cerfa
N° 11140*05

PRISE EN CHARGE ADMINISTRATIVE DE CURE THERMALE ET FACTURATION

N° de facture

VOLET 1

HONORAIRES MEDICAUX

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(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

CONDITION DE PRISE EN CHARGE DE LA CURE

Année civile | droits jusqu'au
1re orientation thérapeutique
station de
traitement thermal annexe dans la 2e orientation thérapeutique
avec exonération ☐ ALD ☐ Soins particuliers exonérés ☐ FSV ☐ divers
sans exonération ☐

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

1re orientation				2e orientation		
Base légale %	Base compl. %	Total	(Réservé MSA)	Base légale %	Base compl. %	Total
			Forfait de surveillance médicale			
			Pratiques médicales complémentaires			
			Forfait thermal			

L'hospitalisation est justifiée Oui Non

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

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

N° prescripteur | spécialité
Date de prescription

Fait à :
Le :

Le Directeur | L'Agent Comptable | Cachet de l'organisme délivrant la prise en charge

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

Surveillance de la première orientation

Surveillance de la seconde orientation

FORFAIT DE SURVEILLANCE MEDICALE

Date de la consultation	Code forfait	Montants (en euros) des honoraires payés au praticien indiquer s'il y a lieu: DP-DE	Signature attestant la surveillance
TOTAL			Euros

PRATIQUES MEDICALES COMPLEMENTAIRES

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

Date des actes	Coefficient des actes	Montant (en euros) des honoraires payés au praticien indiquer s'il y a lieu DP-DE	Orientations thérapeutiques 1re	Orientations thérapeutiques 2 e	Signature attestant la prestation des actes
TOTAL					Euros

L'assuré n'a pas payé la part obligatoire ☐ L'assuré n'a pas payé la part complémentaire ☐

S 3328e

cerfa

N° 11140*05

PRISE EN CHARGE ADMINISTRATIVE DE CURE THERMALE ET FACTURATION

N° de facture

VOLET 2

A COMPLETER PAR L'ETABLISSEMENT

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(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

CONDITION DE PRISE EN CHARGE DE LA CURE

Année civile | droits jusqu'au
1re orientation thérapeutique
station de
traitement thermal annexe dans la 2e orientation thérapeutique

avec exonération ☐ ALD ☐ Soins particuliers exonérés ☐ FSV ☐ divers
sans exonération ☐

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

1re orientation			(Réservé MSA)	2e 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 COMPLEMENTAIRES

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

N° prescripteur | spécialité
Date de prescription

Fait à :
Le :

Le Directeur | L'Agent Comptable | Cachet de l'organisme délivrant la prise en charge

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

JOINDRE LA (OU LES) PRESCRIPTION(S)

cure suivie

du **au**

TRAITEMENT CONVENTIONNEL EXECUTE

1RE ORIENTATION

FORFAIT	**N°1**		Euros
	N°2		Euros
	N°3		Euros
KINESITHERAPIE	ind.		Euros
9 séances	col.		Euros
18 séances	ind.		Euros
	col.		Euros

Détail du traitement exécuté (y compris kinésithérapie)

codif.	nombre de séances	codif.	nombre de séances

2E ORIENTATION

FORFAIT Euros

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

S 3328e

cerfa

N° 11140*05

PRISE EN CHARGE ADMINISTRATIVE DE CURE THERMALE

VOLET 3

FRAIS DE DEPLACEMENT ET D'HEBERGEMENT

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(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

CONDITION DE PRISE EN CHARGE DE LA CURE

Année civile | droits jusqu'au
1re orientation thérapeutique
station de
traitement thermal annexe dans la 2e orientation thérapeutique

avec exonération ☐ ALD ☐ Soins particuliers exonérés ☐ FSV ☐ divers
sans exonération ☐

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

1re orientation				2e orientation		
Base légale %	Base compl. %	Total	**(Réservé MSA)**	Base légale %	Base compl. %	Total
			Forfait de surveillance médicale			
			Pratiques médicales complémentaires			
			Forfait thermal			

L'hospitalisation est justifiée Oui Non

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

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

N° prescripteur | spécialité
Date de prescription

Fait à :
Le :

Le Directeur | L'Agent Comptable | Cachet de l'organisme délivrant la prise en charge

FRAIS DE DEPLACEMENT — A compléter par le curiste ou la personne l'accompagnant

DATES ALLER/ RETOUR	DEPART HEURE/LIEU	ARRIVEE HEURE/LIEU	MOYEN DE TRANSPORT ET DISTANCE (si voit.particulière puiss.CV et km)	TAUX DE REDUCTION	DEPENSE CURISTE (euros)	DEPENSE PERSONNE ACCOMP. (euros)

FRAIS D'HEBERGEMENT (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

la période du ☐ au ☐

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

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 la limite des plafonds en vigueur.

CERTIFIE EXACT PAR : Nom .....

Prénom .....

Fait le ..... à .....

Signature ☐

S 3328e