

NOTE JURIDIQUE

- SECURITE SOCIALE -

OBJET : Prise en charge des frais de transport exposés par les assurés sociaux

Base juridique

Article L.321-1 du code de la sécurité sociale

PRESENTATION

La couverture des frais de transport de l'assuré ou de ses ayants droit qui se trouvent dans l'obligation de se déplacer pour recevoir des soins ou subir des examens appropriés à leur état ou pour se soumettre à un contrôle prescrit en application de la législation de sécurité sociale sont pris en charge par la Sécurité sociale au titre de l'Assurance maladie à certaines conditions et dans certaines limites¹.

Le dispositif décrit par la présente note est applicable aux assurés du régime général, du régime agricole et au régime des artisans, commerçants, professions industrielles².

¹ Art. L.321-1 du code de la sécurité sociale

² Art. L.321-1 et L.613-14 du code de la sécurité sociale ; Art. L.722-10 et R.742-2 du code rural

SOMMAIRE

I. FRAIS DE TRANSPORT REMBOURSABLES

1.1. Frais de transport de l'assuré et de l'ayant droit

1.1.1. Transports effectués pour recevoir des soins ou subir des examens

1. Transports liés à une hospitalisation
2. Transports liés aux traitements ou examens prescrits pour les malades reconnus atteints d'une affection de longue durée
3. Transport par ambulance lorsque l'état du malade justifie un transport allongé ou une surveillance constante
4. Transport en un lieu distant de plus de 150 kilomètres
5. Transports en série lorsque le nombre de transports prescrits au titre d'un même traitement est au moins égal à quatre au cours d'une période de deux mois et que chaque transport est effectué vers un lieu distant de plus de 50 kilomètres

1.1.2. Transports exposés pour se soumettre à un contrôle

1. Transports exposés pour se rendre à la convocation d'une consultation médicale d'appareillage ou pour se rendre chez un fournisseur d'appareillage agréé pour la fourniture d'appareils mentionnés aux chapitre 5, 6 et 7 du titre II de la liste des produits et prestations
2. Transports exposés pour répondre à une convocation du contrôle médical
3. Transports exposés pour répondre à la convocation d'un médecin expert désigné par une juridiction du contentieux de l'incapacité mentionnée à l'article R.143-34 du code de la sécurité sociale
4. Transports exposés pour se rendre à la consultation d'un expert désigné en application de l'article R.141-1 du code de la sécurité sociale

1.2. Frais de transport de l'accompagnateur

II- PROCEDURE DE DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

2.1. Pièces à fournir

2.2. Accord préalable de la caisse de sécurité sociale

III-CALCUL DU REMBOURSEMENT

3.1. Bases de calcul

3.1.1. Distance

3.1.2. Tarifs

3.2. Taux de prise en charge

3.2.1. Prise en charge à 65%

3.2.2. Prise en charge à 100%

IV-DISPENSE D'AVANCE DES FRAIS

4.1. Transporteurs sanitaires

4.2. Taxis

V-RECOURS

5.1. Commission de recours amiable

5.2. Tribunal des affaires de sécurité sociale

5.3. Cour d'appel

5.4. Cour de cassation

I- FRAIS DE TRANSPORT REMBOURSABLES

Les frais de transport des assurés, des ayants droit ainsi que ceux des personnes accompagnant un assuré ou un ayant-droit sont pris en charge lorsqu'ils rentrent dans l'une des situations décrites ci-dessous.

1.1. FRAIS DE TRANSPORT DE L'ASSURE ET DE L'AYANT DROIT

Les frais de transport de l'assuré ou de l'ayant droit sont pris en charge au titre de la Sécurité sociale lorsqu'ils se trouvent dans l'obligation de se déplacer³ :

1° soit pour recevoir des soins ou subir des examens appropriés à leur état, dans les cas suivants :

- transports liés à une hospitalisation ;
- transports liés aux traitements ou examens prescrits pour les malades reconnus atteints d'une affection de longue durée ;
- transport par ambulance justifiés par l'état du malade ;
- transport en un lieu distant de plus de 150 kilomètres ;
- transports en série lorsque le nombre de transports prescrits au titre d'un même traitement est au moins égal à quatre au cours d'une même période de deux mois et que chaque transport est effectué vers un lieu distant de plus de 50 kilomètres.

2° soit pour se soumettre à un contrôle en application de la législation de la sécurité sociale dans les cas suivants :

- pour se rendre à la convocation d'une consultation médicale d'appareillage ou pour se rendre chez un fournisseur d'appareillage agréé pour la fourniture de certains appareils ;
- pour répondre à une convocation du contrôle médical ;
- pour répondre à la convocation d'un médecin expert désigné par une juridiction du contentieux de l'incapacité ;
- pour se rendre à la consultation d'un expert.

Les situations de prise en charge des frais de transport sont détaillées ci-après :

1.1.1. Transports effectués pour recevoir des soins ou subir des examens

1° Transports liés à une hospitalisation

Sont considérés comme des transports liés à l'hospitalisation les transports correspondant strictement à l'entrée et à la sortie du séjour hospitalier. Dans ce cadre s'entend comme une hospitalisation :

- **une hospitalisation à temps complet** (l'entrée et la sortie d'hôpital après un séjour d'au moins 24 heures ou, lorsqu'il s'agit d'un établissement privé conventionné, si au moins deux prix de journée sont facturés, le transfert inter-établissements provisoire ou définitif)⁴ ;

³ Articles L.321-1 et R.322-10 du code de la sécurité sociale

- **une hospitalisation sans hébergement relevant d'une alternative à l'hospitalisation** (hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit en médecine, chirurgie et anesthésie ambulatoire, obstétrique, psychiatrie ou rééducation fonctionnelle). Sont pris en charge les frais de transport aller et retour pour se rendre au sein de ces établissements afin de recevoir des soins relevant d'une telle alternative d'hospitalisation⁵ ;
- **la présomption d'hospitalisation.** Lorsque l'établissement ne peut recevoir le malade ou lorsque le médecin hospitalier estime que l'état de celui-ci nécessite des soins sans hospitalisation, le transport aller et retour est remboursable dès lors que l'hospitalisation a été prescrite a priori⁶ ;
- **un séjour inférieur à 24 heures dans un établissement sanitaire dispensant des soins facturés sous forme de séance**⁷.
- **les permissions de sortie.** Les transports sont pris en charge pour des permissions de sortie inférieures à 48 heures et prescrites dans un but thérapeutique⁸.

Par contre, ne sont pas considérés comme des transports liés à une hospitalisation et ne sont donc pas pris en charge à ce titre :

- **Le transport effectué en vue d'une consultation au cabinet d'un médecin dont l'intervention a évité l'hospitalisation**⁹.
- **Les transports pour soins post opératoires :**
 - le déplacement effectué en vue d'une consultation relative à une hospitalisation antérieure¹⁰ ;
 - le déplacement entrepris en vue de subir un examen en relation avec une intervention chirurgicale réalisée à l'occasion d'une hospitalisation antérieure¹¹ ;
 - le déplacement entrepris pour recevoir des soins en relation avec une intervention chirurgicale subie à l'occasion d'une hospitalisation antérieure¹².
- **les déplacements entrepris dans le but de préparer une hospitalisation :**
 - le déplacement effectué en vue d'une consultation pré-anesthésique préalable à une intervention chirurgicale¹³ ;
 - le déplacement effectué en vue d'un ou plusieurs examens destinés à préparer une hospitalisation¹⁴ ;

⁴ Circulaire CNAMTS CABDIR n°17 du 26/11/96 § 11. Lorsque le malade hospitalisé est transféré vers un autre établissement mieux équipé en vue d'un examen ou d'un acte médical avec retour vers l'établissement d'origine dans un délai maximum de 48 heures, les frais de transport sont soit inclus dans la dotation globale de l'établissement d'origine, soit dans celle de l'établissement demandeur des soins et par conséquent du transport, soit remboursés par la caisse lorsque le prix de journée de l'établissement d'origine n'est pas fixé par la réglementation hospitalière. Lorsque le transfert est supérieur à 48 heures, le malade est considéré comme sortant de l'hôpital d'origine et les frais de transport sont pris en charge par la caisse.

⁵ Circulaire CNAMTS CABDIR n°17 du 26/11/96 § 11 ; lettre CNAM DESM SGP/PA n°759 du 05/07/93

⁶ Circulaire CNAMTS CABDIR n°17 du 26/11/96 § 11

⁷ Guide de l'assurance maladie

⁸ Circulaire CNAMTS CABDIR n°17 du 26/11/96 § 11

⁹ Soc 24/02/2000 n° de pourvoi 98-14501

¹⁰ Soc 16/05/2002 ; n° de pourvoi : 00-19134

¹¹ Soc 14/10/1999 ; n° de pourvoi 97-19733

¹² Soc 19/06/1997 n° de pourvoi 95-16919 ; soc 23/02/1995 n° de pourvoi 92-17564

¹³ Soc 16/12/1999 ; n° de pourvoi 98-10808 ; soc 10/10/1996 n° de pourvoi 93-18235

- le déplacement effectué en vue de recevoir des soins postopératoires¹⁵ ;
- le déplacement effectué en vue d'une consultation destinée à préparer une hospitalisation¹⁶ ;
- le déplacement entrepris en vue d'une consultation ayant pour objet de fixer le principe et la date d'une intervention chirurgicale ultérieure¹⁷.

N.B. : dans ces derniers cas, les frais de transports de l'assuré ne sont donc pas pris en charge, à moins qu'ils ne correspondent à une autre situation de prise en charge (par exemple s'ils correspondent au transport d'une personne atteinte d'une affection de longue durée)¹⁸.

2° Transports liés aux traitements ou examens prescrits pour les malades reconnus atteints d'une affection de longue durée

Sont pris en charge les transports liés aux traitements ou examens prescrits pour les malades reconnus atteints d'une affection de longue durée, dans le cadre du protocole de soins établi conjointement par le médecin traitant et le médecin conseil de l'assurance maladie, en cas d'affection de longue durée¹⁹.

Sont en fait concernées les personnes atteintes d'une affection de longue durée qu'elle soit exonérée ou non du ticket modérateur²⁰ :

- a) les personnes atteintes d'une affection de longue durée exonérée du ticket modérateur

Sont pris en charge les frais de transports des personnes atteintes :

- **d'une maladie inscrite sur la liste des 30 affections de longue durée**²¹.
Il s'agit d'une des affections, comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, inscrites sur une liste établie par décret après avis de la Haute Autorité (cf liste ci-dessous).
- **d'une affection hors liste, longue et coûteuse (« 31^{ème} maladie »)**²².
Il s'agit d'une maladie grave, de forme évolutive ou invalidante, non inscrite sur la liste des 30 affections de longue durée, comportant un traitement prolongé d'une durée prévisible supérieure à six mois et une thérapeutique particulièrement coûteuse (exemples : malformation congénitale des membres ; ostéoporose fracturaire ou avec tassement nécessitant un traitement prolongé).
- **d'une poly-pathologie invalidante (« 32^{ème} maladie »)**²³.

¹⁴ Soc 02/04/1998 n° de pourvoi 96-19345 ; soc 17/10/1996 n° de pourvoi 94-15642

¹⁵ Soc 03/04/1997 n° de pourvoi 95-20674

¹⁶ Soc 21/11/1996 n° de pourvoi 94-18611

¹⁷ Soc 03/04/1997 n° de pourvoi 95-12575

¹⁸ Circulaire CNAMTS CABDIR n°17/96 du 26/11/1996

¹⁹ Art. R.322-10, 2°, du code de la sécurité sociale

²⁰ Circulaire CNAMTS CABDIR n°17/96 du 26/11/1996 et question AN n°19989 du 06/11/1989, p.7

²¹ Art. L.322-3, 3°, du code de la sécurité sociale

²² Art. L.322-3, 4°, du code de la sécurité sociale, Art. 71.4 du Règlement Intérieur des Caisses Primaires

²³ Art. 71.4 -1 du Règlement Intérieur des Caisses Primaires

Il s'agit de plusieurs affections entraînant un état pathologique invalidant pour lesquels des soins continus d'une durée prévisible supérieure à six mois sont nécessaires (exemple : une personne de 90 ans atteinte de polyarthrose avec troubles de la marche, incontinence urinaire, tremblements essentiels).

Les transports concernés pris en charge sont les transports pour les soins en rapport avec la ou les affections exonérantes et figurant dans le protocole de soins²⁴.

La liste des 30 affections de longue durée est établie ainsi qu'il suit²⁵ :

- *accident vasculaire cérébral invalidant ;*
- *insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques ;*
- *artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques ;*
- *bilharziose compliquée ;*
- *insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves ; cardiopathies congénitales graves ;*
- *maladies chroniques actives du foie et cirrhoses ;*
- *déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immuno-déficiência humaine ;*
- *diabète de type 1 et diabète de type 2 ;*
- *formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave ;*
- *hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères ;*
- *hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves ;*
- *hypertension artérielle sévère ;*
- *maladie coronaire ;*
- *insuffisance respiratoire chronique grave ;*
- *maladie d'Alzheimer et autres démences ;*
- *maladie de Parkinson ;*
- *maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé ;*
- *mucoviscidose ;*
- *néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif ;*
- *paraplégie ;*
- *périartérite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, sclérodermie généralisée évolutive ;*
- *polyarthrite rhumatoïde évolutive grave ;*
- *affections psychiatriques de longue durée ;*
- *rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives ;*
- *sclérose en plaques ;*
- *scoliose structurale évolutive (dont l'angle est égal ou supérieur à 25 degrés) jusqu'à maturation rachidienne ;*
- *spondylarthrite ankylosante grave ;*
- *suites de transplantation d'organe ;*
- *tuberculose active, lèpre ;*
- *tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique.*

²⁴ JOAN n°33994 du 01/10/1990

²⁵ Article D.322-1 du code de la sécurité sociale

b) les personnes atteintes d'une affection de longue durée non exonérée du ticket modérateur

Sont également pris en charge les frais de transports des personnes²⁶ :

- en arrêt de travail d'une durée supérieure à six mois ;
- ou en soins continus supérieures à six mois ;

pour les transports afférents aux traitements prescrits dans le cadre du protocole de soins.

3° Transport par ambulance lorsque l'état du malade justifie un transport allongé ou une surveillance constante

Les frais de transport par ambulance de l'assuré ou de l'ayant droit sont pris en charge lorsqu'ils sont justifiés par l'état du malade, dans les conditions prévues par un arrêté ministériel du 23 décembre 2006²⁷.

Selon cet arrêté, **un transport par ambulance peut être prescrit lorsque l'assuré ou l'ayant droit présente au moins une déficience ou des incapacités nécessitant²⁸ :**

- 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.

4° Transport en un lieu distant de plus de 150 kilomètres

Sont pris en charge les transports en un lieu distant de plus de 150 kilomètres. La distance de 150 kilomètres s'entend du seul voyage aller. Par conséquent, s'il y a retour, en charge, du malade, le transport doit comporter plus de 300 kilomètres²⁹.

5° Transports en série, lorsque le nombre de transports prescrits au titre d'un même traitement est au moins égal à quatre au cours d'une période de deux mois et que chaque transport est effectué vers un lieu distant de plus de 50 kilomètres

Sont également pris en charge les transports en série. La distance à parcourir doit toutefois être supérieure à 50 kilomètres aller, en charge. Par ailleurs, la série prescrite doit comporter au moins quatre transports dans un délai de deux mois. Si ces deux conditions sont réunies, l'ensemble de la série, même au-delà de deux mois, est pris en charge³⁰.

1.1.2. Transport exposés pour se soumettre à un contrôle

Sont pris en charge à ce titre les frais de transports exposés dans les situations suivantes :

²⁶ Art. L.324-1, R.324-1 du code de la sécurité sociale ; lettre ministérielle du 11 juillet 1990 ; circulaire CNAMTS CABDIR n°17/96 du 26/11/1996

²⁷ Article R.322-10 et R.322-10-1 du code de la sécurité sociale ; arrêté ministériel du 23/12/2006 fixant le référentiel de prescription des transports prévu à l'article R.322-10-1 du code de la sécurité sociale

²⁸ Arrêté du 23/12/2006, art. 1

²⁹ Circulaire CNAMTS DGR n°2239/88 et ENSM n°1218/88 du 18/07/1988

³⁰ Circulaire CNAMTS DGR n°2239/88 et ENSM n°1218/88 du 18/07/1988

- Pour se rendre à la convocation d'une consultation médicale d'appareillage ou pour se rendre chez un fournisseur d'appareillage agréé pour la fourniture d'appareils mentionnés aux chapitres 5, 6 et 7 du titre II de la liste des produits et prestations ;
- Pour répondre à une convocation du contrôle médical ;
- Pour répondre à la convocation d'un médecin expert désigné par une juridiction du contentieux de l'incapacité mentionnée à l'article R. 143-34 du code de la sécurité sociale ;
- Pour se rendre à la consultation d'un expert désigné en application de l'article R. 141-1 du code de la sécurité sociale.

1° Transports exposés pour se rendre à la convocation d'une consultation médicale d'appareillage ou pour se rendre chez un fournisseur d'appareillage agréé pour la fourniture d'appareils mentionnés aux chapitres 5, 6 et 7 du titre II de la liste des produits et prestations

Sont pris en charge les frais de transports pour se rendre :

- à la **convocation d'une consultation médicale d'appareillage** ;
- ou chez un **fournisseur d'appareillage agréé** pour la fourniture :
 - o de prothèses oculaires et faciales ;
 - o de podo-orthèses ;
 - o de grands appareillages et prothèses.

N.B. : Les centres de rééducation fonctionnelle avaient été assimilés par la CNAMTS aux fournisseurs d'appareillages agréés afin que soient pris en charge les déplacements effectués au sein d'un centre de rééducation fonctionnelle dans le cadre des essais préalables des fauteuils roulants³¹.

2° Transports exposés pour répondre à une convocation du contrôle médical

Sont pris en charge par l'assurance maladie les frais de déplacement exposés pour se rendre à une convocation des praticiens-conseils de la caisse dont relève l'assuré, l'avis demandé au contrôle médical exigeant dans certains cas l'examen du malade.

3° Transports exposés pour répondre à la convocation d'un médecin expert désigné par une juridiction du contentieux de l'incapacité mentionnée à l'article R.143-34 du code de la sécurité sociale

Sont pris en charge au titre de l'assurance maladie les transports exposés pour répondre à la convocation d'un médecin expert désigné par une juridiction du contentieux de l'incapacité. Il s'agit de l'expert dont l'expertise est ordonnée par les tribunaux du contentieux de l'incapacité ou par la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail³².

4° Transports exposés pour se rendre à la consultation d'un expert désigné en application de l'article R. 141-1 du code de la sécurité sociale

Sont pris en charge les transports exposés pour se rendre à la consultation d'un expert désigné en application de l'article R. 141-1 du code de la sécurité sociale.

³¹ Lettre CNAMTS 02/07/1999

³² Article R.143-34 du code de la sécurité sociale

Il s'agit de l'expert désigné dans le cadre d'une contestation d'ordre médical relative à l'état du malade ou à l'état de la victime, et notamment à la date de consolidation en cas d'accident du travail et de maladie professionnelle et celles relatives à leur prise en charge thérapeutique, à l'exclusion des contestations relevant du contentieux technique de la sécurité sociale³³.

1.2. FRAIS DE TRANSPORT DE L'ACCOMPAGNATEUR

Sont pris en charge, dans les mêmes conditions que les assurés et les ayants-droit, les frais de transport en commun exposés par une personne accompagnant un assuré ou un ayant-droit, lorsque l'état de ce dernier nécessite l'assistance d'un tiers ou qu'il est âgé de moins de seize ans³⁴.

*

³³ Articles L.141-1 et R.141-1 du code de la sécurité sociale

³⁴ Article R.322-10-7 du code de la sécurité sociale

II- PROCEDURE DE DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

La prise en charge des frais de transports est subordonnée à la présentation par l'assuré de certaines pièces ainsi que, dans certains cas, de l'accord préalable de la caisse de Sécurité sociale.

2.1. PIECES A FOURNIR

La prise en charge des frais de transport est subordonnée à la présentation par l'assuré³⁵ :

a) d'une facture délivrée par le transporteur ou d'un justificatif de transport ;

N.B : La jurisprudence est venue préciser qu'en l'absence de toute condition relative à la production d'originaux, et peu important l'exigence de conformité des factures de transport à des modèles types réglementaires, les frais de transport de l'assuré peuvent être pris en charge au vu de duplicata³⁶.

b) de la prescription médicale de transport

o Contenu de la prescription

Lorsqu'ils établissent une prescription de transport en vue d'un remboursement, les médecins sont tenus de mentionner sur les documents destinés au service du contrôle médical, **les éléments d'ordre médical précisant le motif du déplacement et justifiant le mode de transport prescrit**³⁷.

La prescription doit indiquer le motif du transport et le mode de transport retenu en application de la règle de **prise en compte du trajet et du mode de transport les moins onéreux compatibles avec l'état du bénéficiaire**³⁸.

o Moyens de transport pouvant être prescrits

Les transports pris en charge par l'assurance maladie peuvent être assurés par³⁹ :

- ambulance ;
- transport assis professionnalisé (véhicule sanitaire léger, taxi) ;
- transports en commun terrestres, avion ou bateau de ligne régulière, moyens de transport individuels.

³⁵ Article R.322-10-2 alinéa 1 du code de la sécurité sociale

³⁶ Soc. 31 mars 1994

³⁷ Article L.162-4-1 du code de la sécurité sociale

³⁸ Article R.322-10-2 alinéa 1 du code de la sécurité sociale et L.322-5 du code de la sécurité sociale

³⁹ Article R.322-10-1 du code de la sécurité sociale

Un référentiel de prescription arrêté par le ministre chargé de la sécurité sociale précise les situations dans lesquelles l'état du malade justifie respectivement la prescription des modes de transport en fonction de l'importance des déficiences et incapacités et de leurs incidences⁴⁰ :

- Ambulance

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 semi-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.

- Transport assis professionnalisé

Un transport assis professionnalisé (taxi ou véhicule sanitaire léger) peut être prescrit pour l'assuré ou pour l'ayant-droit qui présente au moins une déficience ou incapacité suivante :

- déficience ou incapacité physique invalidante nécessitant une aide au déplacement technique (béquille, déambulateur, etc.) ou humaine (aide d'une tierce personne) mais ne nécessitant ni brancardage ni portage ;
- déficience ou incapacité intellectuelle ou psychique (retard mental, désorientation, etc.) nécessitant l'aide d'une tierce personne pour la transmission des informations nécessaires à l'équipe soignante en l'absence d'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'effet secondaire pendant le transport.

- Transports en commun terrestres, avion ou bateau de ligne régulière, moyens de transport individuels

Lorsqu'un transport par ambulance ou assis professionnalisé ne peut être prescrit seul peut être prescrit un moyen de transport en commun terrestre (bus, métro, train, etc.), l'avion ou le bateau de ligne régulière ou les moyens de transports individuels (voiture de l'assuré ou d'une personne de son entourage).

- Etablissement de la prescription en cas d'urgence

En cas d'urgence, la prescription médicale peut être établie a posteriori⁴¹.

- Convocation à contrôle valant prescription médicale

⁴⁰ Arrêté du ministre de la santé et des solidarités, 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

⁴¹ Article R.322-10-2 alinéa du code de la sécurité sociale

Lorsqu'il s'agit pour un assuré de se soumettre à un contrôle en application de la législation de la sécurité sociale, **la convocation à ce contrôle vaut prescription médicale**. Le moyen de transport le moins onéreux compatible avec l'état du bénéficiaire doit être indiqué dans cette convocation par⁴² :

- le médecin-conseil membre de la commission médicale d'appareillage si l'assuré doit se rendre à une convocation d'une consultation médicale d'appareillage ;
- le médecin prescripteur de l'appareil si l'assuré se rend chez un fournisseur d'appareillage agréé ;
- le médecin conseil lorsqu'il s'agit pour l'assuré de répondre à une convocation du contrôle médical ;
- le médecin expert désigné par la juridiction du contentieux de l'incapacité lorsque l'assuré doit répondre à la convocation de ce médecin expert ;
- le médecin expert désigné dans le cadre d'une contestation d'ordre médical relative à l'état du malade ou à l'état de la victime, et notamment à la date de consolidation en cas d'accident du travail et de maladie professionnelle et celles relatives à leur prise en charge thérapeutique, à l'exclusion des contestations relevant du contentieux technique de la sécurité sociale, le cas échéant.

2.2. ACCORD PREALABLE DE LA CAISSE DE SECURITE SOCIALE

En dehors des pièces devant être fournies pour obtenir le bénéfice du remboursement des frais de transports, dans certains cas, l'accord préalable de la caisse de Sécurité sociale peut être requis.

Ainsi, la prise en charge des frais de transport suivants est subordonnée à l'accord préalable de l'organisme qui sert les prestations après avis du contrôle médical (sauf en cas d'urgence attestée par le médecin prescripteur)⁴³ :

- **transports exposés sur une distance excédant 150 kilomètres.** Dans cette situation, le contrôle médical vérifie notamment que les soins ne peuvent être dispensés dans une structure de soins située à une distance n'excédant pas 150 kilomètres.
- **transports en série** lorsque le nombre de transports prescrits au titre d'un même traitement est au moins égal à quatre au cours d'une période de deux mois et que chaque transport est effectué vers un lieu distant de plus de 50 kilomètres ;
- **transports par avion et par bateau de ligne régulière.**

L'absence de réponse de la part du contrôle médical de la caisse dans un délai de quinze jours à compter de l'expédition de la demande vaut accord préalable.

*

⁴² Article R.322-10-2 alinéa 3 du code de la sécurité sociale

⁴³ Article R.322-10-4 du code de la sécurité sociale

III- CALCUL DU REMBOURSEMENT

Le remboursement des frais de transports des assurés est calculé sur la base d'une distance règlementairement déterminée et de tarifs et en appliquant un taux de remboursement égal à 65% ou 100% selon le cas.

3.1. BASES DE CALCUL

Deux éléments principaux servent de base de calcul au remboursement des frais de transports :

- la distance séparant le point de prise en charge de la structure de soins ;
- et le tarif applicable au mode de transport utilisé.

3.1.1. Distance

Les frais de transports sont remboursés sur la base d'une distance définie règlementairement.

a) Hospitalisation

Les frais de transport liés à une hospitalisation sont pris en charge **sur la base de la distance parcourue lorsque la distance séparant le point de prise en charge du malade de la structure de soins ne dépasse pas 150 kilomètres**⁴⁴.

b) Autres situations

Le remboursement des frais de déplacement est calculé **sur la base de la distance séparant le point de prise en charge du malade de la structure de soins prescrite appropriée la plus proche** dans les cas suivants⁴⁵ :

- transports liés au traitement ou examens pour les malades reconnus atteints d'une affection de longue durée ;
- transports en ambulance justifiés par l'état du malade ;
- transports en un lieu distant de plus de 150 kilomètres ;
- transports en série, lorsque le nombre de transports prescrits au titre d'un même traitement est au moins égal à quatre au cours d'une période de deux mois et que chaque transport est effectué en un lieu distant de plus de 50 kilomètres.

La structure de soins appropriée est celle qui est appropriée à l'état de santé du malade⁴⁶.

3.1.2. Tarifs

Le second élément servant de base au calcul du remboursement est le montant tarifé du transport retenu par la caisse.

a) Transports sanitaires

La participation de l'assuré versée aux prestataires de transports sanitaires est calculée sur la base des **tarifs fixés par la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les**

⁴⁴ Article R.322-10-3 du code de la sécurité sociale

⁴⁵ Article R.322-10-5 du code de la sécurité sociale

⁴⁶ Soc. 10 octobre 1996

entreprises de transports sanitaires privées et les caisses d'assurance maladie et ses avenants⁴⁷.

Les transports réalisés par un transporteur hors convention sont remboursés sur la base d'un tarif d'autorité fixé par arrêté ministériel⁴⁸

b) Véhicule personnel

La prise en charge s'effectue sur la base d'indemnités kilométriques variant suivant la puissance fiscale du véhicule et la distance parcourue :

- voiture particulière

Lorsque le transport s'effectue en voiture particulière, les indemnités kilométriques servant de base au remboursement par l'assurance maladie varient selon le véhicule et la distance parcourue.

	Pour un véhicule de 1 à 5 CV	Pour un véhicule de 6 à 7 CV	Pour un véhicule de 8 CV et plus
De 0 à 2 000 km	0,23 euro	0,29 euro	0,32 euro
De 2 001 à 10 000 km	0,28 euro	0,35 euro	0,39 euro
Plus de 10 000 km	0,16 euro	0,21 euro	0,23 euro

Par exemple, si un assuré a parcouru 20 km avec une voiture de 5 CV, il sera remboursé : 20 x 0,23 euros, soit 4,6 euros.

- Autres véhicules à moteurs

Pour les autres véhicules motorisés, le montant du remboursement est égal à la distance parcourue multipliée par le **tarif des indemnités kilométriques qui varie en fonction du véhicule⁵⁰**.

Les indemnités kilométriques :

- pour une moto de plus de 125 cm³ : 0,11 euro ;
- pour un vélomoteur de 50 à 125 cm³ : 0,08 euro ;
- pour une bicyclette à moteur auxiliaire de moins de 50 cm³ ou une voiturette: 0,07 euro.

Attention : pour ces deux derniers types de véhicules, le montant mensuel des indemnités kilométriques ne peut être inférieur à la somme forfaitaire de 6,64 euros (au 1^{er} avril 2006).

c) Transports en commun

Le remboursement a lieu sur la base du moyen le plus économique, et selon le cas :

- soit sur la base du prix du billet de seconde classe pour le chemin de fer ;
- soit sur celle du billet de métro ;
- ou sur celle de la dépense effective pour l'autobus, le tramway et l'autocar ;
- ou enfin sur celle du billet d'avion de ligne régulière ou de bateau au tarif le plus bas.

⁴⁷ Convention nationale destinée à organiser les rapports entre les entreprises de transports sanitaires privées et les caisses d'assurance maladie du 26 décembre 2002, art.4.

⁴⁸ Art. L.322-5-4 al.2 du code de la sécurité sociale

⁴⁹<http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/combien-serez-vous-rembourse/frais-de-transport-mode-d-8217-emploi/les-indemnite-kilometriques-aff.php>

⁵⁰<http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/combien-serez-vous-rembourse/frais-de-transport-mode-d-8217-emploi/les-indemnite-kilometriques-aff.php>

d) Taxis

Les tarifs applicables aux taxis sont déterminés par des décrets et arrêtés préfectoraux⁵¹.

3.2. TAUX DE PRISE EN CHARGE

A la base de calcul déterminée en fonction de la distance et des tarifs retenus, est ensuite appliqué un taux de prise en charge par l'Assurance maladie, qui peut être de 65% ou de 100%.

3.2.1. Prise en charge à 65%

La participation de l'assuré aux frais de transport est déterminée par le conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie⁵².

Celle-ci étant fixée à 35%, l'assurance maladie rembourse donc les assurés de leurs frais de transports à hauteur de 65%⁵³.

3.2.2. Prise en charge à 100%

Par dérogation, dans certains cas particuliers, la participation de l'assuré (ou « ticket modérateur »), est supprimée. La prise en charge par l'Assurance maladie s'effectue alors à hauteur de 100%⁵⁴. Ainsi :

- La participation de l'assuré en ce qui concerne les frais de transport n'est pas due lorsque l'état du bénéficiaire hospitalisé dans un établissement de soins nécessite son transfert vers un autre établissement d'hospitalisation en vue d'un traitement mieux adapté à cet état⁵⁵.
- Les assurés titulaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées sont exonérés de toute participation⁵⁶.
- Les titulaires d'une pension d'invalidité, de vieillesse substituée à une pension d'invalidité, les assurés renonçant à la substitution de leur pension d'invalidité en pension de vieillesse exerçant une activité professionnelle après 60 ans sont exonérés de participation en ce qui concerne les frais engagés pour eux-mêmes⁵⁷.
- Le titulaire d'une rente ou allocation allouée en application des législations sur les accidents du travail et maladies professionnelles correspondant à une incapacité de travail au moins égale à 666,66%, sont exonérés de toute participation en ce qui concerne les frais engagés pour eux-mêmes et pour leurs ayants droit⁵⁸.
- Les titulaires d'une pension de réversion qui se trouvent atteints entre cinquante-cinq et soixante ans d'une invalidité permanente satisfaisant aux conditions exigées pour ouvrir droit à une pension d'invalidité sont également exonérés en ce qui concerne les frais engagés pour eux-mêmes⁵⁹.

⁵¹ Décret n°87-238 du 6 avril 1987 réglementant les tarifs des courses de taxi ; arrêtés préfectoraux

⁵² Art. R.322-1 du code de la sécurité sociale

⁵³ <http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/combien-serez-vous-rembourse/frais-de-transport-mode-d-8217-emploi/le-remboursement-de-vos-frais-de-transport-aff.php>

⁵⁴ Art. L.322-3 du code de la sécurité sociale

⁵⁵ Art. R.322-2 dernier alinéa du code de la sécurité sociale

⁵⁶ Art. L.322-3 et R.322-3 du code de la sécurité sociale

⁵⁷ Art. R.322-4 du code de la sécurité sociale

⁵⁸ Art. R.322-4 du code de la sécurité sociale

⁵⁹ Art. R.322-4 du code de la sécurité sociale

- La participation de l'assuré est supprimée lorsque le malade est reconnu atteint d'une des 30 affections de longue durée comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, inscrites sur liste⁶⁰ ou lorsque le bénéficiaire a été reconnu par le contrôle médical atteint d'une affection hors liste et comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse⁶¹.
- La participation de l'assuré est supprimée pour les frais de transport d'urgence entre le lieu de prise en charge de la personne et l'établissement de santé, en cas d'hospitalisation lorsqu'il est effectué un acte thérapeutique ou un acte diagnostique dont la réalisation en établissement de santé est nécessaire à la sécurité des soins, affecté d'un coefficient égal ou supérieur à 50 ou d'un tarif égal ou supérieur à 91 € ainsi que, en cas d'hospitalisation consécutive à une hospitalisation répondant aux conditions précédentes et en lien direct avec elle, pour les frais de transport entre les deux établissements ou entre l'établissement et le domicile en cas d'hospitalisation à domicile⁶².
- La participation est supprimée pour les frais d'acquisition des prothèses oculaires et faciales, des ortho prothèses et des véhicules pour handicapés physiques figurant sur la liste des produits et prestations⁶³.
- Elle est également supprimée pour les frais afférents à la fourniture du sang humain, du plasma ou de leurs dérivés et de la fourniture du lait humain⁶⁴.
- Elle est encore supprimée pour l'ensemble des frais intervenant au cours d'une hospitalisation à compter du trente et unième jour d'hospitalisation consécutif⁶⁵.
- La participation est supprimée pour l'hospitalisation des nouveau-nés lorsqu'elle se produit dans les trente jours qui suivent la naissance, ainsi que pour les soins de toute nature qui leur sont dispensés dans un établissement de santé au cours de la période de trente jours qui suit la naissance⁶⁶.
- Elle est aussi supprimée pour les investigations nécessaires au diagnostic de la stérilité et pour le traitement de celle-ci, y compris au moyen de l'insémination artificielle. La décision de la caisse prononçant la suppression de la participation fixe la durée de la période d'exonération⁶⁷.
- Elle est supprimée pour les soins consécutifs aux sévices subis par les mineurs victimes de viols, d'autres agressions sexuelles, ou de mise en péril, pour la durée du traitement⁶⁸.
- Les personnes qui relèvent du régime d'Alsace Moselle sont exonérées du ticket modérateur⁶⁹.
- Les transports dans le cadre d'une grossesse pendant la période allant quatre mois avant la date présumée de l'accouchement et jusqu'au 12^{ème} jour après la date réelle de l'accouchement sont pris en charge à 100%⁷⁰.

IV- DISPENSE D'AVANCE DES FRAIS

⁶⁰ Art. R.322-5 du code de la sécurité sociale

⁶¹ Art. R.322-5 à R.322-8 du code de la sécurité sociale

⁶² Art. R.322-8 du code de la sécurité sociale

⁶³ Art. R.322-8 du code de la sécurité sociale

⁶⁴ Art. R.322-8 du code de la sécurité sociale

⁶⁵ Art. R.322-8 du code de la sécurité sociale

⁶⁶ Art. R.322-9, I, 1° du code de la sécurité sociale

⁶⁷ Art. R.322-9, I, 2° du code de la sécurité sociale

⁶⁸ Art. R.322-9, II, du code de la sécurité sociale

⁶⁹ Art. L.325-1 du code de la sécurité sociale; <http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/combien-serez-vous-rembourse/frais-de-transport-mode-d-8217-emploi/le-remboursement-de-vos-frais-de-transport-aff.php>

⁷⁰ Art. L.331-2, 1° et D.331 du code de la sécurité sociale

Dans certains cas, lorsque l'assuré utilise un transporteur conventionné, il n'a pas à faire l'avance des frais. C'est le cas des transports sanitaires et des taxis conventionnés avec les caisses d'assurance maladie.

4.1. TRANSPORTS SANITAIRES

L'assuré doit, en principe, régler les frais de son transport sanitaire par ambulance directement au transporteur sanitaire et se faire ensuite rembourser par sa caisse d'assurance maladie d'affiliation⁷¹.

Toutefois, l'assuré peut être dispensé de l'avance de ses frais pour la part garantie par les régimes obligatoires d'assurance maladie lorsque le transport est réalisé par une entreprise de transports sanitaires conventionnée⁷².

En effet, en application de l'article 4 de la convention nationale des transporteurs sanitaires privés, l'assuré peut, **sur sa demande et sous réserve de répondre aux conditions suivantes**, être dispensé de l'avance des frais dus au titre des transports par ambulance, **dans la limite de la participation des organismes d'assurance maladie au remboursement desdits frais au titre des prestations légales**.

Pour bénéficier de la dispense des frais l'assuré social doit obligatoirement justifier :

- **de son appartenance à un régime d'assurance maladie** notamment par la présentation de sa carte Vitale ou dans l'attente de l'intégration des transports sanitaires au système SESAM-Vitale, de l'attestation papier de ses droits ;
- **d'une prescription médicale** dûment remplie attestant que son état justifie l'usage du moyen de transport sanitaire par ambulance prescrit ;
- **de l'accord préalable** de l'organisme d'affiliation lorsqu'il est prévu par la réglementation en vigueur.

Le transporteur sanitaire ne pourra mettre en œuvre la procédure de dispense d'avance des frais que pour les transports sanitaires par ambulance pris en charge par l'assurance maladie.

4.2. TAXIS

Des **conventions locales** conclues entre les organismes d'assurance maladie et les entreprises de taxi peuvent déterminer les conditions dans lesquelles l'assuré peut être dispensé de l'avance des frais compte tenu des circonstances locales particulières. Ces conventions n'entrent en vigueur qu'après homologation par le représentant de l'Etat dans le département⁷³.

Si l'assuré emprunte un taxi qui n'a pas signé de convention avec l'assurance maladie, il devra faire l'avance des frais et demander par la suite le remboursement à la caisse d'assurance maladie.

*

⁷¹ Convention nationale destinée à organiser les rapports entre les entreprises de transports sanitaires privées et les caisses d'assurance maladie, art. 4

⁷² Article L.322-5-1 du code de la sécurité sociale

⁷³ Article L.322-5 alinéa 2 du code de la sécurité sociale

V- RECOURS

Les décisions rendues par une caisse primaire d'assurance maladie en matière de prise en charge des frais de transports des assurés sociaux peuvent être contestées par les intéressés.

5.1. COMMISSION DE RECOURS AMIABLE

Les décisions de la caisse primaire d'assurance maladie peuvent être contestées devant la commission de recours amiable (C.R.A.) de la caisse⁷⁴.

Cette commission doit être saisie dans le délai de deux mois à compter de la notification de la décision contre laquelle les intéressés entendent former une réclamation. L'expiration du délai ne peut être opposée aux intéressés que si la notification porte mention de ce délai.

5.2. TRIBUNAL DES AFFAIRES DE SECURITE SOCIALE

Le tribunal des affaires de sécurité sociale saisi, après l'accomplissement, le cas échéant, de la procédure de contestation devant la C.R.A., par simple requête déposée au secrétariat ou adressée au secrétaire par lettre recommandée dans un délai de deux mois à compter⁷⁵ :

- soit de la date de la notification de la décision ;
- soit de l'expiration du délai d'un mois à compter de la réception de la réclamation par l'organisme de sécurité sociale au bout duquel la décision du conseil d'administration ou de la C.R.A. n'a pas porté de décision à la connaissance du requérant qui peut alors considéré sa demande comme rejetée.

5.3 COUR D'APPEL

La Cour d'appel statue sur les appels formés contre les décisions rendues par le tribunal des affaires de sécurité sociale (T.A.S.S.)⁷⁶.

Les parties peuvent former appel du jugement rendu par le T.A.S.S. dans un délai d'un mois à compter de la notification du jugement⁷⁷.

5.4. COUR DE CASSATION

La décision de la Cour d'appel peut elle-même faire l'objet d'un recours devant la Cour de cassation.

Ce recours doit être formé par ministère d'un avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de cassation et être déposé au greffe de la Cour de cassation dans un délai de deux mois à compter de la notification de la décision⁷⁸.

* * *

⁷⁴ Art. R.142-1 du code de la sécurité sociale

⁷⁵ Art. R.142-18 du code de la sécurité sociale

⁷⁶ Art. L.142-2 du code de la sécurité sociale

⁷⁷ Art. R.142-28 du code de la sécurité sociale

⁷⁸ Art. R.144-7 du code de la sécurité sociale