

PRÉSENTATION DES TÉLÉSERVICES

Pas-à-pas



**Demande de
remboursement
frais de transport**

La démarche pas- à- pas : étape préalable

📍 **ETAPE (0)** : Rendez-vous sur le site << <https://www.mrs.beta.gouv.fr> >>



En 3 clics, mon transport personnel remboursé en moins d'une semaine.

Cliquez sur
<< **Demander un
remboursement** >>

DEMANDER UN REMBOURSEMENT



La démarche pas- à- pas : étape 1/5

ETAPE (1) : Indiquez votre région et la CPAM de votre département

1

CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE

Votre région

Auvergne-Rhône-Alpes



Indiquez votre région

Votre caisse d'assurance maladie

CPAM de l'Isère



Indiquez votre
caisse d'Assurance
Maladie



La démarche pas- à- pas : étape 2/5

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 ?

Votre numéro de PMET se trouve dans la partie supérieure du document.

Numéro de Prescription Électronique

Prescription médicale électronique de transport
Exemplaire patient

Patient(e) : **KORSIA BEATRICE**

N° de la prescription : **FR 01 07P Z6Y T7G 8**

Statut : Pr

Indiquez 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

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



La démarche pas- à- pas : étape 3/5

ETAPE (3) : Complétez vos coordonnées

3 IDENTITÉ DE LA PERSONNE TRANSPORTÉE

Prénom

Fabrice

Nom de famille

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

① Vous recevrez des informations 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) : Indiquez 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

Indiquez **le nombre de trajets effectués**

2

Indiquez **la date des trajets** correspondants

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

 **ETAPE (4 suite)** : Indiquez le type de voyage
(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

Somme totale des frais de péage (en € TTC)

Frais de stationnement

Somme totale des frais de stationnement (en € TTC)

OU

☒ Avez vous voyagé en transports en commun ?

(Avion, bus, métro, train, bateau...)

Frais de transports

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) : Validez 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



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