**TRANSPORT MEDICO-SANITAIRE**

# Qui doit introduire une demande d’agrément[[1]](#footnote-1) ?

L’obligation d’agrément concernent les sociétés :

1. Qui réalisent des transports médico-sanitaires, également appelés transports non-urgents de patient,
2. Dont le siège d’exploitation se situe sur le territoire bruxellois,
3. Et qui, en raison de leur organisation, doivent être considérées comme appartenant exclusivement à la Commission communautaire française.

En d’autres termes, si votre société est organisée exclusivement en français *(ex : vos statuts ne sont pas publiés dans les deux langues)*, vous devez vous adresser à nos services pour introduire votre demande d’agrément.

# Comment introduire une demande d’agrément ?

Pour introduire votre demande d’agrément (provisoire) ou de prorogation d’agrément, veuillez compléter le formulaire ci-après, de manière numérique uniquement, et l’envoyer soit par :

* courriel à l’adresse transportmedicosanitaire@spfb.brussels ;
* voie postale à l’adresse suivante :

Commission communautaire française

Direction d'Administration de l’Action sociale, la Santé, la Cohésion sociale et l’Enfance

Service d’Appui et des Politiques transversales

Cellule Transport médico-sanitaire

Rue des Palais, 42

1030 Bruxelles.

# Quand dois-je introduire ma demande de prorogation d’agrément ?

Votre demande de prorogation d’agrément doit être introduite, **au plus tard, six mois avant l’expiration de votre agrément en cours**.

# Qui contacter en cas de question ?

Vous pouvez envoyer vos questions relatives au présent formulaire par courriel à l’adresse : transportmedicosanitaire@spfb.brussels.

Attention, l’introduction de votre demande n’entraine pas automatiquement l’octroi d’un agrément (provisoire) ou sa prorogation.

Nous restons à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Le Service d’Appui et des Politiques transversales

Direction d'Administration de l’Action sociale, la Santé, la Cohésion sociale et l’Enfance

**Formulaire de demande d’agrément (provisoire), de dispense**

**ou de prorogation d’agrément**

|  |
| --- |
| **INFORMATIONS GENERALES** |
| Date de la demande  |  |
| Nom du service : |  |
| Forme juridique*ASBL – CPAS – SPRL – Société anonyme - …* |  |
| Adresse du siège social |  |
| Adresse(s) de la/des base(s) de départ des véhicules |  |
| Numéro d’entreprise |  |
| Numéro d’agrément si prorogation |  |
| Numéro d'agrément si agréé auprès d'une autre autorité publique |  |
| Personne de contact  |  |
| Fonction de la personne de contact |  |
| Email  |  |
| Tél  |  |
| Site internet |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **TYPE DE DEMANDE** | ☐ Agrément provisoire[ ]  Agrément[ ]  Prorogation d’agrément |

|  |  |
| --- | --- |
| Agréée ? | Non/Oui *Si oui, complétez les données ci-dessous.* |
| Agréée en tant que | Secteur | Autorité d’agrément  | Période d’agrément |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **ASSURANCE EN RESPONSABILITÉ CIVILE**  |
| Nom de l’assureur |  |
| Numéro de police d’assurance |  |

|  |
| --- |
| **VÉHICULES**  |
| Marque | Propriété / contrat de vente à tempérament / contrat de location-financement / contrat de location-vente / remplacement temporaire | Plaques d’immatriculation | Date de la première mise en circulation | Date du dernier contrôle technique | Type (ambulance ou VSL) | Code EURO | Type de carburant |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **PERMANENCE TÉLÉPHONIQUE** *Art. 8 de l'arrêté du 9 décembre 2021*[[2]](#footnote-2) |
| Numéro de téléphone de la permanence |  |
| Heures d’ouverture de la permanence téléphonique |  |

|  |
| --- |
| **RESPONSABLES MÉDICAL ET GÉNÉRAL** |
| Nom, prénom et qualification du responsable médical*Art. 12 de l'arrêté du 9 décembre 2021* |  |
| Nom, prénom et qualification du responsable général*Art. 13 de l'arrêté du 9 décembre 2021* |  |

|  |
| --- |
| **COLLABORATEURS**Les personnes qui réalisent un transport médico-sanitaire pour un service*Art. 4 de l'arrêté du 17 janvier 2019*[[3]](#footnote-3) |
| Nom | Prénom | Qualifications | n° d’agrément / visa (le cas échéant) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **TARIFS** |
| Prix minimum pour chaque type de transport*Art. 26 de l'arrêté du 9 décembre 2021* |  |
| Données utilisées pour calculer le tarif*Art. 4 de l'arrêté du 17 janvier 2019* |  |

**ANNEXES À FOURNIR**

*Si une annexe n’est pas disponible, merci d’expliquer pourquoi, ainsi que le délai nécessaire à une mise en conformité.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Fonctionnement et organisation interne**  | Motif de l'indisponibilité |
|  | Procédure relative à l’hygiène des collaborateurs et des tenues.*Art. 2. §1. de l'arrêté du 9 décembre 2021* | [ ] Disponible [ ] Non disponible  |  |
|  | Procédure relative à l’identification des patients.*Art. 2. §1. de l'arrêté du 9 décembre 2021* | [ ] Disponible [ ] Non disponible |  |
|  | Procédure relative à la sécurité et au confort des patients pendant le transport*Art. 2. §1. de l'arrêté du 9 décembre 2021* | [ ] Disponible [ ] Non disponible |  |
|  | Procédure relative à la prise en charge de patients contagieux ou présentant un risque de contagion*Art. 2. §1. de l'arrêté du 9 décembre 2021* | [ ] Disponible [ ] Non disponible |  |
|  | Procédure relative au nettoyage et à la décontamination des véhicules et du matériel présent à bord*Art. 2. §1. de l'arrêté du 9 décembre 2021* | [ ] Disponible [ ] Non disponible |  |
|  | Procédure relative à l’évacuation des déchets, ainsi que ceux des patients présentant un risque de contagion*Art. 2. §1. de l'arrêté du 9 décembre 2021* | [ ] Disponible [ ] Non disponible |  |
|  | Procédure relative au traitement des plaintes*Art. 2. §1. de l'arrêté du 9 décembre 2021* | [ ] Disponible [ ] Non disponible |  |
|  | Plan financier démontrant que le service dispose des moyens nécessaires pour acquérir le matériel et engager le personnel requis. *Art. 4 de l'arrêté du* *17 janvier 2019* | [ ] Disponible [ ] Non disponible |  |
| **Pharmacien (art. 4 de l'arrêté du 9 décembre 2021)** |
|  | Convention de collaboration avec un pharmacien pour l’approvisionnement en d’oxygène | [ ] Disponible [ ] Non disponible |  |
| **Assurance (art. 5 de l'arrêté du 9 décembre 2021)** | Non disponible car ……. |
|  | Copie de l’assurance en responsabilité civile pour le service et l’ensemble des collaborateurs | [ ] Disponible [ ] Non disponible |  |
|  | Copie la plus récente attestant du paiement ONSS | [ ] Disponible [ ] Non disponible |  |
|  | Copie la plus récente attestant du paiement d'impôts | [ ] Disponible [ ] Non disponible |  |
| **Caractéristiques techniques des véhicules (art. 17 et 21 de l'arrêté du 9 décembre 2021)** | Non disponible car ……. |
|  | Documents relatifs aux contrôles techniques des véhicules*Art. 4 de l'arrêté du 17 janvier 2019* | [ ] Disponible [ ] Non disponible |  |
|  | Accréditation obtenue auprès d’un organisme de contrôle indépendant pour les normes d’agrément relatives aux caractéristiques techniques des véhicules*Art. 29 de l'arrêté du 9 décembre 2021* | [ ] Disponible [ ] Non disponible |  |
| **Collaborateurs** | Non disponible car ……. |
|  | Copie des agréments et visas des collaborateurs *Art. 4 de l'arrêté du 17 janvier 2019* | [ ] Disponible [ ] Non disponible |  |
|  | Copie des diplômes et certificats linguistiques des collaborateurs *Art. 25 de l'arrêté du 9 décembre 2021* | [ ] Disponible [ ] Non disponible |  |
| **Tarifs**  | Non disponible car ……. |
|  | Document affiché dans les véhicules précisant les tarifs et les suppléments.*Art. 26 de l'arrêté du 9 décembre 2021* | [ ] Disponible [ ] Non disponible |  |
|  | Exemple de facture anonymisée.*Art. 27 de l'arrêté du 9 décembre 2021* | [ ] Disponible [ ] Non disponible |  |
| **Activité antérieure au 18 février 2019** | Non disponible car ……. |
|  | Preuves (par toute voie de droit) de l’existence d’une activité antérieure au 18 février 2019.*(par ex: une facture antérieure au 18 février 2019)* | [ ] Disponible [ ] Non disponible |  |

**IV.** **Déclaration sur l’honneur**

|  |
| --- |
| Je certifie que toutes les données reprises dans ce document sont sincères et exactes. |
| Je certifie avoir l’autorisation de signer ce formulaire de demande d'agrément. |
| Je suis d’accord avec le traitement par la Commission communautaire française des données à caractère personnel demandées dans ce formulaire dans le cadre de l’accomplissement de ses missions et, plus spécifiquement, dans le cadre d'une demande d'agrément. Vous retrouverez plus d’informations sur la politique de confidentialité de la Commission communautaire française sur notre site internet. |
| Nom | ………. |
| Prénom | ………. |
| Fonction | ………. |
| Date | ………. |

Signature

|  |
| --- |
|  |

1. L'obligation d'agrément est récente. Elle a pour objectif d'assurer un service de qualité pour tous les patients et de permettre à toutes les sociétés de transport de patients d'être régies par les mêmes règles. [↑](#footnote-ref-1)
2. Arrêté du 9 décembre 2021 du Collège de la Commission communautaire française fixant les normes d’agrément auxquelles doivent répondre les services de transport médico-sanitaire de patients pour être agréés [↑](#footnote-ref-2)
3. Arrêté du Collège de la Commission communautaire française du 17 janvier 2019 portant exécution du Décret du 22 février 2018 relatif à l'organisation du transport médico sanitaire [↑](#footnote-ref-3)