

cure thermale

questionnaire de prise en charge

à adresser à votre
organisme d'affiliation

l'assuré(e) et le bénéficiaire de la cure thermale

● l'assuré(e)

| | |
|---|-----------------------------------|
| n° d'immatriculation | date de naissance |
| nom-prénom (suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage) | |
| adresse | |
| code postal | |
| s'agit-il d'un accident causé par un tiers ? <input type="checkbox"/> oui | date <input type="checkbox"/> non |

● le bénéficiaire de la cure (s'il n'est pas l'assuré)

| | |
|--------|-------------------|
| nom | date de naissance |
| prénom | |

● le nombre de cures déjà effectuées (facultatif - indiquer les 3 dernières)

| | | | |
|--------------|--|--|--|
| année(s) | | | |
| station(s) | | | |
| orientations | | | |

le prescripteur

je, soussigné(e), certifie que
est atteint d'une affection justifiant une cure thermale dans l'orientation thérapeutique indiquée ci-dessous

| | |
|---|---|
| station prescrite | |
| un traitement thermal annexe est-il justifié dans une autre orientation de la station | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| si oui, laquelle ? | |

● mentions spéciales

| | |
|--|---|
| l'état du malade justifie-t-il médicalement l'hospitalisation ? | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| s'il s'agit d'un enfant son placement en maison d'enfants est-il demandé ? | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |

| | |
|--|---|
| la cure est-elle prescrite dans le cadre d'une affection de longue durée (art. L. 324-1) ? | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| dans l'affirmative, cette affection est-elle exonérante (liste ou hors liste) ? | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| est-elle en rapport avec un accident du travail ou une maladie professionnelle ? | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| si oui, numéro de l'AT/MP ou date | |
| est-elle en rapport avec l'affection pour laquelle le patient est pensionné de guerre ? | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |

j'atteste l'absence de toute contre-indication liée à l'état général du malade connue à ce jour

signature de
l'assuré(e)signature du
médecin

date

cachet du médecin

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. L. 377-1 du Code de la Sécurité Sociale, 441-1 du Code Pénal)

La loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de votre organisme d'assurance maladie.

cure thermale

déclaration de ressources

Vous êtes assuré(e). Vous ou l'un de vos ayants-droit souhaitez suivre une cure thermale, veuillez compléter ce document.

identification des personnes vivant au foyer

● l'assuré(e)

| | |
|---|-------------------|
| n° d'immatriculation | date de naissance |
| nom-prénom (suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage) | |
| adresse | |
| code postal | |

● le bénéficiaire de la cure (s'il n'est pas l'assuré)

| | |
|--------|-------------------|
| nom | date de naissance |
| prénom | |

● l'identité des personnes vivant au foyer

| leur nom | leur prénom | vos liens de parenté | date de naissance |
|----------|-------------|----------------------|-------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

date de la demande de prise en charge

ressources annuelles de votre foyer (en euros)

● vos ressources et celles des personnes vivant au foyer pour l'année précédant la prescription de la cure

| les revenus | vous | vos conjoint | autres | vos enfants | vos ascendants |
|---|------|--------------|--------|-------------|----------------|
| salaires et autres revenus professionnels | | | | | |
| autres ressources | | | | | |

total des ressources déclarées

j'atteste sur l'honneur, l'exactitude des renseignements portés ci-dessus. signature

à le

informations concernant la déclaration de vos ressources

● elle concerne les ressources annuelles de votre foyer

Nous vous invitons à remplir cet imprimé et à le retourner à votre organisme d'assurance maladie. Si vous avez déjà connaissance que vos ressources ne vous permettent pas de bénéficier des prestations supplémentaires (transport, hébergement, indemnités journalières) ne remplissez pas la partie concernant les personnes vivant au foyer, ni celle relative aux ressources mais précisez "sans objet". Complétez simplement votre identification.

Les ressources prises en considération sont celles de l'assuré, de son conjoint ou de la personne vivant maritalement avec lui, des enfants à charge (salaire d'emploi de vacances par exemple), des ascendants, des personnes qui vivent au foyer et sont, au moins partiellement à charge.

Toutes les ressources (revenus professionnels, prestations sociales, revenus immobiliers et mobiliers...) sont à déclarer y compris celles qui ne sont pas soumises à l'impôt sur le revenu.

JOIGNEZ LES JUSTIFICATIFS.

● n'hésitez pas à nous contacter pour tout renseignement complémentaire

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. L 377-1 du Code de la Sécurité Sociale, 441-1 du Code Pénal)

La loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de votre organisme d'assurance maladie.

cure thermale

questionnaire de prise en charge

notice

le choix de la station thermale

Assurez-vous auprès de votre organisme d'assurance maladie que la station thermale choisie est bien autorisée pour la ou les orientation(s) thérapeutique(s) correspondant à l'affection à traiter.
N'effectuez pas votre cure dans une station autre que celle désignée sur la prise en charge, vous ne seriez pas remboursé.

la demande de prise en charge

- à qui l'envoyer ?

A votre organisme d'assurance maladie.

- quand ?

Dès qu'elle aura été remplie par votre médecin traitant et complétée par vos soins.

la réponse de l'organisme d'assurance maladie

Votre prise en charge de cure thermale qui vous précisera la nature des prestations accordées, vous sera adressée dans les délais les plus brefs. Si vous le souhaitez, vous pouvez demander à ce qu'elle vous soit, dans la mesure du possible, remise sur place lors du dépôt de votre demande.

En cas de refus, une notification vous précisera le motif et les possibilités de recours qui vous sont offertes.

les orientations thérapeutiques des stations : abréviations

| | | | |
|-----|--|-----|--|
| RH | rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires | PHL | phlébologie |
| VR | voies respiratoires - ORL | PSY | traitement des affections psychosomatiques |
| AD | maladies de l'appareil digestif et maladies métaboliques | TDE | troubles du développement chez l'enfant (troubles de croissance) |
| GYN | gynécologie | NEU | neurologie |
| DER | dermatologie | MCA | maladies cardio-artérielles |
| AMB | affections des muqueuses bucco-linguales | AU | maladies de l'appareil urinaire et maladies métaboliques |