

Comprendre et vérifier le document de prise en charge de votre cure thermale :

Dès réception de la Prise en Charge délivrée par votre Caisse, nous vous conseillons de **vérifier certaines informations figurant sur le Volet 2**.
Si un seul point présente une anomalie, au regard des informations énoncées ci-dessous, contactez votre Caisse pour qu'elle le rectifie.
Vous éviterez ainsi des tracasseries administratives qui, à elles seules, peuvent contrarier le bon déroulement de votre cure thermale.

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			
1 ^{re} orientation thérapeutique station de traitement thermal annexe dans la 2 ^e orientation thérapeutique		droits jusqu'au	
XXXXX les BAINS			
<input checked="" type="checkbox"/> avec exonération	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> K= ou > 50	<input type="checkbox"/> Soins particuliers
<input type="checkbox"/> sans exonération	<input type="checkbox"/> PSV		
<input type="checkbox"/> Frais médicaux et de traitement		<input type="checkbox"/> Frais d'hébergement et de transport	
L'hospitalisation est justifiée			
RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES			
AT/MP	Date	N° dossier	
RCT	Date	N° dossier	
N° prescripteur	spécialité		
Date de prescription			
Fait à	, le		
Directeur	L'Agent Comptable	Cachet de l'organisme délivrant la prise en charge	

Vérifiez le **NOM** et le **PRENOM** de l'**assuré**.

L'indication de la 1^{ère} orientation **ne doit pas être inversée** avec celle de la 2^{ème} orientation. Exemple : **RHUMATOLOGIE** ou **VOIES RESPIRATOIRES**.

Si vous êtes pris en charge à 100%, cette case doit être **cochée**.

La date de délivrance de la prise en charge doit être **antérieure** à la date du début de votre cure.

Vérifiez le **NOM** et le **PRENOM** du **bénéficiaire de la cure**.

Vérifiez le nom de la station : **XXXXX-LES-BAINS**.

S'il y a une 2^{ème} orientation, vérifiez bien qu'elle soit indiquée sur cette ligne : Exemple **RHUMATOLOGIE** ou **VOIES RESPIRATOIRES**

POUR INFO

VALIDITE D'UNE PRISE EN CHARGE

➔ Délivrée **entre le 1^{er} octobre et le 30 novembre**, elle sera valable jusqu'au 31 mars de l'année suivante.

➔ Délivrée **après le 1^{er} décembre**, elle sera valable jusqu'au 31 décembre de l'année suivante (date début de cure).