

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 <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> Soins particuliers <input type="checkbox"/> FSV <input type="checkbox"/> divers						
sans exonération <input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/> Frais médicaux et de traitement <input type="checkbox"/> 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 2 janvier 2003 ,				Cachet de l'organisme délivrant la prise en charge		
Le Directeur		L'Agent Comptable				

CACHET D'IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT		JOINDRE LA (OU LES) PRESCRIPTION(S)	
comportant le n° FINESS		cure suivie du [] au []	
TRAITEMENT CONVENTIONNEL EXECUTE			
1RE ORIENTATION			
FORFAIT KINESITHERAPIE 9 séances 18 séances	N°1		Euros
	N°2		Euros
	N°3		Euros
	ind.		Euros
	col.		Euros
	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

FRAIS DE DEPLACEMENT ET D'HEBERGEMENT

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E)						
N° d'immatriculation Nom- Prénom Nom d'usage Adresse <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Régime Code organisme affiliation Code organisme du lieu de cure </div>						
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 <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> Soins particuliers exonérés <input type="checkbox"/> FSV <input type="checkbox"/> divers sans exonération <input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/> Frais médicaux et de traitement			<input type="checkbox"/> Frais d'hébergement et de transport			
1re orientation			2e orientation			
Base légale %	Base compl. %	Total	(Réservé MSA)		Base légale %	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 2 janvier 2003 ,				Cachet de l'organisme délivrant la prise en charge		
Le Directeur		L'Agent Comptable				

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