



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Haute-Garonne

MÉMO TAXIS HAUTE-GARONNE



Mise à jour **décembre 2025**

- TAXIS CONVENTIONNÉS
LES COMPOSANTES DE LA TARIFICATION • PAGES 2 ET 3
- LA PRESCRIPTION MÉDICALE D'UN TRANSPORT • PAGES 4 ET 5
- LA FACTURATION D'UN TRANSPORT • PAGES 6 ET 7
- LES CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE • PAGE 8





TAXIS CONVENTIONNÉS

LES COMPOSANTES DE LA TARIFICATION

à compter du 1^{er} novembre 2025

LA TARIFICATION SOCLE

- Un forfait « **PRISE EN CHARGE ET ACCOMPAGNEMENT** » d'un montant de **13 €** inclut les **4 premiers kilomètres parcourus** en charge avec le patient.



Un forfait « **GRANDE VILLE** » d'une valeur de **15 €** si le patient est **pris en charge et/ou déposé** sur :

- La commune de **Toulouse**.
- Le site de la **clinique La Croix du Sud**.
- Le site de la **clinique de l'Union**.

La liste des établissements concernés par l'extension du forfait « Grande Ville » est mise en ligne sur ameli.fr : *taxi conventionné / textes de référence / convention-cadre nationale et convention-type entre les taxis et l'assurance maladie / documents utiles*.



- Le **TARIF KILOMÉTRIQUE** de **1,10 €** qui s'applique à la distance parcourue en charge avec le patient du lieu de départ au lieu d'arrivée **à partir du 5^{ème} kilomètre parcouru en charge** (les 4 premiers km sont inclus dans le forfait « PRISE EN CHARGE ET ACCOMPAGNEMENT »).

Remarque : la vérification de la conformité du trajet emprunté et son nombre de kilomètres s'effectue sur la base d'un distancier, le trajet le plus avantageux au taxi est retenu. Les distances sont décomptées d'adresse à adresse à partir du lieu de prise en charge du patient.

En cas de transport pour hospitalisation (entrée ou sortie d'hospitalisation [complète, partielle ou ambulatoire], y compris séances de chimiothérapie, radiothérapie et hémodialyse), **dont l'aller ou le retour se fait à vide**, le tarif kilométrique départemental est majoré de :



- **25 %** si le trajet en charge est **inférieur à 50 km parcourus** ;
- **50 %** si le trajet en charge est **supérieur ou égal à 50 km parcourus**.



L'hospitalisation est possible uniquement dans les établissements sanitaires y compris les CMP (Centre Médico-Psychologique).

Pour les assurés affiliés à la CPAM 31, il est convenu que la prescription médicale de transport puisse valoir justificatif si la case « **entrée ou sortie d'hospitalisation (complète, partielle ou ambulatoire), y compris séances de chimiothérapie, radiothérapie et hémodialyse** » a bien été cochée par le prescripteur, en conformité avec la réalité de l'hospitalisation demandée. À défaut, si par exemple le médecin n'a coché que la case ALD, le taxi conventionné devra fournir un **bulletin d'hospitalisation ou de situation** pour justifier de l'hospitalisation.

LA MAJORATION DE NUIT, WEEK-END ET JOUR FÉRIÉ

Une **majoration de 50 % du montant** est appliquée sur l'ensemble des composantes du tarif socle (forfait prise en charge et accompagnement, forfait Grande Ville et tarif kilométrique) dès lors que le transport a lieu :

- **entre 20 h et 8 h** (ce tarif s'applique intégralement lorsque plus de la moitié du temps de transport en charge est effectué entre 20 h et 8 h) ;
- **un week-end** (samedi à compter de 12 h [heure de prise en charge du patient] et dimanche) ;
- ou **un jour férié**.

LES SUPPLÉMENTS ÉVENTUELS

- ▶ **Un supplément TPMR*** de 30 € facturable pour chaque trajet de personne à mobilité réduite par des entreprises de taxis dont les véhicules ont été spécialement équipés, conformément à la réglementation en vigueur et respectant le cahier des charges défini en annexe 3 de la convention-cadre.
- ▶ **Les frais de péage** dès lors que l'utilisation du réseau autoroutier ou de toute route urbaine payante favorise la qualité du service rendu aux patients et sur présentation des justificatifs attestant de leur règlement par l'entreprise de taxi.

 En cas de transport partagé, ces frais sont divisés par le nombre de patients dans le véhicule ayant emprunté ces infrastructures.

** TPMR : Transport de personnes à mobilité réduite.*

LA TARIFICATION DES TRANSPORTS PARTAGÉS



Lorsque le transport est réalisé avec **plusieurs patients (dans la limite de 8)** dans le véhicule, une facture est établie pour chaque patient.

La facture comporte le détail de la tarification du trajet correspondant à la distance effectivement parcourue pour chaque patient.

- ▶ Chaque trajet facturé comporte **un abattement** (sur la totalité des composantes de la tarification, majoration nuit, dimanche et jour férié incluse mais hors frais de péage et supplément TPMR), dont les taux sont définis ci-après :
 - **23 %** pour **deux patients** présents dans le même véhicule,
 - **35 %** pour **trois patients** présents dans le même véhicule,
 - **37 %** pour **quatre patients ou plus** présents dans le même véhicule,
 - **5 %** pour **le patient qui serait seul** dans le véhicule sur une **distance supérieure ou égale à 30 km**.

Le taux d'abattement du ou des autres patients reste inchangé.

 Un transport partagé ne peut être proposé au patient que si le détour qu'il occasionne, pour celui-ci, ne dépasse pas dix kilomètres par patient transporté à partir du deuxième, dans la limite de trente kilomètres (*décret n°2025-202 du 28 février 2025*).



LA PRESCRIPTION MÉDICALE D'UN TRANSPORT

AVANT DE PRENDRE EN CHARGE UN PATIENT

► VÉRIFIEZ QUE LE PATIENT DISPOSE D'UNE PRESCRIPTION MÉDICALE COMPLÈTE POUR SON TRANSPORT.

La prescription doit être réalisée sur les imprimés **S3138** ou **S3139** sans rature ni surcharge.

1 Les coordonnées du bénéficiaire du transport et de l'assuré :

> Nom, prénom, n° de Sécurité sociale, date de naissance, adresse doivent être complétés.

2 La situation de prise en charge doit être cochée.

3 La case « transport assis professionnalisé (VSL, taxis conventionnés) » doit être cochée.

4 Les lieux de départ et d'arrivée du trajet à effectuer

sont clairement spécifiés :

> Nom et adresse de la structure de soins.

5 Le nombre de transports

• S'il s'agit d'un **transport aller-retour** :

> la case « transport aller-retour » doit être cochée.

• S'il s'agit de **transports itératifs** :

> le nombre de transports doit être inscrit.

6 Précision s'il y a ou pas un cas particulier d'exonération du ticket modérateur

7 Identification claire du prescripteur :

> Nom, prénom, n° de structure et n° RPPS.

> Signature et date du prescripteur.



EN CAS D'INCOMPLÉTUDE DE LA PRESCRIPTION MÉDICALE, LE PRESCRIPTEUR DOIT ÊTRE CONTACTÉ.

Un transport facturé avec une prescription médicale qui n'est pas correctement remplie par le médecin ne sera pas pris en charge par l'Assurance Maladie.

Si le transport vous a été indûment réglé, la Cnam vous en demandera le remboursement.

cerfa
n° 11574*06

Prescription médicale de transport

(articles L.160-8 2°, L.162-4-1 2°, L.322-5, L.432-1, R.160-8,
R.322-10-9, R.322-10 à R.322-10-7, R.160-16 et D.162-17 II du Code de la sécurité sociale)

Volet 2 à adresser à l'organisme
pour remboursement avec
les justificatifs nécessaires

la personne bénéficiaire du transport et l'assuré(e)

1 Personne bénéficiaire du transport (les nom et prénom du bénéficiaire sont à compléter obligatoirement par le prescripteur)

nom et prénom
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))
numéro d'immatriculation

nom et n° du centre de paiement ou de la section
mutualiste (pour les salariés) ou nom et n° de
l'organisme conventionné (pour les non salariés)

date de naissance
adresse

Assuré(e) (à remplir si la personne qui bénéficie du transport n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))
numéro d'immatriculation

Ce transport est-il en rapport avec un accident causé par un tiers ? non ☐ oui ☐ date de l'accident

la prescription médicale

2 Dans quelle situation permettant la prise en charge du transport se trouve votre patient ? (plusieurs choix possibles)

- entrée ou sortie d'hospitalisation (complète, partielle ou ambulatoire), y compris séances de chimiothérapie, radiothérapie et hémodialyse ☐
- transport en lien avec une affection de longue durée avec déficience ou incapacité :
 - ALD exonérante ☐
 - ALD non exonérante ☐
- transport Engagement maternité du lieu de résidence vers la maternité ou l'hébergement temporaire non médicalisé ☐
- transport lié à un accident du travail ou une maladie professionnelle ☐ date de l'AT/MP

3 Quel mode de transport prescrivez-vous au regard de l'état de santé et d'autonomie de votre patient ?

- transport en ambulance justifié si (cochez la(les) case(s) correspondante(s)) :
 - position allongée ou demi-assise ☐ surveillance par une personne qualifiée ☐ d'administration d'oxygène ☐
 - brancardage ou d'un portage ☐ ascense rigoureuse ☐
- transport assis professionnalisé (VSL, taxi conventionné) ☐
- l'état de santé du patient n'est pas compatible avec un transport partagé, cochez la case ☐
- un transport pour patient à mobilité réduite dans son fauteuil roulant est adapté, cochez la case ☐
- moyen de transport individuel ☐
- transport en commun terrestre ☐
- dans ce cas, si l'état du patient nécessite une personne accompagnante, cochez la case ☐

4 Quel trajet doit effectuer le patient ?

Préciser le nom et l'adresse du lieu de départ et d'arrivée si hors domicile. (Indiquer le nom et l'adresse de la structure de soins ou de l'hébergement temporaire non médicalisé pour l'Engagement maternité)

- départ - domicile ☐ arrivée - domicile ☐
- autre lieu : ☐
- structure de soins : ☐

transport aller-retour ☐ 5 nombre de transports itératifs

6 Urgence : appel du SAMU-centre 15 ☐ ou autres ☐ (précisez) :

6 Cas particuliers d'exonération du ticket modérateur oui ☐ non ☐

- Ce transport est-il lié à des soins dispensés au titre d'une pension militaire d'invalidité ? oui ☐ non ☐

(article L.212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre)

Identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom
raison sociale
identifiant (n° RPPS)
adresse
date
Signature :
n° structure (AM, FINESS ou SIRET)

Précisions pour l'utilisation de la voiture particulière ou des transports en commun

Vous envoyez ce volet avec le formulaire "demande de remboursement" (réf. S3140) et les justificatifs de vos dépenses. La demande de remboursement est disponible dans votre organisme ou sur le site www.amell.fr à la rubrique "formulaires" de l'espace "assurés".

VSL, taxi conventionné, ambulance (à compléter par le transporteur et à joindre à la facture)

Raison sociale N° d'identification :
Adresse
Fait à Le Signature du transporteur

Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès de votre organisme d'assurance maladie. En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale Informatique et Libertés (CNIL).

La loi rend passible de pénalités financières, d'amende et/ou emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L.114-17-1 du Code de la sécurité sociale).

S3138F



LA FACTURATION D'UN TRANSPORT

LA FACTURATION PAR TÉLÉTRANSMISSION VIA LA NORME B2 EST OBLIGATOIRE

JUSTIFICATIFS À REMETTRE OU ADRESSER À LA CPAM

- ▶ LA PRESCRIPTION DU TRANSPORT
- ▶ LA DEMANDE ACCORD PRÉALABLE le cas échéant
- ▶ L'ANNEXE le cas échéant (voir page 7)



Même dans le cas de télétransmission

FACTURE DE TRANSPORT EN TAXI CONVENTIONNE

Articles L.160-8 2°, L.322-5 et L.322-5-1 du Code de la sécurité sociale

Volet destiné à l'assuré(e) social(e) : ☐ Volet destiné à la société de taxi : ☐
N° de la facture : _____ Télétransmission B2 / SEFI : ☐

et assuré(e)

TRANSPORT

Nom et n° du centre de paiement ou de la section mutualiste :

Ce transport est-il en rapport avec un accident causé par un tiers ? Non : ☐ Oui : ☐ Date de l'accident : _____

Identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

Nom(s) et prénom(s) :

Raison sociale structure :

N° AM : _____

Identifiant structure (N°AM, Finess ou SIRET) :

N° RPPS : _____

Si prescription en ligne, n° :

Transport effectué (Si transports multiples veuillez cocher la case : ☐ et renseigner l'annexe)

N° trajet	Départ (lieu de prise en charge du patient)					Arrivée (lieu d'arrivée en charge)				
	Date	Heure	Adresse	Code Insee	Finess géographique*	Heure	Adresse	Code Insee	Finess géographique*	
Aller										
Retour										

Trajet	Majoration R ou F	Nb patients	Trajet seul 2 30 km**	% Abattement Transporterap	Distance parcourue (km)	Conducteur	Immatriculation véhicule	N°ADS	Aller ou retour à vide en taxi avec hospité ?	Tarif km (€)	Supplément local (voir DPMCM 21)	n° Télépéage	Péage (€)	TPMR ?
Aller														
Retour														

*Si départ ou arrivée dans un établissement de la liste ouvrant droit au forfait grande ville. **Le seul de 30 km constitue un minima, une valeur > peut avoir été négociée avec l'organisme local d'AM.

Détail des suppléments locaux :

Tarification - Nombre total de trajets facturés : _____

TYPE DE FORFAIT :

☐ FX1 : Forfait "Prise en charge et accompagnement"

☐ FX2 : Forfait "Prise en charge et accompagnement" et Forfait "Grande ville"

TAUX DE PRISE EN CHARGE : _____

Montant total de la facture : $(\text{c}) \times (\text{1}) + (\text{2}) + (\text{3}) + (\text{4}) + (\text{5})$

Montant total de la part organisme obligatoire : $(\text{c}) \times (\text{6}) + (\text{7}) + (\text{8}) + (\text{9}) + (\text{10})$

DISPENSE D'AVANCE DES FRAIS : Totale : ☐ Partielle : ☐

Entreprise de taxi

Raison sociale : _____

Adresse : _____

Fait à : _____

Le : _____

Identifiant : _____

Signature : _____

Attestation de l'assuré(e) (facultative si annexe remplie et signée)

- L'assuré(e), le bénéficiaire du transport ou son représentant atteste de la réalisation du transport et de la prise en charge par l'organisme d'assurance maladie.
- « L'assuré(e) refuse le transport partagé et paie directement le transporteur sans dispense d'avance des frais »

Fait à : _____

Le : _____

Signature : _____

Responsabilité de signer : ☐

Conformément au Règlement européen n° 216/2008 du 27 avril 2016 et à la loi "Informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès de votre organisme d'assurance maladie. En cas de difficulté dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et des Libertés (CNIL).

606b-09/2025

▶ **LA FACTURE**
(imprimé
CNAM 606b-09/2025)

- Elle doit être conforme à la prescription et ne doit comporter ni nature, ni surcharge.
- Toutes les rubriques doivent être complétées.

► L'ANNEXE

Par **la signature de l'annexe**, l'assuré atteste de la réalisation des transports.

Elle est **obligatoire** en cas de facturation de trajets multiples et ne doit comporter ni rature ni surcharge.

Elle doit être conforme au modèle prévu par la convention.



• Facture et annexe consultables sur ameli : [taxi-conventionne](#) / [exercice-professionnel](#) / [facturation](#) / [modalites-facturation](#)

• Pour toute commande d'imprimés : [taxi-conventionne](#) / [contacts](#) / [commandes-des-imprimés](#)

ANNEXE À LA FACTURE TRANSPORT(S) PAR TAXI CONVENTIONNÉ

N° de la facture : _____ Feuille n° _____

Renseignements concernant la personne transportée et l'assuré(e) :

Nom(s) et prénom(s) de la personne transportée : _____
 Si le transporteur est un particulier (transporteur) : _____
 Si le personnel transporteur est un assuré(e) : _____
 nom(s) et prénom(s) de l'assuré(e) : _____
 (nom de naissance suivi si besoin du nom d'usage)

Identification de l'entrepreneur

N° AM : _____
 Cachet : _____

Renseignements concernant les trajets factures

Trajet	Depart (lieu de prise en charge du patient) Date	Arrivée (lieu d'arrivée en charge) Heure - Adresse - Code Insee - Finess géographique*	Majoration N ou F	Nb patients	Trajet seul ou patients - 1 ?	% alignement sur tarif de base	Distance parcours (km)	Conducteur	Remarques utilisation véhicule	N°ADS	Aller ou retour lien avec hospice ?	Suppl. Social (DROM) (€)	N° Méd. pléage
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													

* Si départ ou arrivée dans un établissement de la liste ci-dessous, le trajet doit au forfait grande ville. ** Le seul de 30 km constitue un minima, une valeur supérieure peut avoir été négociée localement avec l'organisme local d'assurance maladie.

Détail des suppléments locaux :

- ☐ SUBROGATION : L'ASSURÉ(E) AUTORISE LE VERSEMENT DIRECT AU TRANSPORTEUR DU MONTANT REMBOURSABLE DU (DES) TRANSPORT(S) DÉSIGNÉ(S) CI-DESSUS. Il s'engage, s'il y a lieu, à payer au transporteur tout ou partie de la facture en cas de refus total ou partiel de prise en charge par l'organisme d'assurance maladie.
- ☐ L'assuré(e) refuse le transport partagé et paie directement le transporteur sans dispense d'avance de frais.
- ☐ ATTESTATION : L'ASSURÉ(E) ou la personne transportée, ou son représentant légal, ATTESTE DE LA RÉALITÉ ET DES CONDITIONS DU (DES) TRANSPORTS DÉTAILLÉ(S) CI-DESSUS.

Fait à :

Le :

Signature :

Impossibilité de signer : ☐

La loi rend possible l'annulation ou l'empêchement quiconque se rend coupable de fautes ou de fautes déclarées (articles L. 377 du Code de la sécurité sociale, L377 du Code rural, 441-1 du Code Rural).

606b-09/2025



LES CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE

Seuls les transports effectués par des entreprises de taxis conventionnées sont pris en charge par l'Assurance Maladie.

Les transports pouvant être pris en charge sont :

- ▶ **Hospitalisation** (entrée, sortie).
- ▶ Soins et traitements en rapport avec un **Accident du Travail**.
- ▶ Soins et traitements en rapport avec une **Affection de Longue Durée** lorsque l'incapacité ou la déficience du patient ne lui permet pas de se déplacer par ses propres moyens.
- ▶ Transport en un lieu distant de **plus de 150 km** : soumis à accord préalable.
- ▶ **Transport en série** : 4 transports de plus de 50 km aller sur une période de 2 mois pour le même traitement : soumis à accord préalable.
- ▶ **Convocation** au service médical.
- ▶ Consultation médicale **d'appareillage** ou chez un fournisseur.

Remarque : pour les transports soumis à accord préalable, l'absence de réponse sous 15 jours vaut accord.

LE RÉFÉRENTIEL DE PRESCRIPTION (ARRÊTÉ DU 23 DÉCEMBRE 2006)

Le Transport Assis Professionnalisé peut-être prescrit aux assurés présentant au moins une déficience ou une incapacité suivante :

- Déficience ou incapacité physique invalidante nécessitant une aide au déplacement technique ou humaine mais ne nécessitant ni brancardage ni portage.
- Déficience ou incapacité intellectuelle ou psychique nécessitant l'aide d'une tierce personne pour la transmission des informations nécessaires à l'équipe soignante en l'absence d'un accompagnant.
- Déficience nécessitant le respect rigoureux des règles d'hygiène.
- Déficience nécessitant la prévention du risque infectieux par la désinfection rigoureuse du véhicule.



CPAM31- 2025 - 584 - 1225
Crédit images : ©AdobeStock, ©CPAM31



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Haute-Garonne