom et adresse en majuscules
inscrire les chiffres lisiblement (un chiffre par case)

identification de l'assuré(e) et du bénéficiaire

l'assuré(e)

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

prénom

n° d'immatriculation

le bénéficiaire

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

prénom

date de naissance

adresse de l'assuré(e)

identification de la structure d'exercice et du médecin traitant

raison sociale et adresse du cabinet, de l'établissement (*)

nom et prénom du médecin traitant

nom

prénom

n° de la structure (AM, FINESS, ou SIRET)

identifiant

(*) centre de santé, établissement ou service médico-social

déclaration conjointe du bénéficiaire et du médecin traitant

le bénéficiaire et le médecin traitant s'engagent conjointement à respecter les dispositions de l'article L. 162-5-3 du Code de la sécurité sociale

bénéficiaire

(et parent ou titulaire de l'autorité parentale pour les mineurs de +16 ans)

Je soussigné(e), M., Mme, Mlle

déclare choisir le médecin identifié ci-dessus, comme médecin traitant

signature(s)

médecin traitant

Je soussigné(e), Docteur

déclare être le médecin traitant du bénéficiaire cité ci-dessus

signature

déclaration signée le

Merci d'envoyer la déclaration complétée et signée à votre caisse d'assurance maladie.

S 3704a

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.

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1, 441-1 et

Quelques conseils pour remplir votre "Déclaration de choix du Médecin Traitant"

Le médecin traitant déclaré c'est le médecin qui vous connaît le mieux et auquel vous vous adressez en priorité en cas de problème de santé. Son rôle est essentiel aussi pour vous aider à vous orienter vers d'autres professionnels en cas de nécessité.

Pour permettre la bonne coordination de vos soins il est prévu, dans la loi réformant l'assurance maladie¹, que chaque assuré ou bénéficiaire de 16 ans et plus indique à sa caisse d'assurance maladie le nom du médecin qu'il souhaite choisir et déclarer comme médecin traitant. Ce choix doit être fait en accord avec ce médecin.

Les enfants de moins de 16 ans ne sont pas concernés par cette démarche. Vous n'avez donc pas de formulaire à remplir pour eux.

Le médecin traitant que vous allez choisir peut être un médecin généraliste ou, éventuellement, un spécialiste en ville. Il peut aussi exercer à l'hôpital ou dans un centre de santé.

En cas de changement de médecin traitant, il vous suffira de faire une nouvelle "Déclaration de choix du Médecin Traitant".

Comment faire connaître votre choix à votre caisse d'assurance maladie ?

A l'occasion d'une consultation, remplissez avec le médecin de votre choix ce formulaire.

Dans la rubrique "*identification de l'assuré(e) et du bénéficiaire*" :

- si vous êtes l'assuré(e), écrivez, dans la zone "*l'assuré(e)*", vos nom, prénom et numéro d'immatriculation et dans la zone "*le bénéficiaire*", votre date de naissance,
- si vous n'êtes pas l'assuré(e) - conjoint, enfant âgé de 16 ans ou plus ou autre personne à charge - écrivez, dans la zone "*l'assuré(e)*", les nom, prénom et numéro d'immatriculation de la personne à laquelle vous êtes rattaché(e) et inscrivez, dans la zone "*le bénéficiaire*", vos nom, prénom et date de naissance,
- indiquez l'adresse de l'assuré(e) dans la zone prévue à cet effet.

Dans la rubrique "*identification du médecin traitant*", **le médecin** appose son cachet ou écrit lisiblement ses nom, prénom et adresse et **indique son numéro d'identification professionnel** dans la grille prévue à cet effet.

Ensuite, vous complétez ensemble la rubrique "*déclaration conjointe*" en écrivant votre nom et celui du médecin choisi.

N'oubliez pas de **signer tous les deux** cette déclaration. Dans le cas où le bénéficiaire est mineur (16 à 18 ans), il est nécessaire que l'un des deux parents signe également cette déclaration.

Votre déclaration de choix du médecin traitant est terminée.

Après avoir vérifié que toutes les rubriques sont bien remplies, il ne vous reste plus qu'à l'adresser par courrier à votre caisse d'assurance maladie.

(1) Loi n°2004-810 du 13 août 2004

"Art L.162-5-3 – Afin de favoriser la coordination des soins, tout assuré ou ayant droit âgé de seize ans et plus indique à son organisme gestionnaire de régime de base d'assurance maladie le nom du médecin traitant qu'il a choisi, avec l'accord de celui-ci. Le choix du médecin traitant suppose, pour les ayants droit mineurs, l'accord de l'un au moins des deux parents ou du titulaire de l'autorité parentale. Le médecin traitant choisi peut être un généraliste ou un spécialiste. Il peut être un médecin hospitalier..."

CERTIFICAT PSYCHIATRIQUE

Cher confrère,

Afin de pouvoir prendre en charge votre patient(e), nous vous prions de bien vouloir établir un certificat psychiatrique impérativement sur votre papier à en-tête professionnel et en indiquant scrupuleusement tous les éléments indiqués selon le modèle ci-dessous. En l'absence de ce document, nous ne pourrions pas donner suite à la demande de votre patient(e).

Je, soussigné, Dr/Pr [*Indiquez vos nom et prénom*], psychiatre inscrit(e) à l'ordre des médecins de [*Indiquez votre département*] sous le numéro [*Indiquez le numéro d'inscription à l'ordre*] et détenteur/détentrice du N° RPPS (Répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé) [*indiquez votre numéro RPPS*], certifie (*rayez la mention inutile*):

- ☐ Évaluer et suivre régulièrement (au minimum 1 fois par trimestre) depuis le [*Indiquez la date de début de suivi*]
- ☐ Avoir évalué et suivi régulièrement (au minimum 1 fois par trimestre) du [*Indiquez la date de début de suivi*] au [*indiquez la date de fin de suivi*]

Pour une **dysphorie de genre persistante** telle que mentionnée dans le DSM-5, cinquième édition du DSM (de l'anglais Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ou Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'Association Américaine de Psychiatrie (APA) et dans la CIM-10 (10^{ème} version de la Classification internationale des maladies, Monsieur / Madame [*Indiquez le genre de naissance*] Prénom [*Indiquez le prénom de naissance tel que figurant à l'état-civil*] Nom [*Indiquez le nom tel que figurant à l'état-civil*], né(e) le [*date de naissance*] ayant pour numéro de sécurité sociale [*Indiquez le numéro de sécurité sociale*].

Par ailleurs je certifie que Monsieur / Madame [*Indiquez le genre de naissance*] Prénom [*Indiquez le prénom de naissance tel que figurant à l'état-civil*] Nom [*Indiquez le nom tel que figurant à l'état-civil*] est en capacité de décider et de donner un consentement éclairé au traitement de réassignation hormono-chirurgicale et le cas échéant, si des problèmes mentaux ou médicaux sont présents, ils sont raisonnablement contrôlés.

[*Date, signature et tampon*]

Attention, ce document est un modèle, le certificat doit être établi sur un papier à en-tête du médecin

CERTIFICAT ENDOCRINOLOGIQUE

Cher confrère,

Afin de pouvoir prendre en charge votre patient(e), nous vous prions de bien vouloir établir un certificat endocrinologique impérativement sur votre papier à en-tête professionnel et en indiquant scrupuleusement tous les éléments indiqués selon le modèle ci-dessous. En l'absence de ce document, nous ne pourrions pas donner suite à la demande de votre patient(e).

Je, soussigné, Dr/Pr [*Indiquez vos nom et prénom*], endocrinologue inscrit(e) à l'ordre des médecins de [*Indiquez votre département*] sous le numéro [*Indiquez le numéro d'inscription à l'ordre*] et détenteur/détentrice du N° RPPS (Répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé) [*indiquez votre numéro RPPS*], certifie (*rayez la mention inutile*) :

- ☐ Suivre régulièrement (au minimum 1 fois par semestre) depuis le [*Indiquez la date de début de suivi*]
- ☐ Avoir suivi régulièrement (au minimum 1 fois par semestre) du [*Indiquez la date de début de suivi*] au [*indiquez la date de fin de suivi*]
- ☐ Avoir prescrit une hormonothérapie féminisante / masculinisante le [*Indiquez la date*]

Pour une **dysphorie de genre persistante** telle que diagnostiquée par le/les Dr/Pr [*Indiquez le/les nom(s) et prénom(s) du ou des psychiatre(s) du/de la patient(e)*], à Monsieur / Madame [*Indiquez le genre de naissance*] Prénom [*Indiquez le prénom de naissance tel que figurant à l'état-civil*] Nom [*Indiquez le nom tel que figurant à l'état-civil*], né(e) le [*date de naissance*] ayant pour numéro de sécurité sociale [*Indiquez le numéro de sécurité sociale*].

Par ailleurs je certifie que Monsieur / Madame [*Indiquez le genre de naissance*] Prénom [*Indiquez le prénom de naissance tel que figurant à l'état-civil*] Nom [*Indiquez le nom tel que figurant à l'état-civil*] est en capacité de décider et de donner un consentement éclairé au traitement de réassignation hormono-chirurgicale et le cas échéant, si des problèmes mentaux ou médicaux sont présents, ils sont raisonnablement contrôlés.

[*Date, signature et tampon*]

En poursuivant votre navigation sur ce site, vous acceptez l'utilisation de cookies pour améliorer la performance de ce site, et vous proposer des services adaptés à vos centres d'intérêts.

Fermer

Pour en savoir plus et ...

Frais de transport : modalités de prise en charge et remboursements

09 mai 2017

Vous avez besoin d'un transport pour rentrer chez vous après une opération, ou pour des soins loin de votre domicile ? L'Assurance Maladie peut prendre en charge vos frais de transport si votre état de santé le justifie et sous certaines conditions.

LES SITUATIONS DE PRISE EN CHARGE DE VOS FRAIS DE TRANSPORT

Les frais de transport sont remboursés par l'Assurance Maladie, sur prescription médicale, pour des **soins ou examens** appropriés à votre état de santé dans les cas suivants :

transports liés à une hospitalisation (entrée et/ou sortie de l'hôpital), quelle que soit la durée de l'hospitalisation (complète, partielle, ou ambulatoire) ;

transports liés aux traitements ou examens pour les patients reconnus atteints d'une affection de longue durée et présentant une des incapacités ou déficiences définies par le référentiel de prescription des transports* ;

transports liés aux traitements ou examens en rapport avec un accident du travail ou une maladie professionnelle ;

transports en ambulance, lorsque l'état du patient nécessite d'être allongé ou sous surveillance ;

transports de longue distance (plus de 150 km aller) ;

transports en série (au moins 4 transports de plus de 50 km aller, sur une période de deux mois, au titre d'un même traitement) ;

transports liés aux soins ou traitements des enfants et adolescents dans les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP).

À noter : la prise en charge de certains transports, même prescrits par un médecin, nécessite l'**accord préalable** du service médical de l'Assurance Maladie : c'est le cas des transports de longue distance, des transports en série, des transports en avion ou bateau de ligne, et des transports liés aux soins ou traitements des enfants et adolescents dans les centres d'action

médico-sociale précoce (CAMSP) et les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP).

Les frais de transport peuvent également être pris en charge :

Pour se rendre à une **convocation** du service médical de l'Assurance Maladie, de la commission régionale d'invalidité, d'un médecin expert (pour une expertise médicale de la Sécurité sociale) ou pour un rendez-vous chez un fournisseur d'appareillage agréé pour la fourniture d'appareils (prothèses oculaires et faciales, podo- orthèses , orthoprothèses). Dans ces situations, la convocation tient lieu de prescription médicale et le mode de transport y est indiqué.

Pour **accompagner** un enfant de moins de 16 ans ou une personne dont l'état nécessite l'assistance d'un tiers. Dans cette situation, le médecin doit préciser la nécessité d'une personne accompagnante sur la prescription médicale.

En dehors de ces situations, les transports ne sont pas du tout pris en charge par l'Assurance Maladie, même s'ils sont prescrits par un médecin.

* Cette disposition, fixée par le décret du 10 mars 2011 (PDF, 95.91 Ko), modifie les conditions de prise en charge des frais de transport pour les malades reconnus atteints d'une affection de longue durée. Elle s'applique à compter du 1er juin 2011.

Elle prévoit que la prescription médicale d'un transport au titre d'une affection de longue durée (ALD), et donc en dehors des autres situations pouvant ouvrir droit à la prise en charge du transport (hospitalisation, transport en série, convocation médicale...), répond à des conditions de prise en charge spécifiques, le patient atteint d'une ALD devant remplir les trois conditions cumulatives suivantes :

1. Il doit être reconnu atteint d'une ALD.
2. Le transport réalisé doit être en lien avec l'ALD.
3. Il doit présenter une des incapacités ou déficiences définies par le référentiel de prescription des transports (PDF, 55.93 Ko) fixé par l'arrêté du 23 décembre 2006.

Lorsque le patient répond à ces conditions mais utilise un mode de transport moins onéreux (transport en véhicule personnel, transport en commun), ses frais de transport peuvent être pris en charge.

LA PRESCRIPTION MÉDICALE DE TRANSPORT

C'est votre médecin qui, s'il estime que votre situation le justifie, prescrit le mode de transport le mieux adapté à votre état de santé et à votre niveau d'autonomie, dans le respect du référentiel de prescription des transports fixé par l'arrêté du 23 décembre 2006 : moyen de transport

À noter :

La prescription médicale doit être établie avant le transport, sauf en cas d'urgence médicale (appel du centre 15) : dans ce cas, la prescription peut être remplie a posteriori par un médecin de la structure de soins dans laquelle vous avez été admis.

Lorsque la personne transportée a besoin d'être accompagnée ou qu'il s'agit d'un enfant de moins de 16 ans, les frais de transport de la personne accompagnante peuvent également être pris en charge par l'Assurance Maladie. Dans cette situation, le médecin doit le préciser sur la prescription médicale.

L'ACCORD PRÉALABLE DE L'ASSURANCE MALADIE

La prise en charge de certains transports nécessite d'obtenir l'accord préalable du service médical de l'Assurance Maladie :

- les transports de longue distance (plus de 150 km aller) ;
- les transports en série (au moins 4 transports de plus de 50 km aller, sur une période de deux mois, au titre d'un même traitement) ;
- les transports en avion ou bateau de ligne régulière ;
- les transports liés aux soins ou traitements des enfants et adolescents dans les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP).

En pratique :

1. Votre médecin complète le formulaire « Demande d'accord préalable / Prescription médicale de transport » et vous le remet.
2. Adressez les volets 1 et 2 au service médical de votre caisse d'assurance maladie, à l'attention de « M. le médecin-conseil ».

L'absence de réponse dans les 15 jours suivant l'envoi de votre demande vaut accord : vous pouvez considérer que votre demande de prise en charge est acceptée par votre caisse d'assurance maladie.

À noter que ce délai ne s'applique pas en cas d'urgence attestée par le médecin.

En cas de refus, et uniquement dans ce cas, votre caisse d'assurance maladie vous adressera un courrier de notification, avec indication des voies de recours.

individuel, transport en commun, transport assis professionnalisé (taxi conventionné ou VSL) ou ambulance.

Cas particulier : la prescription médicale d'un transport au titre d'une affection de longue durée (ALD)

La prescription médicale d'un transport au titre d'une ALD, et donc en dehors des autres situations pouvant ouvrir droit à la prise en charge du transport (hospitalisation, transport en série, convocation médicale...) répond à des conditions de prise en charge spécifiques.

Pour la prise en charge de ses frais de transport, le patient atteint d'une ALD doit remplir les trois conditions cumulatives suivantes :

1. Il doit être reconnu atteint d'une ALD.
2. Le transport réalisé doit être en lien avec l'ALD.
3. Il doit présenter une des incapacités ou déficiences définies par le référentiel de prescription des transports (PDF, 55.93 Ko) fixé par l'arrêté du 23 décembre 2006.

Attention : si vous êtes atteint d'une ALD, et que vous présentez par ailleurs une incapacité ou une déficience (définies par le référentiel de prescription des transports), vous pouvez bénéficier de la prise en charge d'un moyen de transport individuel ou des transports en commun lorsque vous vous rendez à une consultation pour traitements ou examens en lien avec votre ALD. Cependant, la prise en charge de ce transport ne sera autorisée que si vous êtes accompagné par un tiers.

Cette nouvelle disposition, fixée par le décret du 10 mars 2011 (PDF, 95.91 Ko) s'applique depuis le 1^{er} juin 2011.

En pratique :

Le médecin complète le formulaire « Prescription médicale de transport » et vous le remet. Vous devez, en principe, respecter le mode de transport qu'il a prescrit. Toutefois, si vous avez recours à un autre mode de transport moins onéreux, celui-ci pourra être pris en charge. Par exemple, si votre médecin vous a prescrit un transport assis professionnalisé (VSL ou taxi) mais que vous vous faites accompagner en voiture par un proche, vous pourrez bénéficier d'une prise en charge de vos frais de transport en véhicule personnel.

Transport en commun

Transport en taxi conventionné, en VSL ou en ambulance

LA FRANCHISE MÉDICALE SUR LES TRANSPORTS

Le montant de la franchise médicale est de 2 euros par transport (1 aller/retour = 2 franchises = 4 euros).

Quels sont les transports concernés ?

La franchise médicale concerne les transports en taxi conventionné, en véhicule sanitaire léger (VSL) et en ambulance.

Elle ne concerne ni les transports en véhicule personnel, ni les transports en commun, ni les transports d'urgence (appel du SAMU centre 15).

Existe-t-il un plafond journalier ?

Oui, le plafond journalier est fixé à 4 euros par jour et par transporteur pour un même patient.

Je dois effectuer un aller-retour en transport sanitaire. Les 2 trajets sont-ils soumis à une franchise médicale ?

Oui, l'aller-retour correspond à 2 franchises médicales de 2 euros (une franchise par trajet) soit 4 euros au total.

Que se passe-t-il si le retour n'est pas effectué par la même compagnie de transport qu'à l'aller ?

La franchise médicale de 2 euros s'applique pour chaque trajet, que le transporteur change ou non.

Documents utiles

LES DIFFÉRENTS MODES DE TRANSPORT

C'est votre médecin qui, s'il estime que votre situation le justifie, prescrit le mode de transport le mieux adapté à votre état de santé et à votre niveau d'autonomie, dans le respect du référentiel de prescription des transports.

À noter :

Vous devez, en principe, respecter le mode de transport prescrit par votre médecin. Toutefois, si vous avez recours à un autre mode de transport moins onéreux, celui-ci pourra être pris en charge. Par exemple, si votre médecin vous a prescrit un transport assis professionnalisé mais que vous vous faites accompagner en voiture par un proche, vous pourrez bénéficier d'une prise en charge de vos frais de transport en véhicule personnel.

Transport individuel ou transport en commun

Transport assis professionnalisé

Transport en ambulance

PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE TRANSPORT

Les frais de transport pris en charge par l'Assurance Maladie sont, en règle générale, remboursés à 65 % suivant des modalités variables selon le mode de transport.

Le remboursement s'effectue sur présentation de la prescription médicale - et éventuellement après accord préalable de l'Assurance Maladie - et du justificatif de paiement.

Attention : la prescription médicale d'un moyen de transport individuel ou d'un transport en commun au titre d'une affection de longue durée n'est pas prise en charge par l'Assurance Maladie lorsque l'assuré ne présente ni déficiences ni incapacités au sens du référentiel de prescription (décret n° 2011-258 du 10 mars 2011 (PDF, 95.91 Ko)).

Moyen de transport individuel

Lire aussi

La franchise médicale

Services en ligne

ANNUAIRE SANTÉ

L'annuaire des professionnels de santé et des établissements de soins pour trouver les adresses, les horaires de consultation, les actes pratiqués et les tarifs moyens.

ACCÉDER

MON COMPTE AMELI

Consultez les paiements de votre caisse d'Assurance Maladie sur les 6 derniers mois : remboursements de soins, paiements d'indemnités journalières suite à un arrêt de travail...

ACCÉDER

Cet article vous a-t-il été utile ?

OUI

NON

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

SÉCURITÉ SOCIALE, PERSONNES ÂGÉES, PERSONNES HANDICAPÉES ET FAMILLE

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

NOR : SANS0624760A

Le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille,
Vu le code de la santé publique ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment son article R. 322-10-1 ;

Vu l'avis du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 24 mai 2006 ;

Vu la saisine de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles en date du 18 mai 2006,

Arrête :

Art. 1^{er}. – Un transport par ambulance peut être prescrit lorsque l'assuré ou l'ayant droit présente au moins une déficience ou des incapacités nécessitant un transport en position obligatoirement allongée ou demi-assise, un transport avec surveillance par une personne qualifiée ou nécessitant l'administration d'oxygène, un transport avec brancardage ou portage ou un transport devant être réalisé dans des conditions d'asepsie.

Art. 2. – Un transport assis professionnalisé mentionné au 2^o de l'article R. 322-10-1 peut être prescrit pour l'assuré ou l'ayant droit qui présente au moins une déficience ou incapacité suivante :

- déficience ou incapacité physique invalidante nécessitant une aide au déplacement technique ou humaine mais ne nécessitant ni brancardage ni portage ;
- déficience ou incapacité intellectuelle ou psychique nécessitant l'aide d'une tierce personne pour la transmission des informations nécessaires à l'équipe soignante en l'absence d'un accompagnant ;
- déficience nécessitant le respect rigoureux des règles d'hygiène ;
- déficience nécessitant la prévention du risque infectieux par la désinfection rigoureuse du véhicule.

Un transport assis professionnalisé peut également être prescrit pour l'assuré ou l'ayant droit soumis à un traitement ou ayant une affection pouvant occasionner des risques d'effets secondaires pendant le transport.

Art. 3. – Lorsqu'un transport mentionné à l'article 1^{er} ou à l'article 2 ne peut être prescrit, seul peut être prescrit un moyen de transport mentionné au 3^o de l'article R. 322-10-1.

Art. 4. – Le directeur de la sécurité sociale au ministère de la santé et des solidarités est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 23 décembre 2006.

PHILIPPE BAS