



# Formulaire de prescription de cure thermale à titre expérimental et facturation

## L'assuré(e) et le bénéficiaire de la cure thermale

Nom et prénom :

(nom de famille (nom de naissance) suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage)

Numéro d'immatriculation

Date de naissance

Adresse :

Régime	Code organisme affiliation	Code organisme du lieu de cure

## Le curiste bénéficiaire du programme expérimental (s'il n'est pas l'assuré)

Nom et prénom :

(nom de famille (nom de naissance) suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage)

Numéro d'immatriculation

Date de naissance

## Le prescripteur

### Station thermale prescrite :

Le curiste bénéficie de l'un des programmes expérimentaux mis en œuvre dans le cadre de l'article 10-3 de la Convention Nationale Thermale 2018-2022 :

Programme *"Suivi psychothérapeutique, par thérapie cognitivo-comportementale, en cure thermale"*.

- Ce programme est prescrit en complément d'une cure thermale : Oui  Non

Programme *"Accompagnement et réhabilitation en milieu thermal"* :

- Ce programme est prescrit en complément d'une cure thermale : Oui  Non

Programme *"Affections psychosomatiques chez les adolescents et jeunes adultes : prévention et traitement des troubles du comportement alimentaire et des conduites addictives"* :

Forfait de 72 séances de soins

Forfait de 90 séances de soins

J'atteste à ce jour de l'absence de toute contre-indication liée à l'état général du patient.

Date :

Signature de l'assuré	Signature du médecin	Cachet du médecin



# Formulaire de prescription de cure thermale à titre expérimental et facturation

## Conditions de prise en charge du programme expérimental

Année civile :

Droits jusqu'au :

Station thermale :

Première orientation thérapeutique :

Seconde orientation thérapeutique :

Date :

Le Directeur	L'Agent Comptable	Cachet de l'organisme délivrant la prise en charge
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce - A compléter par l'établissement thermal

Nom et prénom	Raison sociale
<input type="text"/>	Adresse
Identifiant (N° RPPS)	N° structure (AM, FINESS ou SIRET)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Signature

Date de la cure :  (Joindre la/les prescriptions)

### Traitement expérimental exécuté :

Programme "Suivi psychothérapeutique, par thérapie cognitivo-comportementale, en cure thermale" :

Codification FSB	Tarif du forfait :
------------------	--------------------

Programme "Accompagnement et réhabilitation en milieu thermal" :

Codification FKS	Tarif du forfait :
------------------	--------------------

Programme "Affections psychosomatiques chez les adolescents et jeunes adultes : prévention et traitement des troubles du comportement alimentaire et des conduites addictives" :

Forfait de 72 séances de soins

Codification TC1	Tarif du forfait :
------------------	--------------------

Forfait de 90 séances de soins

Codification TC2	Tarif du forfait :
------------------	--------------------

Certifié exact par : Nom / Prénom

Date :

Signature du Directeur de l'établissement  
ou de son représentant