

# QUELQUES INFOS PRATIQUES CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE DE CURE

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.  
Pour toute information nous restons à votre disposition au numéro suivant : 0 825 001 977

## IMPORTANT

### A NE PAS OUBLIER

- ➔ Pour éviter des problèmes administratifs, prenez tous les documents envoyés par votre Caisse
- ➔ Apportez l'attestation de votre carte Vitale
- ➔ Si vous bénéficiez de la CMU, n'oubliez surtout pas d'amener votre attestation CMU

Vérifiez le NOM et le PRENOM de l'assuré

L'indication de la 1<sup>ère</sup> orientation, ne doit pas être inversée avec celle de la 2<sup>ème</sup> orientation :  
**RHUMATOLOGIE** ou **PHLEBOLOGIE**

Votre cure est réservée pour 2009  
l'année civile = 2009

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

## POUR INFO

### VALIDITE D'UNE PRISE EN CHARGE

- ➔ Délivrée entre le 1<sup>er</sup> octobre et le 30 novembre, elle sera valable jusqu'au 31 mars de l'année suivante
- ➔ Délivrée après le 1<sup>er</sup> décembre, elle sera valable jusqu'au 31 décembre de l'année suivante (date début de cure)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E)			
N° d'immatriculation	Nom-Prénom Nom d'usage		
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		
orientation thérapeutique	station de traitement thermal annexe dans la 2 <sup>e</sup> orientation thérapeutique		
<input checked="" type="checkbox"/> avec exonération	ALD K= ou > 50	Soins particuliers	PSV divers
<input type="checkbox"/> sans exonération	exonérés		
Frais médicaux et de traitement	Frais d'hébergement et de transport		
L'hospitalisation est justifiée			
RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES			
COMP	Date	N° dossier	
RC	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 du bénéficiaire de la cure

Vos droits couvrent votre cure.

Vérifiez le nom de la station :  
**BARBOTAN LES THERMES**

S'il y a une 2<sup>ème</sup> orientation, vérifiez bien qu'elle soit indiquée sur cette ligne :  
**RHUMATOLOGIE**  
ou **PHLEBOLOGIE**

La signature du Directeur (ou de l'Agent Comptable) et le cachet de la Caisse sont **OBLIGATOIRES**