

Démarche : CPAM 24 - DEMANDE ACCORD PREALABLE TRANSPORT

Organisme : GSV - Gestion Soins de Ville

Identité du demandeur

Email	
Civilité	
Nom	
Prénom	

Formulaire

Formulaire de demande d'accord préalable à la prise en charge des transports.

Il est impératif de joindre à cette demande le document cerfa 'Demande d'accord préalable de transport valant prescription médicale' établi par le médecin.

SITUATION ET IDENTITÉ DU BENEFICIAIRE

Organisme d'affiliation du bénéficiaire des soins

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ 24- CPAM DORDOGNE

☐ Section locale mutualiste DORDOGNE

Numéro de sécurité sociale

Afin que nous puissions identifier le bénéficiaire des soins de manière formelle, renseigner ici votre numéro de sécurité sociale. Format attendu : Numéro + clé (15 caractères)

Le bénéficiaire de la demande d'accord préalable transport est

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Vous même

☐ Votre conjoint

☐ Un enfant

☐ Un autre bénéficiaire

Nom et prénom du bénéficiaire des soins

CPAM 24 - DEMANDE ACCORD PREALABLE TRANSPORT

Date de naissance du bénéficiaire

Un N° de téléphone pour vous contacter

Une adresse mail de contact

INFORMATIONS RELATIVES AU TRANSPORT

Nature du transport

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Transport à + de 150km
- ☐ Transports en série
- ☐ Transports vers un CAMSP ou un CMPP
- ☐ Transport engagement maternité
- ☐ Transport par avion ou bateau de ligne régulière

Mode de transport prescrit par le médecin

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Ambulance
- ☐ VSL ou taxi
- ☐ Transport en commun (Train, bus)
- ☐ Véhicule personnel

La patient part de

La patient va à

Trajet effectué par le patient

Si 'Autre', préciser l'objet du trajet

** Attention ** : Aucune information à caractère médical ne doit être renseignée sur ce formulaire.

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Retour à domicile
- ☐ Transport vers un établissement de santé
- ☐ Transport vers un cabinet médical

Nom de la structure de soins

Date prévisionnelle du transport

Pour des transports en série, renseigner la date du 1er transport

DÉPOT DU DOCUMENT

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Joindre la demande d'accord préalable transport

ENGAGEMENT

Je conserve le document original que je m'engage à fournir en cas de demande des services de l'Assurance Maladie

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

En cochant cette case je certifie l'exactitude des données renseignées et déposées

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non