

# Comment bien remplir ma demande de cure thermale ?

Cette notice m'aide à compléter ma demande de prise en charge. Pour être traité le plus rapidement possible, je veille à envoyer un dossier complet. S'il manque des informations ou des justificatifs, le dossier me sera retourné pour être complété.

- Je pense à **envoyer ma demande de cure à ma CPAM le plus tôt possible avant mon départ**. Si je connais les dates de ma cure, je peux les annoter sur le volet n°2 de ma demande de prise en charge.
- **Le volet n°1 est à compléter par mon médecin** : il s'agit d'informations médicales.

**cerfa**  
No 11139\*02

## cure thermale

questionnaire de prise en charge

à adresser à votre organisme d'affiliation

**l'assuré(e) et le bénéficiaire de la cure thermale**

- l'assuré(e)  
n° d'immatriculation \_\_\_\_\_ date de naissance \_\_\_\_\_  
nom-prénom \_\_\_\_\_  
adresse \_\_\_\_\_  
code postal \_\_\_\_\_  
s'agit-il d'un accident causé par un tiers ?  oui  non
- le bénéficiaire de la cure (s'il n'est pas l'assuré)  
nom \_\_\_\_\_  
prénom \_\_\_\_\_ date de naissance \_\_\_\_\_
- le nombre de cures déjà effectuées (facultatif - indiquer les 3 dernières)  
année(s) \_\_\_\_\_  
station(s) \_\_\_\_\_  
orientations \_\_\_\_\_

**le prescripteur**

je, soussigné(e), certifie que  
est atteint d'une affection justifiant une cure thermale dans l'orientation thérapeutique indiquée ci-dessous

station prescrite \_\_\_\_\_  
un traitement thermal annexe est-il justifié dans une autre orientation de la station ?  oui  non  
si oui, laquelle ? \_\_\_\_\_

- mentions spéciales

l'état du malade justifie-t-il médicalement l'hospitalisation ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
s'il s'agit d'un enfant son placement en maison d'enfants est-il demandé ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
la cure est-elle prescrite dans le cadre d'une affection de longue durée (art. L. 324-1) ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
dans l'affirmative, cette affection est-elle exonérante (liste ou hors liste) ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
est-elle en rapport avec un accident du travail ou une maladie professionnelle ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
si oui, numéro de l'AT/MP ou date _____		
est-elle en rapport avec l'affection pour laquelle le patient est pensionné de guerre ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

j'atteste l'absence de toute contre-indication liée à l'état général du malade connue à ce jour \_\_\_\_\_

signature de l'assuré(e) \_\_\_\_\_ signature du médecin \_\_\_\_\_ date \_\_\_\_\_  
cachet du médecin \_\_\_\_\_

La loi rend possible l'annonce et/ou d'emprisonnement quelconque se rend coupable de fausses ou de fausses déclarations (art. L. 317-1 du Code de la Sécurité Sociale, 441 du Code Pénal)  
La loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de votre organisme d'assurance maladie.

§ 3185b

L'orientation thérapeutique de ma cure, la station thermale prescrite et les mentions spéciales doivent être renseignées.

Elles permettent de valider la prise en charge financière de ma cure thermale.



**Je complète le volet n°2 :** les ressources de mon foyer (moi, mon conjoint, mes enfant(s) à charge...) permettent d'étudier mes droits aux prestations supplémentaires (hébergement, transports...). Il faut renseigner tous les revenus, imposables ou non (salaires nets, allocations, revenus locatifs etc.), pour tous les membres de mon foyer.

**cerfa**  
No 11139\*02

## cure thermale

### déclaration de ressources

Vous êtes assuré(e). Vous ou l'un de vos ayants-droit souhaitez suivre une cure thermale, veuillez compléter ce document.

**identification des personnes vivant au foyer**

● l'assuré(e)

n° d'immatriculation \_\_\_\_\_ date de naissance \_\_\_\_\_  
 nom-prénom (suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage) \_\_\_\_\_  
 adresse \_\_\_\_\_  
 code postal \_\_\_\_\_

Ce modèle est communiqué à titre d'information afin que vous puissiez en prendre connaissance.  
 Si votre médecin vous prescrit une cure, il vous remettra ce formulaire

● le bénéficiaire de la cure (s'il n'est pas l'assuré)

nom \_\_\_\_\_  
 prénom \_\_\_\_\_ date de naissance \_\_\_\_\_

● l'identité des personnes vivant au foyer

leur nom	leur prénom	vos liens de parenté	date de naissance

date de la demande de prise en charge \_\_\_\_\_

**ressources annuelles de votre foyer (en euros)**

● vos ressources et celles des personnes vivant au foyer pour l'année précédant la prescription de la cure

les revenus	vous	vos conjoint	autres	vos enfants	vos ascendants
salaires et autres revenus professionnels					
autres ressources					
total des ressources déclarées					

● j'atteste sur l'honneur, l'exactitude des renseignements portés ci-dessus. signature \_\_\_\_\_  
 à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Pour une demande de cure en 2016, je justifie mes revenus selon ma date de demande :

- **entre janvier et mai** : je fais une déclaration sur l'honneur de mes ressources 2015 (salaires nets, allocations, etc.). **Je date et je signe** ma déclaration de ressources (au-dessus de cet encadré) ;
- **entre mai et septembre** : je dois joindre une copie de ma déclaration de revenus 2015
- **à partir de septembre** : je dois joindre une copie de mon avis d'imposition sur les revenus 2015.

Si je ne souhaite pas indiquer mes revenus, je mentionne « sans objet » sur la déclaration de ressources : mes droits aux prestations supplémentaires ne seront pas étudiés.

● elle co...  
 Nous v...  
 que vo...  
 journal...  
 objet".  
 Les res...  
 enfants...  
 partiell...  
 Toutes...  
 qui ne

● n'hési...  
 La loi n...  
 La loi "T...  
 vous concernant auprès de votre organisme d'assurance maladie.

S 3185b