



CAISSE GENERALE DE SECURITE SOCIALE DE LA REUNION

4, Boulevard Doret – CS 53001 – 97741 Saint Denis Cedex 9

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE POUR UN TRANSFERT SANITAIRE

Date de la demande :

Contact médical : transfert-sanitaire-drsm974@assurance-maladie.fr – Tel. : **36 46**

MEDECIN PRESCRIPTEUR

Nom – Prénom :

N° Identification :

Etablissement / Service :

Contact téléphonique (**obligatoire**) :

Cachet et Signature du médecin

Date de convocation :

Date de départ :

Date de retour :

HOPITAL RECEVEUR :

Service :

Adresse :

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Malade Nom :

Prénoms :

Date de naissance :

Assuré Nom :

Prénoms :

Fixe :

Adresse mail :

Portable :

N° Sécurité Social :

(**obligatoire**)

Adresse :

Caisse gestionnaire :

Copie Attestation Vitale à joindre au dossier

CONDITIONS DU TRANSPORT AVION REUNION-METROPOLE

Lieu de départ : Domicile

Structure de soins

Assis ou Couffin

Civière

SAMU

Couffin / Civière

Couveuse

Perfusé

Fauteuil roulant

Oxygène

(Continu ou discontinu)* (2L/mn ou 4L/mn)

Surclassement : OUI

NON

Classe : CONFORT ou CLUB ⁽¹⁾

(1) Justifiez la demande et précisez la classe :

Sur le trajet de l'aéroport à l'établissement de soins (Paris ou Province) :

Moyen personnel

transport en commun

TAP

Ambulance

Transport en lien avec une ALD

AT/MP

(Cocher la ou les cases correspondantes)

ACCOMPAGNEMENT DU MALADE SI NECESSAIRE

OUI

NON

Social

Médical

Paramédical

(Contrat d'accompagnant à compléter si médical ou paramédical)

Nom - Prénoms de l'accompagnant :

Tél :

Date de retour :

Motif de l'accompagnement (**à justifier**) :

DIAGNOSTIC – ETAT DU MALADE ET MOTIF DU TRANSFERT

NOTICE DE REMPLISSAGE

DE LA DEMANDE D'ACCORD PREALABLE (DAP) POUR UN TRANSFERT SANITAIRE

Le transfert sanitaire est pris en charge par l'Assurance Maladie **sous réserve d'un avis favorable du Service Médical et de l'ouverture des droits administratifs.**

Le traitement d'une DAP nécessite un délai **incompressible de 15 jours** (à l'exception des transferts en SAMU).

Pour un traitement du dossier, **le remplissage de l'ensemble des champs est obligatoire.**

Toute demande incomplète fera l'objet d'un retour systématique.

Elle couvre les frais de transport aériens et le transport terrestre ALLER-RETOUR de l'aéroport à l'établissement de soins.

Le taux de prise en charge de base est de 55% ou de 100% dans le cadre d'une ALD ou de toute autre exonération justifiée.

Si la date de retour n'est pas connue, préciser « Non déterminée ».

Pour un contact rapide, les coordonnées téléphoniques et adresse mail du bénéficiaire du transfert ou d'un membre de la famille sont indispensables pour convenir des modalités de réservation.

CONDITIONS DE TRANSPORT

Le remplissage de cette rubrique conditionne le bon déroulement du transfert sanitaire et une prise en charge appropriée.

ACCOMPAGNEMENT DU MALADE

Seul le médecin prescripteur est habilité à apprécier la nécessité d'un accompagnement en accord avec le médecin conseil.

Dans le cadre d'un accompagnement médical ou paramédical **le contrat d'accompagnement doit être obligatoirement joint à la DAP.**

La demande d'accord préalable dûment complétée est à retourner à l'Echelon Régional du Service Médical de SAINT DENIS :

4-6 Boulevard Doret – CS 91101 – 97404 SAINT DENIS CEDEX 1

Tél. : **36 46** - transfert-sanitaire-drsm974@assurance-maladie.fr

Accompagnée obligatoirement des documents suivants :

- Convocation de l'établissement de soins de Métropole
- Attestation d'ouverture des droits
- Copie de la prescription médicale de transport
- Contrat d'accompagnement