







FRAIS DE DEPLACEMENT ET D'HEBERGEMENT

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E)						
N° d'immatriculation						
Nom- Prénom						
Nom d'usage						
Adresse						
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			
1re orientation thérapeutique station de traitement thermal annexe dans la 2e orientation thérapeutique						
avec exonération <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> Soins particuliers exonérés <input type="checkbox"/> FSV <input type="checkbox"/> divers						
sans exonération <input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/> Frais médicaux et de traitement			<input type="checkbox"/> Frais d'hébergement et de transport			
1re orientation			2e orientation			
Base légale %	Base compl. %	Total	(Réservé MSA)		Base légale %	Total
			Forfait de surveillance médicale			
			Pratiques médicales complémentaires			
			Forfait thermal			
L'hospitalisation est justifiée			Oui Non			
RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES						
AT/MP	Date	N° dossier				
RCT	Date	N° dossier				
N° prescripteur		spécialité				
Date de prescription						
Fait à , le 2 janvier 2003,			Cachet de l'organisme délivrant la prise en charge			
Le Directeur		L'Agent Comptable				

FRAIS DE DEPLACEMENT	A compléter par le curiste ou la personne l'accompagnant
----------------------	--

DATES ALLER/RETOUR	DEPART HEURE/LIEU	ARRIVEE HEURE/LIEU	MOYEN DE TRANSPORT ET DISTANCE (si voit particulière puiss.CV et km)	TAUX DE REDUCTION	DEPENSE CURISTE (euros)	DEPENSE PERSONNE ACCOMP. (euros)

FRAIS D'HEBERGEMENT (ne concerne pas les curistes hospitalisés)	A compléter par le curiste ou la personne l'accompagnant
---	--

Le curiste, ou la personne l'accompagnant, certifie qu'il a été hébergé pendant la période du  au  et qu'à ce titre, il a engagé la somme de  euros

Le curiste ou la personne l'accompagnant certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur ce volet et en particulier que le curiste n'était pas en droit (pour les frais de déplacement) de bénéficier de réductions supérieures à celles mentionnées dans la colonne « taux de réduction » et demande le remboursement des dépenses engagées dans la limite des plafonds en vigueur.

CERTIFIE EXACT PAR : Nom .....  
 Prénom .....  
 Fait le ..... à .....

Signature