

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

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 ? oui date non

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

nom

prénom

date de naissance

● **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 oui non
si oui, laquelle ?

● **mentions spéciales**

l'état du malade justifie-t-il médicalement l'hospitalisation ? oui non
s'il s'agit d'un enfant son placement en maison d'enfants est-il demandé ? oui non

la cure est-elle prescrite dans le cadre d'une affection de longue durée (art. L 324-1) ? oui non

dans l'affirmative, cette affection est-elle exonérante (liste ou hors liste) ? oui non

est-elle en rapport avec un accident du travail ou une maladie professionnelle ? oui 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 ? oui 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.