



PRISE EN CHARGE ADMINISTRATIVE DE CURE THERMALE ET FACTURATION

N° 11140*04

HONORAIRES MÉDICAUX

N° de facture

VOLET 1

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURÉ(E)

N° d'immatriculation

Nom - Prénom

Nom d'usage

Adresse

Régime Code organisme affiliation Code organisme du lieu de cure

CURISTE

Nom Prénom

Qualité Date de naissance et rang Nature assurance Code exonération

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DE LA CURE

- Année civile droits jusqu'au

• 1^{re} orientation thérapeutique

• station de

- traitement thermal annexe dans la 2^e orientation thérapeutique

avec exonération ALD Soins particuliers exonérés FSV Divers

sans exonération Frais médicaux et de traitement Frais d'hébergement et de transport

1 ^{re} orientation			2 ^e orientation		
Base légale %	Base compl. %	Total	Base légale %	Base compl. %	Total

• l'hospitalisation est justifiée OUI NON

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

AT/MP Date N° dossier

RCT Date N° dossier

N° prescripteur Spécialité

Date de prescription

Fait, le

à

Le Directeur L'Agent Comptable

Cachet de l'organisme délivrant la prise en charge

CACHET D'IDENTIFICATION DU MÉDECIN THERMAL (comportant le n° d'identification)

Surveillance de la première orientation

Surveillance de la seconde orientation

FORFAIT DE SURVEILLANCE MÉDICALE

DATE DE LA SURVEILLANCE		Montants (en euros) des honoraires payés au praticien Indiquer, s'il y a lieu : DP - DE	Signature attestant la surveillance et le paiement
DU	AU		
TOTAL			€

PRATIQUES MÉDICALES COMPLÉMENTAIRES

(ne pouvant être effectuées que dans les stations et pour les orientations thérapeutiques désignées limitativement dans la nomenclature des actes professionnels)

Dates des actes	Coefficient actes	Montant (en euros) des honoraires payés au praticien Indiquer, s'il y a lieu : DP - DE	Orientations thérapeutiques		Signature attestant la prestation des actes et le paiement
			1 ^{re}	2 ^e	
TOTAL					€



PRISE EN CHARGE ADMINISTRATIVE DE CURE THERMALE ET FACTURATION

N° de facture

N° 11140 04

A compléter par l'établissement

VOLET 2

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURÉ(E)

N° d'immatriculation

Nom - Prénom

Nom d'usage

Adresse

Régime

Code organisme affiliation

Code organisme du lieu de cure

CURISTE

Nom Prénom

Qualité

Date de naissance et rang

Nature assurance

Code exonération

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DE LA CURE

- Année civile droits jusqu'au

• 1^{re} orientation thérapeutique

• station de

- traitement thermal annexe dans la 2^e orientation thérapeutique

avec exonération ALD Soins particuliers exonérés FSV Divers

sans exonération

Frais médicaux et de traitement Frais d'hébergement et de transport

1 ^{re} orientation			2 ^e orientation		
Base légale %	Base compl. %	Total	Base légale %	Base compl. %	Total

• l'hospitalisation est justifiée OUI NON

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

AT/MP Date N° dossier

RCT Date N° dossier

N° prescripteur Spécialité

Date de prescription

Fait, le

à

Le Directeur

L'Agent Comptable

Cachet de l'organisme délivrant la prise en charge

CACHET D'IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT
comportant le n° FINESS

JOINDRE LA (OU LES) PRESCRIPTION(S)

cure suivie

du au

TRAITEMENT CONVENTIONNEL EXÉCUTÉ

1^{ère} ORIENTATION

FORFAIT	N° 1	<input type="text"/>	€
	N° 2	<input type="text"/>	€
	N° 3	<input type="text"/>	€
KINÉSITHÉRAPIE	ind.	<input type="text"/>	€
19 séances	col.	<input type="text"/>	€
18 séances	ind.	<input type="text"/>	€
	col.	<input type="text"/>	€

Détail du traitement exécuté (y compris kinésithérapie)

Codif.	Nombre de séances	Codif.	Nombre de séances

2^{ème} ORIENTATION

FORFAIT Montant €

Détail du traitement exécuté

Codif.	Nombre de séances	Codif.	Nombre de séances

Fait le à

SIGNATURE du Directeur de l'établissement,
certifiant l'exactitude des renseignements ci-dessus.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURÉ(E)

N° d'immatriculation
Nom - Prénom
Nom d'usage
Adresse

Régime

Code organisme affiliation

Code organisme du lieu de cure

CURISTE

Nom Prénom
 Qualité Date de naissance et rang

Nature assurance Code exonération

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DE LA CURE

- Année civile droits jusqu'au
 • 1^{re} orientation thérapeutique
 • station de
 - traitement thermal annexe dans la 2^e orientation thérapeutique

avec exonération ALD Soins particuliers exonérés FSV Divers
 sans exonération Frais médicaux et de traitement Frais d'hébergement et de transport

1 ^{re} orientation			2 ^e orientation		
Base % légale	Base % compl.	Total	Base % légale	Base % compl.	Total
					Forfait de surveillance médicale
					Pratiques médicales complémentaires
					Forfait thermal

• l'hospitalisation est justifiée OUI NON

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

AT/MP Date N° dossier
 RCT Date N° dossier

N° prescripteur Spécialité
 Date de prescription

Fait, le
 à
 Le Directeur L'Agent Comptable

Cachet de l'organisme délivrant la prise en charge

FRAIS DE DÉPLACEMENT

A compléter par le curiste
ou la personne l'accompagnant

DATES ALLER/RETOUR	DÉPART HEURE/LIEU	ARRIVÉE HEURE/LIEU	MOYEN DE TRANSPORT (si voit. particulière puisss. CV et km)	TAUX DE RÉDUCTION	DÉPENSE CURISTE (€)	DÉPENSE PERSONNE ACCOMP. (€)

FRAIS DE DÉPLACEMENT (ne concerne pas les curistes hospitalisés)

A compléter par le curiste
ou la personne l'accompagnant

Le curiste, ou la personne l'accompagnant, certifie qu'il a été hébergé pendant période du au

et qu'à ce titre, il a engagé la somme de €

Le curiste ou la personne l'accompagnant certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur ce volet et en particulier que le curiste n'était pas en droit (pour les frais de déplacement) de bénéficier de réductions supérieures à celles mentionnées dans la colonne «taux de réduction» et demande le remboursement des dépenses engagées dans limite des plafonds en vigueur.

CERTIFIÉ EXACT PAR : NOM
 Prénom
 Fait le à

Signature