

PRISE EN CHARGE DES CURES THERMALES EN 2018 ASSURÉS SOCIAUX ET AYANTS DROIT (RÉGIME GÉNÉRAL)

Les modalités de prise en charge des cures thermales peuvent varier selon qu'il s'agit du régime général de la sécurité sociale ou de régimes particuliers (agricole, minier, marinier, commerce, travailleurs indépendants...).

PRESCRIPTION DE LA CURE

- ➔ **Un médecin (généralement le médecin traitant) choisit la station thermale** la mieux adaptée au traitement de la pathologie de l'assuré (composition des eaux, traitement proposé, climat...) ; cette prescription est **indispensable** pour pouvoir bénéficier de la prise en charge de la cure par l'assurance maladie.
- ➔ **Il complète le formulaire de demande de prise en charge** administrative (fourni par la caisse d'affiliation), certifiant l'existence de la maladie, et précise :
 - l'orientation thérapeutique pour laquelle la cure est demandée et la station choisie (qui doivent figurer sur la liste des stations et orientations agréées) ;
 - le cas échéant, une deuxième orientation thérapeutique, pour traiter simultanément une seconde affection, dans la mesure toutefois où les diverses orientations thérapeutiques de la station le permettent (pour les personnes atteintes de plusieurs affections, seules les 2 affections principales sont prises en compte) ;
 - éventuellement, la nécessité d'une hospitalisation ou d'un placement en maison d'enfants.

La station choisie n'est pas nécessairement celle qui est la plus proche du domicile de l'assuré pour l'orientation prescrite. Néanmoins, dans le cas où celui-ci peut prétendre à la prestation supplémentaire transports, le remboursement se fera sur base de la distance séparant le domicile du curiste de la plus proche des stations parmi celles appropriées au traitement.

- ➔ **L'assuré remplit les rubriques de ce formulaire qui le concernent, et adresse la demande de prise en charge à sa caisse d'affiliation, qui lui retournera un accord de prise en charge (dès l'instant que les conditions administratives sont réunies – cotisations à jour, etc.).**

A noter que l'avis du médecin de la Caisse est indispensable pour les cures :

- avec hospitalisation (sauf séjours en maisons d'enfants),
 - liées à un accident du travail ou à une maladie professionnelle.
- ➔ **L'assuré reçoit la réponse de sa caisse d'affiliation (sous un délai variable selon les caisses, lequel ne doit pas excéder 30 jours).**
 - ◆ **C'est OUI** : la Caisse adresse un accord de prise en charge administrative composée de 2 ou 3 volets :
 - **volet 1** pour le médecin thermal,
 - **volet 2** pour l'établissement thermal,
 - **et éventuellement, sous certaines conditions de ressources, volet 3** pour les frais de voyage et les frais de séjour.
 - ◆ **C'est NON** : si la prise en charge est refusée, un recours gracieux peut être présenté à la Caisse, dans les conditions indiquées sur la notification de rejet adressée.

Les demandes de prise en charge sont valables pour l'année civile en cours. Si elles sont délivrées au cours du quatrième trimestre, elles restent valables jusqu'à la fin du premier trimestre de l'année suivante. Dans le cas d'une présentation de la prise en charge en décembre, votre caisse pourra éventuellement tolérer que la prise en charge soit valable pendant toute l'année suivante. **Important** : aucun texte ne limite le nombre de cures thermales donnant lieu à une prise en charge dans le temps. Cependant, une seule cure par an sera accordée, sauf cas exceptionnel qui sera évalué par le médecin conseil de la caisse.

MODALITES DE PRISE EN CHARGE

Tous les établissements thermaux appliquent le tiers-payant, dispensant ainsi l'assuré de l'avance des frais de traitement :

- ➔ Pour les assurés pris en charge à 100 %, aucune avance de frais n'est donc demandée, hormis le complément tarifaire;
- ➔ Pour les assurés pris en charge au taux habituel (65 %), seuls le ticket modérateur et le complément tarifaire (différence entre les frais réels et le montant du remboursement sécurité sociale) doivent être acquittés.

Attention ! Tout assuré se rendant sur son lieu de cure sans être en possession de sa prise en charge ne pourra bénéficier du tiers-payant et devra avancer la totalité des frais de traitement (dans ce cas, il s'adressera à sa caisse pour en obtenir le remboursement).

LES TARIFS THERMAUX

Conformément à l'article L.162-39 du code de la sécurité sociale, les établissements thermaux appliquent des tarifs qui ne peuvent excéder les **Prix Limites de Facturation**, définis par orientation thérapeutique. Le remboursement des soins s'effectue à hauteur de 65% sur la base des **Tarifs Forfaitaires de Responsabilité**. La différence entre le tarif pratiqué par l'établissement thermal et le remboursement accordé par l'Assurance Maladie, constitue le reste à la charge du curiste ou de sa complémentaire santé. Il est composé du ticket modérateur de 35% et d'un complément, ce dernier étant ou non pris en charge selon le type de contrat souscrit auprès de la complémentaire santé. NB : seuls les Tarifs Forfaitaires de Responsabilité peuvent être appliqués aux bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS qui pourront attester de leurs droits.

PLAFOND DE RESSOURCES

Le plafond s'applique aux ressources de toute nature (revenus, pensions alimentaires, prestations familiales, frais professionnels inclus dans le salaire), perçues au cours de l'année civile précédant la prescription de la cure, par l'assuré, son conjoint, ses enfants, ainsi que les ascendants ou autres ayants droit à charge de l'assuré.

En dessous de ce plafond (voir tableau ci-après), l'assuré peut bénéficier des prestations supplémentaires (transport + hébergement, correspondant au volet 3 de la prise en charge).

Ces prestations sont accordées sans condition de ressources aux personnes bénéficiant du régime accident du travail ou maladie professionnelle qui seront, dans ce cas, remboursées à 100 % de la base de remboursement sécurité sociale (forfait de 150.01 € pour l'hébergement ou billet SNCF pour le transport).

Par contre, le plafond de ressources reste applicable aux personnes en invalidité et aux malades en ALD.

L'hospitalisation prescrite par le médecin traitant et reconnue justifiée (hôpital thermal ou maison d'enfants) permet la prise en charge de la cure sur la base des prix de journée déterminés par convention conclue avec la Caisse régionale d'assurance maladie.

Bien entendu, les mutuelles peuvent prendre en charge une partie des sommes restant à la charge du curiste.

Enfin, les honoraires de surveillance médicale ainsi que les prestations supplémentaires (transport + hébergement) sont remboursés par la caisse d'affiliation du curiste sur présentation des justificatifs correspondants.

TAUX DE PRISE EN CHARGE (Régime Général)

PRESTATIONS LEGALES

PRESTATIONS	MONTANTS applicables au 01/01/2018	TAUX DE REMBOURSEMENT			PLAFOND DE RESSOURCES (revenus maximum pour bénéficier des prestations supplémentaires de l'assurance maladie)
		Maladie	Maladie professionnelle Accident du travail	ALD	
HONORAIRES MEDICAUX Volet 1	Forfait de 80 € simple orientation Forfait 120 € double orientation	70% ⁽¹⁾	100%	100%	Non soumis au plafond de ressources
TRAITEMENT THERMAL Volet 2	Tarifs plafonnés par les Prix Limites de Facturation	65% ⁽¹⁾	100%	100%	Non soumis au plafond de ressources
PRATIQUES MEDICALES COMPLEMENTAIRES	A la séance	70% ⁽¹⁾	100%	100%	Non soumis au plafond de ressources

PRESTATIONS SUPPLEMENTAIRES

	FRAIS DE SEJOUR Forfait de 150,01 €	FRAIS DE DEPLACEMENT* Base : tarif SNCF, 2 ^{ème} classe Aller/Retour
MALADIE	Soumis au plafond de ressources Taux de remboursement : 65%	Soumis au plafond de ressources Taux de remboursement : 65%
MALADIE PROFESSIONNELLE ACCIDENT DU TRAVAIL	Non soumis au plafond de ressources Taux de remboursement : 100%	Non soumis au plafond de ressources Taux de remboursement : 100%
ALD	Soumis au plafond de ressources Taux de remboursement de l'ALD (100% en général)	Soumis au plafond de ressources Le curiste doit en outre être atteint d'une déficience ou d'une incapacité répertoriée au référentiel de de prescription Taux de remboursement de l'ALD (100% en général)

<p>Plafond de ressources applicable pour les prestations supplémentaires Assuré seul : 14 664,38 € Majoration de 50% par personne à charge : 7 332,19 € Ex : Assuré marié, sans enfant : 21 996,56 € Ex : Assuré marié, 1 enfant : 29 328,75 €</p>	<p>Plafond de ressources applicables pour les indemnités journalières (IJ) (arrêt de travail) Assuré seul : 39 732 € Majoration de 50% par personne à charge : 19 866 € Ex : assuré marié, sans enfant : 59 598 € Ex : assuré marié, 1 enfant : 79 464 € La durée maximale ouvrant droit au bénéfice des IJ, soit 21 jours de cure + 1 jour aller + 1 jour retour, est réduite de 3 jours par application du délai de carence.</p>
---	---

* Peut être étendu à la personne accompagnante si sa présence est nécessaire en raison de l'état de santé ou du jeune âge du curiste

⁽¹⁾ Les personnes relevant du régime Alsace-Lorraine bénéficient d'un taux de prise en charge de 90%. ⁽²⁾ Toute dépense ou supplément excédant ces tarifs forfaitaires de responsabilité restent à la charge du curiste ou de sa complémentaire santé. C'est le cas notamment du Complément Tarifaire (CT) exigible pour tous les patients, hormis ceux ayant justifié d'une attestation de droits CMU-C ou ACS en cours de validité.