



## Volet 1

# Notice d'information à l'usage du pensionné

### 1- Le choix de la station thermale

Assurez-vous auprès du DSBP de la CNMSS ou de votre médecin que la station thermale choisie est bien agréée pour la ou les orientation(s) thérapeutique(s) correspondant à l'affection à traiter.

**ATTENTION** ➔ Lorsque plusieurs stations proposent les mêmes soins, prescrits par votre médecin, **la station la plus proche de votre domicile, adaptée à votre traitement, doit être choisie** sous peine d'une limitation de prise en charge de vos frais de transport (article D.61 du CPMIVG).

### 2- La demande de prise en charge

**Vous devez adresser votre demande de prise en charge** au moins quatre mois avant la date présumée de la cure thermale.

Elle devra être dûment complétée par vos soins (**volet 1**) et par le médecin prescripteur (**volet 2**) .

Votre demande doit être adressée à :

Caisse nationale militaire de sécurité sociale  
Département soins et suivi du blessé et du pensionné  
Service du contrôle médical  
TSA 41001  
83090 TOULON CEDEX 9  
☎ 04 94 16 96 20

### 3- La décision de prise en charge

La décision de prise en charge de votre cure thermale vous sera adressée dans les plus brefs délais. Elle précisera la nature des prestations qui vous sont accordées.

En cas de refus de prise en charge, une décision vous sera notifiée vous précisant les motifs et vos possibilités de recours.

Vous organisez vous-même votre cure et votre hébergement.

### 4- Les modalités de remboursement

**Les frais de surveillance médicale** ainsi que les frais thermaux sont pris en charge en tiers payant selon les tarifs en vigueur de la sécurité sociale.

**Les frais de transport** sont pris en charge, quel que soit le moyen de transport utilisé, sur la base du tarif le plus économique, compte tenu des réductions SNCF dont vous pouvez bénéficier à titre personnel.

**Les frais d'hébergement** (hôtel, camping, meublé...) sont pris en charge dans la limite de cinq fois le forfait versé par la sécurité sociale. Tout dépassement reste à votre charge. **La production des factures d'hébergement est obligatoire.**

#### **CAS PARTICULIERS :**

**Si vous habitez une localité proche de la station thermale** et que vous renoncez au bénéfice de l'hébergement, vous avez droit à la prise en charge de vos frais quotidiens de transport, selon la réglementation en vigueur.

**Si un établissement thermal adapté à votre traitement se trouve dans la ville où vous résidez habituellement**, vous ne pouvez pas prétendre au remboursement des frais de transport et d'hébergement.

**ATTENTION** ➔ Une cure thermale n'est pas un traitement anodin. Assurez-vous avec votre médecin traitant que vous ne présentez aucun risque médical.

Le médecin engage sa responsabilité dans la prescription d'une cure thermale. Il lui appartient de faire réaliser tout examen ou avis spécialisé complémentaire (notamment cardiologique) qu'il juge nécessaire pour s'assurer de l'absence de contre-indication médicale. Ces actes complémentaires seront pris en charge au titre des soins médicaux gratuits.

à remplir par le médecin prescripteur

**Confidentiel dossier médical**

**VOIR NOTICE AU DOS**

N° de sécurité sociale (NIR) : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nom : ..... Prénom : .....

Avis cardiologique de non contre-indication demandé (facultatif)<sup>(1)</sup>  OUI  NON

Autres avis ou examen(s) demandé(s)<sup>(1)</sup>  OUI  NON Lesquels : .....

Surveillance particulière<sup>(1)</sup>  OUI  NON Si oui, laquelle : .....

Je soussigné, Docteur en médecine, certifie avoir examiné :

M, Mme<sup>(2)</sup> .....

dont l'état de santé nécessite un traitement thermal<sup>(3)</sup>

■ station thermale souhaitée<sup>(4) (5)</sup> : .....

■ station thermale agréée la plus proche du domicile<sup>(4) (6)</sup> : .....

**Orientation thérapeutique principale**<sup>(4)</sup> : .....

■ indications et objectifs attendus pour les motifs suivants<sup>(4)</sup> : .....

**Orientation thérapeutique secondaire** : .....

■ indications et objectifs attendus pour les motifs suivants : .....

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

Date : .....

Signature et cachet du médecin

(1) Cocher la case correspondante

(2) Rayer la mention inutile

(3) Si la demande n'est pas en lien avec les infirmités pensionnées au titre de l'article L. 115, elle devra être adressée à la caisse de sécurité sociale de l'intéressé

(4) Obligatoire sinon renvoi du formulaire pour complément d'information

(5) Libre choix

(6) Base de remboursement du transport

## Volet 2

### Notice d'information à l'usage du médecin prescripteur

#### Les orientations thérapeutiques des stations : abréviations

<b>RH</b>	rhumatologie et séquelles traumatiques	<b>PHL</b>	phlébologie
<b>VR</b>	voies respiratoires	<b>PSY</b>	traitement des affections psychosomatiques
<b>AD</b>	maladies de l'appareil digestif et maladies métaboliques	<b>NEU</b>	neurologie
<b>GYN</b>	gynécologie	<b>MCA</b>	maladies cardio-artérielles
<b>DER</b>	dermatologie	<b>AU</b>	maladies de l'appareil urinaire et maladies métaboliques
<b>AMB</b>	affections des muqueuses bucco-linguales		

**ATTENTION** ➔ Votre responsabilité médicale dans la prescription d'une cure thermale est engagée. Il ne s'agit pas d'un traitement anodin et il vous appartient de vous assurer de l'absence de toute contre-indication en faisant réaliser tout examen ou toute demande d'avis spécialisé que vous jugerez nécessaires. Ceux-ci seront pris en charge au titre de l'article L. 115 du CPMIVG.

Dans ce cas, il vous appartient également d'évaluer le degré d'autonomie de votre patient afin que celui-ci puisse effectuer sa cure thermale dans des conditions optimales et qu'il en retire un bénéfice pour son état de santé.