

Prise en charge des frais de transport par l'assurance maladie

Les situations de prise en charge

Les frais de transport sont pris en charge par l'Assurance Maladie, sur prescription médicale, dans les situations suivantes :

- ✚ 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 (1).
- ✚ 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*).

À noter

La prise en charge de certains transports nécessite aussi l'accord préalable du service médical de l'Assurance Maladie : c'est le cas des transports de longue distance, des transports en série et des transports en avion ou bateau de ligne.

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, podos-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, vous devez 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.

(1) Cette disposition, fixée par le décret du 10 mars 2011 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 1^{er} 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 :

- ✚ il doit être reconnu atteint d'une ALD,
- ✚ le transport réalisé doit être en lien avec l'ALD,
- ✚ il doit présenter une des incapacités ou déficiences définies par le référentiel de prescription des transports fixé par l'arrêté du 23 décembre 2006 (disponible ci-dessous en téléchargement).

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.

Les modes de transport

C'est au médecin qu'il appartient de prescrire le mode de transport le mieux adapté à l'état de santé et au niveau d'autonomie du patient dans le respect du référentiel de prescription des transports :

Moyen de transport individuel ou transport en commun

Le médecin prescrit un moyen de transport individuel (*véhicule personnel*) ou un transport en commun (*ex : bus, métro, train, etc.*) lorsque le patient peut se déplacer par ses propres moyens, sans assistance particulière, seul ou en étant accompagné par une personne de son entourage.

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*).

Transport assis professionnalisé

Le médecin prescrit un transport assis professionnalisé : taxi conventionné ou véhicule sanitaire léger (VSL), lorsque l'état du patient nécessite :

- ✚ une aide technique pour se déplacer,
- ✚ ou l'aide d'une tierce personne pour se déplacer ou pour les formalités administratives,
- ✚ ou le respect des règles d'hygiène,
- ✚ ou présente des risques d'effets secondaires pendant le transport.

À noter : lorsque vous lui prescrivez un transport assis professionnalisé, c'est au patient de choisir d'utiliser soit un taxi conventionné, soit un véhicule sanitaire léger (VSL).

À noter également qu'il peut repérer le logo bleu « Taxi conventionné - Organismes d'assurance maladie » qui figure sur la vitre arrière droite du taxi conventionné :

Attention : si le patient utilise un taxi non conventionné, le coût de son déplacement ne sera pas du tout remboursé par l'Assurance Maladie et restera intégralement à sa charge.

Transport en ambulance

Le médecin prescrit un transport en ambulance lorsque l'état du patient nécessite :

- ✚ un brancardage ou un portage,
- ✚ ou un transport en position allongée ou semi-assise,
- ✚ ou une surveillance par une personne qualifiée ou l'administration d'oxygène,
- ✚ ou un transport dans des conditions d'aseptie.

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, le patient atteint d'une ALD devant remplir les trois conditions cumulatives suivantes :

- ✚ il doit être reconnu atteint d'une ALD,

- ✚ le transport réalisé doit être en lien avec l'ALD,
- ✚ il doit présenter une des incapacités ou déficiences définies par le référentiel de prescription des transports fixé par l'arrêté du 23 décembre 2006.

Cette nouvelle disposition, fixée par le décret du 10 mars 2011, s'applique à compter du 1^{er} juin 2011.

La prescription médicale doit être établie avant le transport, sauf :

- ✚ en cas d'urgence médicale (*en cas d'appel du centre 15, la prescription peut être remplie à posteriori par un médecin de la structure de soins dans laquelle le patient a été transporté*) ;
- ✚ si le patient est convoqué par un établissement de santé (*la convocation tient lieu de prescription médicale et le mode de transport y est indiqué*). Il en est de même lorsque le transport est lié 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*).

La demande d'accord préalable

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.

Le remboursement

Les frais de transport pris en charge par l'Assurance Maladie sont, en règle générale, remboursés à 65 %. Le remboursement s'effectue sur présentation de la prescription médicale - et éventuellement après accord préalable de l'Assurance Maladie - et du justificatif des dépenses. Dans certains cas, les frais de transports sont pris en charge à 100 %.

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*).

Les cas de prise en charge à 100 %

Les frais de transport sont pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie dans les cas suivants :

- ✚ transports liés aux traitements ou examens pour les patients reconnus atteints d'une affection de longue durée exonérante 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 liés aux investigations nécessaires au diagnostic de la stérilité et son traitement ;
- ✚ transports des femmes enceintes à partir du sixième mois de grossesse et jusqu'à 12 jours après la date d'accouchement ;
- ✚ transports liés à l'hospitalisation d'un nouveau-né de moins de 30 jours ;
- ✚ transports d'urgence en cas d'hospitalisation au cours de laquelle est effectué un acte coûteux ;
- ✚ transports entre 2 établissements, ou entre l'établissement et le domicile en cas d'hospitalisation à domicile, lorsqu'intervient une seconde hospitalisation consécutive et en lien direct avec une première hospitalisation au cours de laquelle a été effectué un acte coûteux ;
- ✚ transports lorsque l'état du patient hospitalisé dans un établissement de soins nécessite son transfert vers un autre établissement en vue d'un traitement mieux adapté à son état ;
- ✚ transports des personnes relevant du régime d'Alsace-Moselle ;
- ✚ transports des personnes 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 % ;
- ✚ transports des personnes bénéficiaires de la CMU complémentaire, de l'aide médicale de l'État ou des soins urgents.

La franchise médicale sur les transports

Une franchise médicale s'applique aux transports en taxi conventionné, en VSL, en ambulance.

Son montant est de 2 euros par trajet (*1 aller/retour = 2 franchises = 4 euros*), avec un plafond journalier fixé à 4 euros par jour et par transporteur pour un même patient, et un plafond annuel fixé à 50 euros (*toutes franchises médicales confondues*).

À noter que la franchise médicale ne s'applique ni aux transports en véhicule personnel, ni aux transports en commun, ni aux transports d'urgence (*appel du SAMU centre 15*).

Toutes les personnes sont concernées par la franchise médicale, sauf :

- ✚ les enfants et les jeunes de moins de 18 ans ;
- ✚ les femmes prises en charge dans le cadre de l'assurance maternité (*les examens obligatoires et la période d'exonération du 1er jour du sixième mois de grossesse au 12e jour après l'accouchement*) ;
- ✚ les personnes bénéficiaires de la CMU complémentaire, de l'aide médicale de l'État ou des soins urgents.

En pratique :

si le patient règle ses frais de transport, la franchise médicale sera déduite directement du montant remboursé ; en cas de tiers-payant, si le patient bénéficie de la dispense d'avance des frais, la franchise médicale sera déduite ultérieurement lors d'un prochain remboursement quel qu'il soit (*consultation médicale, soin, examen...*) pour lui-même ou l'un de ses ayants droit, ou d'un prochain versement de prestations en espèces quel qu'il soit (*indemnités journalières, pension d'invalidité, rente AT/MP, capital décès...*).