

TRANSPORT SOLIDARITÉ SANTÉ

Permettre l'accès
aux soins pour tous

CONSULTATION

SOINS

PRÉVENTION

SANTÉ



TRANSPORT SOLIDARITÉ SANTÉ

Présentation du projet

Les transports sanitaires (taxis...) 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 nouveau dispositif Transport Solidarité Santé a pour but de permettre aux loir-et-chériens vivant dans une zone non desservie par les transports en commun et dans l'impossibilité de se déplacer de recourir à un taxi pour se rendre à des consultations, des soins, des dépistages...

Dans la limite de 3 prises en charge sur une période de 12 mois et chez le professionnel de santé le plus proche de votre domicile.

● ● *Pour en bénéficier, vous devez :*

1. Être assuré à l'un des 3 grands régimes d'Assurance Maladie (CPAM, MSA, RSI).
2. Être en situation d'isolement géographique, économique et social.
3. Résider à votre domicile (hors établissement).
4. Disposer de ressources modestes inférieures aux barèmes en vigueur de l'ACS, ou être bénéficiaire soit de la CMUC, de l'ACS ou du RSA.

● ● *Mode d'emploi pour faire valoir votre droit au transport*

Pour bénéficier du Transport Solidarité Santé, complétez et envoyez le bon de prise en charge ci-contre à votre Caisse d'Assurance Maladie, accompagné de votre dernier avis d'imposition et ce, 15 jours avant 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.

Cadre réservé à la Caisse d'Assurance Maladie

Avis de la Caisse d'Assurance Maladie :

- Accord de prise en charge Refus de prise en charge
(Décision non contestable)

La prise en charge est limitée au nombre de kilomètres entre le domicile de l'assuré et le professionnel ou établissement de santé.

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