

TRANSPORT SOLIDARITÉ SANTÉ

Permettre l'accès
aux soins pour tous

CONSULTATION

SOINS

PRÉVENTION

SANTÉ



TRANSPORT SOLIDARITÉ SANTÉ

Présentation du dispositif

Les transports ne sont pas systématiquement remboursables par l'Assurance Maladie, même pour les patients en Affection Longue Durée. La prescription par votre médecin répond à des conditions médicales strictes.

Le dispositif Transport Solidarité Santé a pour but de permettre aux loir-et-chériens dans l'impossibilité de se déplacer de recourir à un taxi pour se rendre à des consultations, des soins, des dépiages...

● ● Pour en bénéficier, vous devez :

1. Être assuré à l'un des 3 grands régimes d'Assurance Maladie (CPAM, MSA ou Sécurité Sociale des Indépendants).
2. Être en situation d'isolement géographique, économique et social.
3. Résider à votre domicile (hors établissement).
4. Être bénéficiaire du Revenu de Solidarité Active (RSA), de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMUC), ou de l'Aide au paiement d'une Complémentaire Santé (ACS), ou disposer de ressources modestes inférieures au barème CNAV*.

● ● Mode d'emploi pour faire valoir cette aide

Complétez et envoyez le bon de prise en charge ci-contre à votre Caisse d'Assurance Maladie, accompagné de votre dernier avis d'imposition dès lors que vous prenez votre rendez-vous médical.

Une fois votre demande étudiée, votre Caisse vous retournera la décision de prise en charge mentionnant l'accord ou le refus.

En cas d'avis favorable, vous pourrez ensuite le présenter **au taxi conventionné** de Loir-et-Cher de votre choix pour effectuer votre transport.

Pour toute information complémentaire, contactez votre Caisse d'Assurance Maladie.

*Barème disponible sur le site <https://www.ameli.fr/loir-et-cher/assure/remboursements/rembourse/transport/>

BON DE PRISE EN CHARGE TRANSPORT SOLIDARITÉ SANTÉ

Identification du demandeur

● Nom : _____

Prénom : _____

Numéro de Sécurité Sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Téléphone : _____

Adresse : _____

● Nom du professionnel de santé à consulter : _____

Catégorie ou spécialité : _____

Adresse du praticien : _____

● Nombre de transport(s) envisagé(s) : _____ transport(s) aller/retour

● Cette demande de prise en charge vous a été remise par :

Votre médecin La mairie Le service social

Autre : _____

Merci de joindre à ce formulaire une photocopie de votre dernier relevé d'imposition ou de non-imposition.

À _____, le _____

Signature

Cadre réservé à la Caisse d'Assurance Maladie

Avis de la Caisse d'Assurance Maladie :

- Accord de prise en charge pour ____ transports aller/retour du _____ au _____
- Refus de prise en charge (Décision non contestable)

Date de l'accord* : _____

Cachet :

* N.B. : En cas d'accord, la prise en charge a une validité de 6 mois.

Cadre réservé au transporteur

Date du transport : _____

Identification du transporteur : _____

Nombre de kilomètres facturés : _____

Montant total du transport en euros : _____

Signature et cachet du transporteur :

Formulaire à retourner à la Caisse d'Assurance Maladie