

PRISE EN CHARGE DES CURES THERMALES EN 2014 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 la base de la distance séparant le domicile du curiste de la station la plus proche prenant en charge l'orientation prescrite.

- 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),
- à l'étranger (cas exceptionnel), dans l'attente de la transposition en droit français de la directive européenne sur les soins transfrontaliers (2011/24/UE),
- liées à un accident du travail ou à une maladie professionnelle.

- L'assuré reçoit la réponse de sa caisse d'affiliation :

◆ **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 prises 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. Si elles sont délivrées en décembre, elles restent valables 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 ;
- Pour les assurés pris en charge au taux habituel (65 %), seuls le ticket modérateur et le complément (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 (réforme applicable à compter de la publication en 2014 de l'avenant n°10 au Journal Officiel)

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 (non encore fixés au moment de la publication de cette notice). 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, maladie professionnelle ou Affection de Longue Durée (pour l'indication qui justifie la cure thermique et lorsque le patient présente l'une des déficiences ou incapacités définies par le référentiel de prescription mentionné à l'article R. 322-10-1), 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.

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.

PRESTATIONS LEGALES

| PRESTATIONS | MONTANTS applicables au 01/01/2014 | 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 90 € | 70% ⁽¹⁾ | 100% | 100% | Non soumis au plafond de ressources |
| TRAITEMENT THERMAL Volet 2 | Tarifs plafonnés par les Prix Limites de Facturation | 65% ⁽¹⁾ des Tarifs Forfaitaires de Responsabilité ⁽²⁾ | 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

| MALADIE | 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% |
| 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 : 65% | a) Curiste en ALD atteint d'une déficience ou incapacité répertoriée : non soumis au plafond de ressources et taux de remboursement 100% si ALD exonérante sinon 65% b) Curiste en ALD non atteint d'une déficience ou incapacité répertoriée et station thermique distante de plus de 150 km : non soumis au plafond de ressources et taux de remboursement après accord préalable de la caisse de 100% si ALD exonérante sinon 65% c) Curiste en ALD non atteint d'une déficience ou incapacité répertoriée et station thermique distante de moins de 150 km : soumis au plafond de ressources et taux de remboursement à 100% si ALD exonérante sinon 65%. |
| 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 € | | Plafond de ressources applicables pour les Indemnités journalières (IJ) (arrêt de travail) Assuré seul : 37 548 € Majoration de 50% par personne à charge : 18 774 € Ex : assuré marié, sans enfant : 56 322 € Ex : assuré marié, 1 enfant : 75 096 € 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 défilé de rarence. |

⁽¹⁾ 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

⁽²⁾ Les personnes relevant du régime Alsace-Lorraine bénéficient d'un taux de prise en charge de 90%. ⁽³⁾ Toute dépense ou supplément excédant ces tarifs forfaitaires de responsabilité restent à la charge du curiste ou de sa complémentaire santé