



CURE THERMALE QUESTIONNAIRE DE PRISE EN CHARGE

À adresser au Médecin Conseil au moins 30 jours avant le départ présumé de la cure

Renseignements concernant l'assuré(e) et/ou le bénéficiaire de la cure :

Numéro d'immatriculation :

Nom : Prénoms :

Adresse :

Code Postale : Ville :

Si le bénéficiaire n'est pas l'assuré(e) :

Nom : Prénoms :

Date de naissance : Lien avec l'assuré(e) : Conjoint Enfant

À remplir par l'assuré(e)

1. Date présumée de départ en cure
2. Nombre de cures déjà effectuées

Indiquer les 3 dernières cures :

| ANNÉE | STATION | ORIENTATION |
|-------|---------|-------------|
| | | |
| | | |
| | | |

Date :

Signature de l'assuré(e)

- Tout changement d'orientation doit faire l'objet d'une nouvelle demande au Contrôle Médical.
- Aucune cure ne pourra être prise en charge sans accord préalable.



À remplir par le prescripteur

Je soussigné(e) certifie que Mr, Mme, Mlle

est atteint(e) d'une affection justifiant une cure thermale dont l'orientation thérapeutique est :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Voies Respiratoires – VR | <input type="checkbox"/> Neurologie – NEU |
| <input type="checkbox"/> Affections Digestives et maladies métaboliques - AD | <input type="checkbox"/> Phlébologie – PHL |
| <input type="checkbox"/> Affections Urinaires et maladies métaboliques - AU | <input type="checkbox"/> Dermatologie – DER |
| <input type="checkbox"/> Affections des muqueuses bucco-linguales – AMB | <input type="checkbox"/> Rhumatologie - RH |
| <input type="checkbox"/> Affections Psychosomatiques – PSY | <input type="checkbox"/> Gynécologie - GYN |
| <input type="checkbox"/> Troubles du Développement chez l'enfant - TDE | <input type="checkbox"/> Maladies Cardio Artérielles - MCA |

• Son état justifie-t-il d'une 2ème orientation ?

Non Oui Orientation

• **Station proposée :**

• **Diagnostic de l'affection principale et éventuellement secondaire**

.....
.....
.....
.....

• **Examens cliniques et examens complémentaires justifiant la demande**

.....
.....
.....

• **Traitements actuels**

.....
.....

• L'état du malade justifie-t-il médicalement l'hospitalisation ? Oui Non

J'atteste sur l'honneur l'absence de toute contre-indication médicale.

Cachet

Date

Signature du médecin

Tout formulaire non correctement renseigné ne pourra être traité par le Médecin Conseil.