

VOLET A

DEMANDE DE CURE THERMALE
au titre de l'article L. 115 du code des pensions militaires
d'invalidité et des victimes de la guerre

Lieu de la cure demandée :

Année prévue
pour la cure :

← Remplir la rubrique

NOM de naissance :

Prénom

Date de naissance

Jour

Mois

Année

N° de Sécurité Sociale

Sexe (M ou F)

N° de carnet de soins gratuits

Êtes-vous bénéficiaire de l'article L. 18 ?

avec tierce personne

sans tierce personne

Votre pension est :

Définitive

Temporaire

Taux global de la pension

degrés

Date d'expiration de la validité si la pension est temporaire

Jour

Mois

Année

ADRESSE PERSONNELLE

Téléphone domicile (Facultatif)

Téléphone professionnel (Facultatif)

Code postal

Commune

CURES ANTÉRIEURES

Nombre total

La dernière cure a été suivie en :

à la station de :

DATE ENVISAGÉE DE LA CURE

du

Jour

Mois

au

Jour

Mois

AVIS IMPORTANT SUR L'ORGANISATION DE LA CURE :

- * Le présent imprimé doit être déposé au moins 4 mois avant la date présumée de la cure.
- * Le pensionné organise lui-même sa cure et son hébergement. Les frais d'hébergement sont pris en charge dans la limite de cinq fois le forfait de la sécurité sociale. Tout dépassement est à la charge du pensionné. **Seul l'hébergement en hôtel en pension complète** dans un établissement inscrit au registre du commerce, **ouvre droit à la prise en charge selon la formule du tiers payant.**
- * Les frais de thermes sont pris en charge par le tiers payant selon les tarifs en vigueur de la sécurité sociale.
- * Les frais de surveillance médicale sont établis sur une feuille du carnet de soins gratuits et réglés par la D.I. d'accueil.
- * Le remboursement des frais de transport se fait sur la base du tarif 2ème classe de la S.N.C.F. compte tenu des réductions dont peut bénéficier le pensionné et pour les trajets intermédiaires selon les tarifs de car ou de bus. Les curistes qui habitent une localité proche **et qui renoncent au bénéfice de l'hébergement**, ont droit à la prise en charge des frais quotidiens de transport à hauteur des frais réels justifiés, selon le régime des indemnités kilométriques en vigueur.

À REMPLIR ET À CACHER PAR LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Âge [][] ans

Poids [][][][] kg

Taille [][][][] cm

TA debout avec ou sans (1) traitement [][] mini [][] maxi cmHg

TA couché avec ou sans (1) traitement [][] mini [][] maxi cmHg

Toutes les thérapeutiques actuellement suivies :

Je soussigné, Docteur en médecine, certifie avoir examiné M. dont l'état de santé nécessite un traitement thermal en [][] [][] (2) à la station de dans les orientations thérapeutiques (principale) et (secondaire) (3) pour les motifs médicaux suivants

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

Cachet du praticien

Date

Signature

(1) rayer la mention inutile
(2) mois et année
(3) voir page suivante

PARTIE MÉDICALE

EXAMENS OBLIGATOIRES

**ATTENTION LES EXAMENS NE DOIVENT PAS AVOIR ÉTÉ EFFECTUÉS PLUS DE 5 MOIS
AVANT LA DATE DE DÉBUT DE CURE**

- Analyse d'urine : glycosurie, protéinurie
- Compte-rendu d'une **consultation** spécialisée chez un cardiologue avec ECG **interprété** après 50 ans ou si indications cliniques avec mention de l'absence de contre-indication cardiologique à la crénothérapie
- Compte-rendu (**seulement**) d'une radiographie pulmonaire datant de moins de 18 mois

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES UNIQUEMENT POUR :

- HTA : consultation de cardiologue et ECG ; fond d'œil
- Antécédents pulmonaires : compte-rendu d'un cliché récent
- Cure pour affection pulmonaire : résultats d'exploration fonctionnelle respiratoire datant de moins de 3 ans
- Royat : consultation du cardiologue et ECG obligatoires

