RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté Égalité Fraternité

PRISE EN CHARGE DE CURE THERMALE

au titre d'une Affection Présumée Imputable au Service

(APIAS)

CNMSS.

cerfa N° 16137*04

VOLET 1
VOIR NOTICE AU DOS

FRAIS DE SURVEILLANCE MÉDICALE

NOTIFICATION DE PRISE EN CHARGE DE LA CURE

NOM PRENOM NIR

CP VILLE

L'intéressé bénéficie, au titre d'une affection présumée imputable au service du DATE AT, d'une autorisation de cure thermale pour l'année 20XX, en 1ère orientation thérapeutique XXXXX et en 2ème orientation thérapeutique XXXXX.

Les frais de surveillance thermale sont pris en charge selon la procédure de la dispense d'avance des frais, limités aux tarifs de responsabilité de la sécurité sociale, pour l'ensemble des soins et pratiques thermales prescrits par le médecin (forfait de base et soins complémentaires éventuels).

A TOULON le DATE

Pour le Directeur,
Par délégation,

FACTURATION (à compléter par le médecin thermal)

Surveillance de la 1re orientation Nom et **n° d'identification** du médecin thermal	Surveillance de la 2e orientation Nom et **n° d'identification** du médecin thermal

FORFAIT DE SURVEILLANCE MÉDICALE

Codification	Du au	Montant des honoraires	Signature attestant la surveillance*
TOTAL		€	

PRATIQUES MÉDICALES COMPLÉMENTAIRES

Date des actes	Coefficient des actes	Montant des honoraires	1re orientation thérapeutique	2e orientation thérapeutique	Signature attestant la réalisation des actes*
TOTAL				€	

*Si le curiste s'est acquitté des honoraires médicaux, veuillez apposer la mention "Pour acquit" en regard de votre signature attestant la surveillance et/ou la réalisation des actes.

NOTICE D'INFORMATION

1- Les frais de surveillance médicale sont pris en charge par la CNMSS, au nom et pour le compte de l'État - ministère des Armées, selon le principe du tiers payant.

Vous devez présenter au médecin de l'établissement thermal le **volet n° 1** sur lequel est porté au recto :

- la notification de prise en charge au titre de l'APIAS des frais de surveillance médicale de la cure thermale,
- la partie réservée à la facturation, qui doit être dûment complétée par le médecin thermal.

Le nom, ainsi que le numéro d'identification du médecin thermal, doivent être précisés.

Après avoir établi sa facturation, le médecin thermal appose sa signature attestant la surveillance des soins et la dispense d'avance des frais.

Si vous vous êtes acquitté des honoraires médicaux, le médecin doit porter la mention "Pour acquit" en regard de sa signature attestant la surveillance et/ou les actes complémentaires dispensés.

Attention : à compter du 1er janvier 2026 de nouvelles modalités de facturation de la surveillance médicale thermale sont fixées par l'article 81 de la convention nationale organisant les relations entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie 2024-2029.

Le nouveau STH d'un montant de 28€, est facturable à chaque fois qu'une consultation de surveillance thermale est réalisée (pas de facturation groupée), et au maximum 3 fois par cure (des consultations supplémentaires sont possibles mais sont à la charge du curiste).

2- Ce volet est à adresser à :

Caisse nationale militaire de sécurité sociale
Département soins et suivi du blessé et du pensionné
APIAS
247 avenue Jacques Cartier
83090 TOULON CEDEX 9

Conformément à la réglementation relative à la protection des données à caractère personnel, vous disposez de droits au regard de l'utilisation de vos données personnelles.
Pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles et sur vos droits, vous pouvez consulter la rubrique « Protection données personnelles » sur www.cnmss.fr.
Pour toute question sur le traitement de vos données par la CNMSS, ainsi que pour exercer vos droits, vous êtes invité à adresser votre demande par courriel à : protection-donnees-personnelles@cnmss.fr ou courrier postal à : CNMSS - Délégué à la protection des données personnelles 247 av J Cartier 83090 Toulon cedex 9 ».
Si, après avoir saisi le Délégué à la protection des données, vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la Commission nationale informatique et libertés. ».
La sincérité et l'exactitude des déclarations souscrites ou l'authenticité des pièces produites en vue de l'attribution et du paiement des prestations servies par les organismes de sécurité sociale peuvent être vérifiées dans le cadre de l'exercice du droit de communication réglementé par les articles L114-19 et suivants du code de la sécurité sociale.
Est passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration (articles 313-1, 313-2, 441-1 et 441-6 du code pénal).

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté Égalité Fraternité

PRISE EN CHARGE DE CURE THERMALE

au titre d'une Affection Présumée Imputable au Service

(APIAS)

CNMSS.

cerfa N° 16137*04

VOLET 2
VOIR NOTICE AU DOS

FRAIS DE SOINS THERMAUX

NOTIFICATION DE PRISE EN CHARGE DE LA CURE

NOM PRENOM NIR

CP VILLE

L'intéressé bénéficie, au titre d'une affection présumée imputable au service du DATE AT, d'une autorisation de cure thermale pour l'année 20XX, en 1ère orientation thérapeutique XXXXX et en 2ème orientation thérapeutique XXXXX.

Les frais de soins thermaux sont pris en charge selon la procédure de la dispense d'avance des frais, limités aux tarifs de responsabilité de la sécurité sociale pour l'ensemble des soins et pratiques thermales prescrits par le médecin (forfait de base et soins de kinésithérapie éventuels). Les prestations supplémentaires réalisées à la demande de l'intéressé restent à la charge de celui-ci.

A TOULON le DATE

Pour le Directeur,
Par délégation,

FACTURATION (à compléter par l'établissement thermal)

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

☐ Cure suivie du _____ au _____

☐ Cure interrompue le _____

1re ORIENTATION

	Codification		Montant
Forfait d'hydrothérapie	n° 1		€
	n° 2		€
	n° 3		€
Kinésithérapie 9 séances			€
18 séances			€

Détail du traitement exécuté (y compris kinésithérapie)			
Codification	Nombre de séances	Codification	Nombre de séances

2e ORIENTATION

Forfait	Codification	Nombre de séances	Codification	Nombre de séances
€				

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

Fait à _____ le _____

NOTICE D'INFORMATION

1- Les frais de soins thermaux sont pris en charge par la CNMSS, au nom et pour le compte de l'État - ministère des Armées, selon le principe du tiers payant.

Vous devez présenter à l'établissement thermal le **volet n° 2** sur lequel est porté au recto :

- la notification de prise en charge au titre de l'APIAS des frais de soins thermaux,
- la partie réservée à la facturation, qui doit être dûment complétée par l'établissement thermal.

Le cachet de l'établissement, précisant son nom et son numéro d'identification, doit être apposé.

Après avoir établi sa facturation, le directeur de l'établissement thermal appose sa signature attestant l'exécution des soins thermaux et la dispense d'avance des frais.

2- Ce volet est à adresser à :

Caisse nationale militaire de sécurité sociale
Département soins et suivi du blessé et du pensionné
APIAS
247 avenue Jacques Cartier
83090 TOULON CEDEX 9

Conformément à la réglementation relative à la protection des données à caractère personnel, vous disposez de droits au regard de l'utilisation de vos données personnelles.
Pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles et sur vos droits, vous pouvez consulter la rubrique « Protection données personnelles » sur www.cnmss.fr.
Pour toute question sur le traitement de vos données par la CNMSS, ainsi que pour exercer vos droits, vous êtes invité à adresser votre demande par courriel à : protection-donnees-personnelles@cnmss.fr ou courrier postal à : CNMSS - Délégué à la protection des données personnelles 247 av J Cartier 83090 Toulon cedex 9 ».
Si, après avoir saisi le Délégué à la protection des données, vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la Commission nationale informatique et libertés. ».
La sincérité et l'exactitude des déclarations souscrites ou l'authenticité des pièces produites en vue de l'attribution et du paiement des prestations servies par les organismes de sécurité sociale peuvent être vérifiées dans le cadre de l'exercice du droit de communication réglementé par les articles L114-19 et suivants du code de la sécurité sociale.
Est passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration (articles 313-1, 313-2, 441-1 et 441-6 du code pénal).

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté Égalité Fraternité

PRISE EN CHARGE DE CURE THERMALE

au titre d'une Affection Présumée Imputable au Service

(APIAS)

CNMSS.

cerfa N° 16137*04

VOLET 3
VOIR NOTICE AU DOS

FRAIS DE DÉPLACEMENT

NOTIFICATION DE PRISE EN CHARGE DE LA CURE

NOM PRENOM NIR

CP VILLE

Vous bénéficiez, au titre d'une affection présumée imputable au service du DATE AT, d'une autorisation de cure thermale pour l'année 20XX, en 1ère orientation thérapeutique XXXXX et en 2è orientation thérapeutique XXXXX.

ATTENTION : Les frais de déplacement sont pris en charge, quel que soit le moyen de transport utilisé, sur la base du tarif le plus économique, de votre domicile principal à l'établissement thermal agréé pour la même orientation thérapeutique le plus proche, à savoir XXXXX.

A TOULON le DATE

Pour le Directeur,
Par délégation

DÉCLARATION DE FRAIS DE TRANSPORT (à compléter par le curiste)

Vous avez effectué un transport ALLER/RETOUR de votre domicile au lieu de cure, complétez ci-dessous :

	Dates	Moyen de transport (voie ferrée, voiture particulière…)	Si VP nombre de kilomètres	**Montant des frais engagés***
Aller				
Retour				

Vous avez effectué des transports quotidiens de votre domicile au lieu de cure, complétez ci-dessous :
Dans ce cas, vous renoncez à l'indemnité forfaitaire d'hébergement. Le remboursement interviendra selon la réglementation en vigueur (joindre les justificatifs éventuels).

Dates (Du..au)	Moyen de transport (voie ferrée, voiture particulière…)	Si VP nombre de kilomètres	**Montant total des frais engagés***

Votre taux de réduction SNCF : ☐ 75% (militaire d'active)
☐ Aucune réduction (rayé des cadres)
☐ Si autre, précisez : _____ %

Signature du curiste

*Montant obligatoire

NOTICE D'INFORMATION

1- Les frais de déplacement sont pris en charge par la CNMSS, au nom et pour le compte de l'État - ministère des Armées.

Le présent **volet n° 3** comporte au recto :

- la notification de prise en charge au titre de l'APIAS des frais de déplacement,
- la partie réservée à la déclaration des frais de déplacement dûment complétée par le curiste.

Si:

- vous avez effectué un transport ALLER/RETOUR de votre domicile à votre lieu de cure,
  ↳ vous devez compléter le 1er tableau ;
- votre domicile ou résidence secondaire se situe dans une commune proche de votre lieu de cure et que vous renoncez au bénéfice de l'indemnité forfaitaire d'hébergement vous avez droit à la prise en charge de vos frais quotidiens de transport, selon la réglementation en vigueur.
  ↳ vous devez compléter le 2e tableau.

ATTENTION :

- **Les frais de transport seront pris en charge de votre domicile principal à l'établissement thermal agréé le plus proche, et dont l'orientation thérapeutique est adaptée à votre pathologie.**
- Les frais de transport sont pris en charge, quel que soit le moyen de transport utilisé, sur la base du tarif le plus économique, compte tenu des réductions SNCF, dont vous pouvez bénéficier à titre personnel.
- **Si un établissement thermal adapté à votre traitement se trouve dans la commune où vous résidez habituellement ou dans la commune de votre résidence secondaire vous ne pouvez pas prétendre au remboursement des frais de transport et d'hébergement.**

.

2- Ce volet, accompagné de toutes **les pièces justificatives originales** (billets de train, tickets de péage…) doit être transmis à :

Caisse nationale militaire de sécurité sociale
Département soins et suivi du blessé et du pensionné
APIAS
247 avenue Jacques Cartier
83090 TOULON CEDEX 9

En l'absence des renseignements et des pièces demandés, votre dossier ne pourra être traité.

Conformément à la réglementation relative à la protection des données à caractère personnel, vous disposez de droits au regard de l'utilisation de vos données personnelles.
Pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles et sur vos droits, vous pouvez consulter la rubrique « Protection données personnelles » sur www.cnmss.fr.
Pour toute question sur le traitement de vos données par la CNMSS, ainsi que pour exercer vos droits, vous êtes invité à adresser votre demande par courriel à : protection-donnees-personnelles@cnmss.fr ou courrier postal à : CNMSS - Délégué à la protection des données personnelles 247 av J Cartier 83090 Toulon cedex 9 ».
Si, après avoir saisi le Délégué à la protection des données, vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la Commission nationale informatique et libertés. ».
La sincérité et l'exactitude des déclarations souscrites ou l'authenticité des pièces produites en vue de l'attribution et du paiement des prestations servies par les organismes de sécurité sociale peuvent être vérifiées dans le cadre de l'exercice du droit de communication réglementé par les articles L114-19 et suivants du code de la sécurité sociale.
Est passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration (articles 313-1, 313-2, 441-1 et 441-6 du code pénal).

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté Égalité Fraternité

PRISE EN CHARGE DE CURE THERMALE

au titre d'une Affection Présumée Imputable au Service (APIAS)

CNMSS.

cerfa N° 16137*04

VOLET 4
VOIR NOTICE AU DOS

FRAIS D'HÉBERGEMENT

NOTIFICATION DE PRISE EN CHARGE DE LA CURE

NOM PRENOM NIR

CP VILLE

Vous bénéficiez, au titre d'une affection présumée imputable au service du DATE AT, d'une autorisation de cure thermale pour l'année 20XX, en 1ère orientation thérapeutique XXXXX et en 2è orientation thérapeutique XXXXX.

Le montant de l'indemnité forfaitaire d'hébergement est fixé à cinq fois le forfait versé par la sécurité sociale, soit 750,05 €, sur justification de frais d'hébergement.

ATTENTION : la prise en charge de l'indemnité forfaitaire d'hébergement (IFH), par le DSBP, est conditionnée à la présentation d'une facture justifiant un hébergement locatif, tel qu'un séjour en hôtel, la location d'un studio ou d'un appartement meublé, ou encore la location d'un hébergement dans un camping.
La location d'un emplacement nu dans un camping, un port de plaisance ou autre, afin d'y installer un camping-car, une caravane, une tente, un bateau… n'est pas considérée comme un hébergement et ne permet pas le versement de l'indemnité forfaitaire d'hébergement

A TOULON le DATE

Pour le Directeur,
Par délégation,

SI L'HÉBERGEMENT EST DÛ À UN TIERS*, COMPLÉTER CI-DESSOUS

NOM – Raison sociale : _____
Adresse_____
_____

N° SIRET :_____

N° identification attribué par la CNMSS 99 994 _ _

Je certifie que le curiste a été hébergé :

Séjour du _____au _____

Montant : _____ €
(joindre la facture du séjour (1))

Le Tiers*
Cachet certifiant le service fait
(joindre un relevé d'identité bancaire)

Date :_____

Le curiste

Je soussigné(e)_____

donne procuration au tiers* pour percevoir en mes lieu et place les frais d'hébergement, dans la limite du montant de l'indemnité forfaitaire d'hébergement.

Certifié exact, le_____ à_____

Signature

*La pratique du tiers-payant est réservée exclusivement aux établissements inscrits au registre du commerce et des sociétés

SI L'HÉBERGEMENT EST DÛ AU CURISTE, COMPLÉTER CI-DESSOUS

Je soussigné(e) _____certifie avoir été hébergé(e)

du_____ au _____ou avoir interrompu ma cure le_____

et, à ce titre, avoir engagé la somme de _____ €

(joindre la facture acquittée et la copie du contrat de location en fonction du mode d'hébergement (1))

Certifié exact le _____ à _____

Signature du curiste

(1) voir au dos

NOTICE D'INFORMATION

1- Les frais d'hébergement sont pris en charge par la CNMSS, au nom et pour le compte de l'État - ministère des Armées.

Le montant de l'indemnité forfaitaire d'hébergement est fixé à cinq fois le plafond de la participation forfaitaire des caisses primaires d'assurance maladie aux frais de séjour des assurés sociaux et de leurs ayants droit dans les stations de cure thermale, tel qu'il est déterminé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Le présent **volet n° 4** comporte au recto :

- La notification de prise en charge au titre de l'APIAS des frais d'hébergement thermal,

- La partie réservée à la facturation des frais d'hébergement, **en cas de pratique du tiers payant**.
  ↳ Cette partie est complétée et signée par le tiers.
  ↳ Vous devez certifier l'exactitude des éléments portés par le tiers.
  ↳ Le versement de l'indemnité forfaitaire d'hébergement, à un tiers, est subordonné à la présentation d'une **facture dûment renseignée**.
  ATTENTION : Seuls les frais relatifs à un hébergement dans un établissement inscrit au registre du commerce et des sociétés, peuvent faire l'objet d'un paiement direct à un tiers.
- La partie réservée à la déclaration des frais d'hébergement thermal, **en cas de règlement effectué par vos soins**.
  ↳ Vous devez compléter et signer cette partie.
  ↳ Le versement de l'indemnité forfaitaire d'hébergement, en votre faveur, est subordonné :
  - pour un séjour dans un établissement enregistré au registre du commerce et des sociétés, à la présentation d'une **facture acquittée** des frais d'hébergement correspondants,
  - pour un séjour dans une location saisonnière, à la présentation de la **copie du contrat de location** ou de la réservation sur un site internet et du **justificatif du paiement**.

ATTENTION : La location d'un emplacement nu dans un camping, un port de plaisance ou autre, afin d'y installer un camping-car, une caravane, une tente, un bateau... n'est pas considérée comme un hébergement et ne permet pas le versement de l'indemnité forfaitaire d'hébergement.

2- Ce volet est à adresser à :
Caisse nationale militaire de sécurité sociale
Département soins et suivi du blessé et du pensionné
APIAS
247 avenue Jacques Cartier
83090 TOULON CEDEX 9

En l'absence des renseignements et des pièces demandés, votre dossier ne pourra être traité.

Conformément à la réglementation relative à la protection des données à caractère personnel, vous disposez de droits au regard de l'utilisation de vos données personnelles.
Pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles et sur vos droits, vous pouvez consulter la rubrique « Protection données personnelles » sur www.cnmss.fr.
Pour toute question sur le traitement de vos données par la CNMSS, ainsi que pour exercer vos droits, vous êtes invité à adresser votre demande par courriel à : protection-donnees-personnelles@cnmss.fr ou courrier postal à : CNMSS - Délégué à la protection des données personnelles 247 av J Cartier 83090 Toulon cedex 9 ».
Si, après avoir saisi le Délégué à la protection des données, vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la Commission nationale informatique et libertés. ».
La sincérité et l'exactitude des déclarations souscrites ou l'authenticité des pièces produites en vue de l'attribution et du paiement des prestations servies par les organismes de sécurité sociale peuvent être vérifiées dans le cadre de l'exercice du droit de communication réglementé par les articles L114-19 et suivants du code de la sécurité sociale.
Est passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration (articles 313-1, 313-2, 441-1 et 441-6 du code pénal).

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté Égalité Fraternité

CERTIFICAT MEDICAL DE FIN DE CURE THERMALE
(à compléter par le médecin chargé de la surveillance thermale)

CNMSS.

Numéro de sécurité sociale (NIR) |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

NOM _____

PRENOM _____

Cure autorisée pour l'année …….. en 1ère orientation thérapeutique……..

en 2nde orientation thérapeutique……..

Je soussigné, Dr , certifie que l'intéressé a effectué une cure thermale

du……au……..

☐ (1) Ce patient a bénéficié de toutes les séances de soins prévues pour l(es) orientation(s) thérapeutique(s) accordée(s).

☐ (1) Ce patient n'a pas effectué toutes les séances de soins fixées en orientation thérapeutique pour le(s) motif(s) suivant(s) :

- ☐ Limitation des soins pour raisons médicales sur l'ordonnance thermale initiale
- ☐ Limitation en cours de cure, celle-ci étant mal supportée
- ☐ Cure interrompue pour raison médicale
- ☐ Cure interrompue pour raisons personnelles

☐ (1) Ce patient n'a pas effectué la cure prévue en raison d'une contre-indication médicale décelée lors de la première consultation médicale.

Fait à……, le…….

Cachet et signature du médecin thermal

(1) Cocher la case correspondante

Certificat à remettre à l'assuré en vue du remboursement des frais de transport et d'hébergement à l'occasion de sa cure thermale.