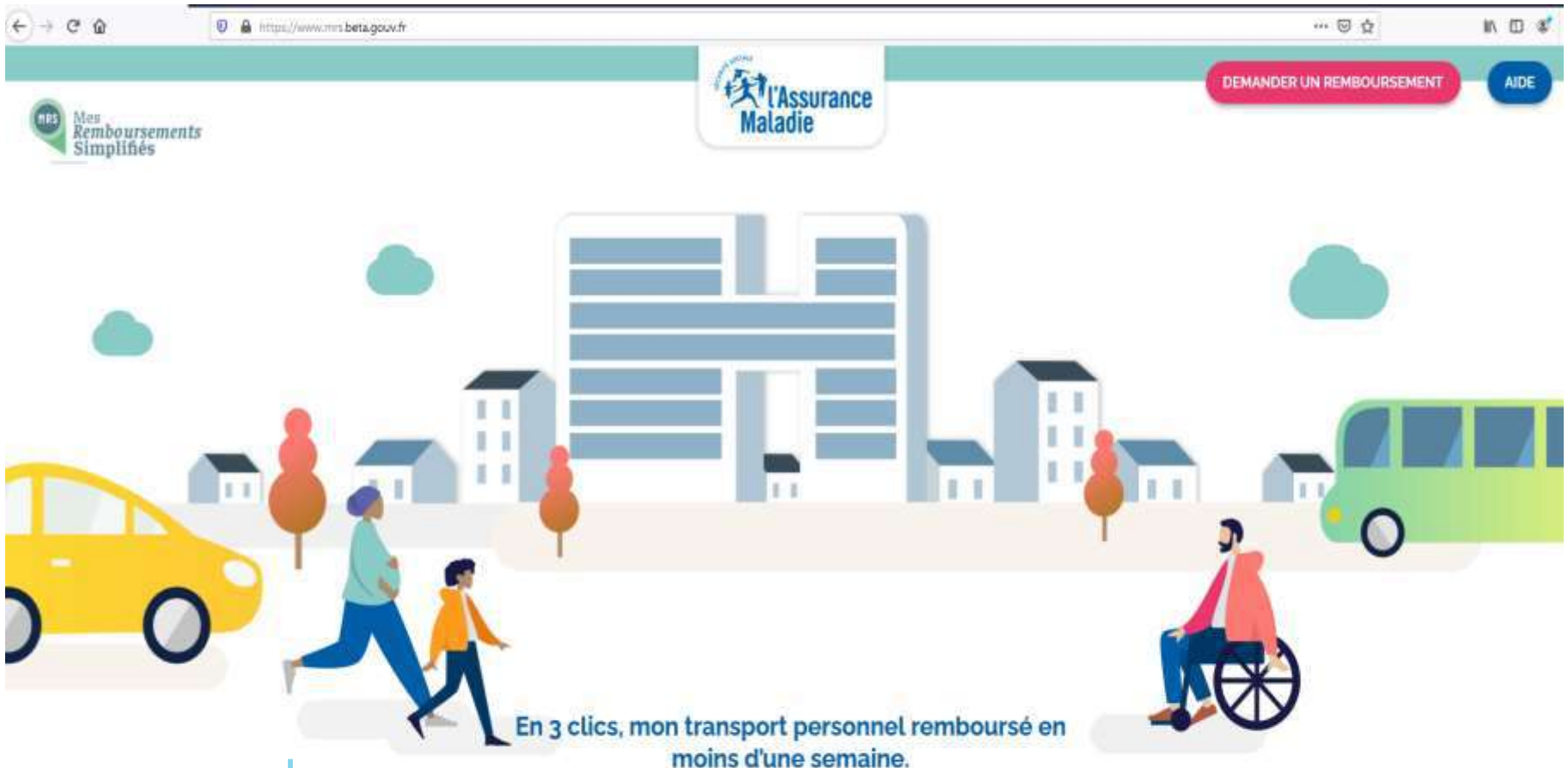


# La démarche pas- à- pas : étape préalable

ETAPE (0) : L'assuré se rend sur le site « <https://www.mrs.beta.gouv.fr> »



L'assuré clique sur  
« **demandeur un  
remboursement** »





# La démarche pas- à- pas : étape 1/5

**ETAPE (1)** : L'assuré indique sa région et la CPAM de son département

## 1 CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE

Votre région


Auvergne-Rhône-Alpes

Votre caisse d'assurance maladie

CPAM de l'Isère

?

# La démarche pas-à-pas : étape 2/5

 **ETAPE (2) :** L'assuré indique le type de prescription médicale de transport reçu

## 2 PRESCRIPTION MÉDICALE POUR UN TRANSPORT

Quel type de prescription médicale avez-vous reçue pour ce transport ?

Prescription papier (PMT)  Prescription électronique (PMET)  Convocation Service Médical

**FICHIER**

Format **jpeg, png** ou **pdf** - **4Mo maximum** par fichier.

Attention à bien respecter les **formats** et la **taille** des fichiers indiqués

## 2 PRESCRIPTION MÉDICALE POUR UN TRANSPORT

Quel type de prescription médicale avez-vous reçue pour ce transport ?

Prescription papier (PMT)  Prescription électronique (PMET)  Convocation Service Médical

Où trouver votre numéro de PMET ?

Le numéro de PMET se trouve dans la page supérieure du document.

Numéro de Prescription Électronique

**Prescription médicale électronique de transport**  
**Exemplaire patient**

Patient(e) : **KCRSIA BEATRICE**

N° de la prescription : **FR 01 07P Z8Y T7Q 8**

Indiquer le **numéro** de prescription électronique

## 2 PRESCRIPTION MÉDICALE POUR UN TRANSPORT

Quel type de prescription médicale avez-vous reçue pour ce transport ?

Prescription papier (PMT)  Prescription électronique (PMET)  Convocation Service Médical

Date du rendez-vous avec le médecin conseil de l'Assurance Maladie

jj / mm / aaaa

Au format jj/mm/aaaa, par exemple 31/12/2000

Indiquer la **date** de convocation au service médical



# La démarche pas- à- pas : étape 3/5


**ETAPE (3) : L'assuré complète ses coordonnées**

## 3 IDENTITÉ DE LA PERSONNE TRANSPORTÉE

Prénom	Nom de famille
Fabrice	Muller
Numéro de Sécurité sociale	
1541038999555	
Si le patient transporté est mineur, indiquer le numéro de Sécurité sociale de son parent	
Date de naissance	
01/10/1954	
Adresse email	
fabricemuller@mail.fr	

**i** Information par mail tout au long de la demande de remboursement : accusé de réception du dossier, confirmation du remboursement.  
Le mail renseigné n'est pas forcément unique.

# La démarche pas-à-pas : étape 4/5

 **ETAPE (4) :** L'assuré indique les modalités de transports

## 4 TRANSPORT EFFECTUÉ

Informations sur le transport

Aller retour  Aller simple

Avez-vous des transports itératifs\* à déclarer ?  
\*Les transports itératifs sont des transports réguliers de distance identique (même lieu de départ, même lieu d'arrivée)

Combien de trajets itératifs ?

2

Date de l'aller : jj/mm/aaaa

Date de retour : jj/mm/aaaa

Date de l'aller 2 : jj/mm/aaaa

Date de retour 2 : jj/mm/aaaa

1

Indiquer **le nombre de trajets effectués**

2

Indiquer **la date des trajets correspondants**

# La démarche pas- à- pas : étape 4/5 suite



**ETAPE (4 suite)** : L'assuré indique le type de voyage  
(voyage en véhicule personnel ou voyage en transports en commun)

Avez vous voyagé en véhicule personnel ?  
(Voiture, moto)

Nombre total de kilomètres :

Indiquez le nombre total de kilomètres parcourus : Par exemple, vous réalisez 2 trajets de 40 kilomètres aller/retour : déclarez 80 kilomètres parcourus.

Frais de péage	Frais de stationnement
0	0
Somme totale des frais de péage (en € TTC)	Somme totale des frais de stationnement (en € TTC)

OU

Avez vous voyagé en transports en commun ?

(Avion, bus, métro, train, bateau...)

Frais de transports

0


Somme totale des frais de transport en commun (en € TTC)

FICHER

Joindre vos justificatifs de transport en commun.  
Format **jpeg**, **png** ou **pdf** - **4Mo maximum** par fichier.

Attention à bien  
respecter les  
**formats** et la **taille**  
des fichiers indiqués

# La démarche pas- à- pas : étape 5/5


 **ETAPE (5) :** L'assuré valide l'exactitude des renseignements indiqués

## 5 ATTESTATION SUR L'HONNEUR

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus

[Conditions d'utilisation](#)

VALIDER MA DEMANDE

 Conserver pendant 33 mois les pièces justificatives du transport (original de la prescription médicale de transport, ticket de péage, de parking...). Ces documents pourront être demandés à l'assuré par l'Assurance maladie dans le cadre de contrôles.