

VÉRIFIER
L'ANNEE, LES DROITS

cerfa
N° 11140*04

VÉRIFIER * 1ère orientation = 72 soins
ORIENTATIONS * ± 2ème orientation = 36 soins

N° de facture

PRISE EN CHARGE ADMINISTRATIVE DE CURE THERMALE ET FACTURATION

[]

VOLET 1

HONORAIRES MEDICAUX

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURÉ(E)		
N° d'immatriculation	1 47	14
Nom-Prénom	DUB	
Nom d'usage		
Adresse	10 [] le	
	251 [] DUX	
Régime 110	Code organisme affiliation 01 251 194	Code organisme du lieu de cure 321
CURISTE		
Nom	DUBOIS	
Prénom	Michelle	
Qualité C	Date de naissance 30/07/1952 1 et rang	Nature 10 assurance
CONDITION DE PRISE EN CHARGE DE LA CURE		
Année civile 2016	droits en vigueur au 31/12/2015	
1re orientation thérapeutique station de traitement thermal annexe dans la 2e orientation thérapeutique	Phlébologie 831 Barbotan les Thermes	
<input checked="" type="checkbox"/> avec exonération	<input checked="" type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> divers
<input type="checkbox"/> sans exonération	<input type="checkbox"/> FSV	<input type="checkbox"/> divers
<input checked="" type="checkbox"/> Frais médicaux et de traitement	<input type="checkbox"/> Frais d'hébergement et de transport	
1re orientation		
Base légale %	Base compl. %	Total
		(Réservé MSA)
		Forfait de surveillance médicale
		Pratiques médicales complémentaires
		Forfait thermal
2e orientation		
Base légale %	Base compl. %	Total
L'hospitalisation est justifiée <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non		
RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES		
<input type="checkbox"/> AT/MP	Date	N° dossier
<input type="checkbox"/> RCT	Date	N° dossier
N° prescripteur	901000141	spécialité 01
Date de prescription	02/02/2016	
Fait à BESANCON, le 10 mars 2016,		
Le Directeur	L'Agent Comptable	Cachet de l'organisme délivrant la prise en charge
[Signature]		CPAM du Doubs 25036 Besançon Cedex

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

DATES DE LA SURVEILLANCE		Montants (en euros) des honoraires payés au praticien Indiquer, s'il y a lieu : DP - DE	Signature attestant la surveillance et le paiement
Du	Au		
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 : DE - DP	Orientations thérapeutiques 1re 2e		Signature attestant la prestation des actes et le paiement
TOTAL*			Euros		

Code 5
exonération
= Invalidité

100%

VÉRIFIER
STATION

VÉRIFIER
EXONÉRATION

Code 4 = ALD
Code 5 = Invalidité