

2 0 2 1

Santé Info Droits PRATIQUE

C.9.6

SÉCURITÉ SOCIALE

LA PRISE EN CHARGE DES CURES THERMALES

DE QUOI S'AGIT-IL ?

Forte d'un essor du thermalisme datant de la deuxième moitié du XIX^{ème} siècle, la France compte aujourd'hui plus d'une centaine d'établissements thermaux.

Le thermalisme ne doit pas être confondu avec la thalassothérapie qui est considérée comme une activité de bien-être.

La finalité curative des cures thermales est reconnue par la Sécurité sociale et fait l'objet, dans ce contexte, d'une prise en charge financière.

En effet, le bénéficiaire d'une cure thermale est susceptible d'engendrer différents types de dépenses. C'est ainsi que cette fiche explore les conditions, modalités et niveaux de prise en charge des cures thermales par l'Assurance maladie obligatoire.

COMMENT ÇA MARCHE ?

1/ La demande

La cure thermale nécessite en premier lieu une prescription médicale préalable par un médecin ou chirurgien-dentiste en cas d'affection des muqueuses bucco-linguales.

Cette prescription médicale doit faire un lien entre la pathologie de l'assuré et l'une des 12 orientations thérapeutiques suivantes :

- affections des muqueuses bucco-linguales ;
- affections digestives et maladies métaboliques ;
- affections psychosomatiques ;
- affections urinaires et maladies métaboliques ;
- dermatologie ;
- gynécologie ;

- maladies cardio-artérielles ;
- neurologie ;
- phlébologie ;
- rhumatologie ;
- troubles du développement chez l'enfant ;
- voies respiratoires.

Dans sa prescription médicale, le médecin doit indiquer le lieu de la cure. Tous les établissements ne sont pas adaptés à toutes les pathologies et il est donc nécessaire que le lieu de la cure corresponde à la pathologie pour laquelle la cure est prescrite et que l'établissement soit conventionné. En cas de multi-pathologies, le médecin peut indiquer plusieurs orientations thérapeutiques.

La demande est ensuite transmise à la Caisse de Sécurité sociale de l'assuré par l'intermédiaire du formulaire « Cure thermale – Questionnaire de prise en charge » : <https://www.ameli.fr/sites/default/files/formulaires/127/s.3185c.pdf>

Par ailleurs, le formulaire comprend une déclaration de ressources à remplir par l'assuré, certaines prestations étant soumises à un plafond de ressources.

2/ Le traitement de la demande par la caisse de Sécurité sociale

La caisse remet à l'assuré un formulaire intitulé « **Prise en charge administrative de cure thermale et facturation** ».

Ce document indique la station thermale désignée et l'orientation thérapeutique de la cure.

Il comprend plusieurs volets à remettre :

- au médecin thermal pour les honoraires médicaux,
- à l'établissement pour le forfait thermal,
- à sa caisse de Sécurité sociale, au retour de cure pour les éventuels frais de transport et d'hébergement.

Une seule cure thermale est accordée par année civile sauf pour :

- les grands brûlés ;
- les personnes atteintes de multi-pathologies et qui ne peuvent être traitées dans la même station pour leur seconde orientation thérapeutique.

L'accord n'est valable que pour l'année civile sauf quand elle est accordée au cours du dernier trimestre :

- en octobre et novembre : l'accord est valable pour le premier trimestre de l'année suivante ;
- en décembre : l'accord vaut pour l'intégralité de l'année civile suivante.

Pour les salariés, ce document vaut également arrêt de travail vis-à-vis de leur employeur.

Les fonctionnaires, pour justifier de leur absence pour suivre une cure thermale en dehors d'un congé annuel, ont besoin de l'accord préalable :

- du médecin agréé pour l'octroi d'un congé de maladie ordinaire ;
- du comité médical pour l'octroi d'un congé de longue maladie ou de longue durée ;

- ou de la commission de réforme en cas d'accident de service ou de maladie professionnelle.

Cet accord est subordonné à la condition que la cure soit rendue nécessaire par une maladie qui aurait pour effet de mettre l'agent dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions si le traitement thermal prescrit n'était pas effectué en temps utile.

CE QU'IL FAUT SAVOIR

Attention : **pour bénéficier d'une prise en charge, la cure doit durer 18 jours**. En cas d'interruption pour raisons médicales, de force majeure ou de suspension de l'activité de l'établissement thermal, une prise en charge au prorata des jours effectués peut néanmoins intervenir.

1/ La prise en charge des frais médicaux

Les frais médicaux sont pris en charge au titre des prestations légales.

Sont couverts deux types de frais :

- Le forfait thermal :

Il s'agit d'un tarif forfaitaire dont le montant va dépendre de l'orientation thérapeutique de la cure.

Sauf exceptions, le niveau de prise en charge par l'Assurance maladie est égal à 65% du montant de ce forfait.

Il est de 100% pour les cures en lien avec :

- une affection de longue durée (ALD) exonérante ;
- un accident du travail ou une maladie professionnelle (après accord spécifique du service médical de la caisse).

En remettant le volet du formulaire de prise en charge correspondant, les assurés sociaux sont dispensés d'avancer les frais pris en charge par l'Assurance maladie dans le cadre du forfait thermal.

Par ailleurs, les établissements ne peuvent facturer aucune participation au titre des frais administratifs.

- Le forfait de surveillance médicale

Ce forfait vise à couvrir l'ensemble des actes médicaux accomplis pendant la durée de la cure.

Le tarif conventionnel est fixé à :

- 80 € pour un médecin conventionné.
- 6,86 € pour un médecin non conventionné.

A ce forfait, peuvent s'ajouter certains actes spécifiques intitulés « pratiques médicales et complémentaires » ces actes doivent être mentionnés par le médecin thermal et l'assuré doit renvoyer le formulaire à l'Assurance maladie pour obtenir un remboursement.

Comme pour les consultations médicales classiques, le niveau de prise en charge par l'Assurance maladie est égal à 70% du montant de ce forfait et de 100% pour les cures en lien avec :

- une ALD exonérante ;
- un accident du travail ou d'une maladie professionnelle (après accord spécifique du service médical de la caisse).

Concernant les bénéficiaires de la Complémentaire santé

solidaire, les établissements thermaux doivent proposer des soins thermaux à des prix n'excédant pas les tarifs forfaitaires de responsabilité (article L162-40 du Code de la Sécurité sociale).

2/ La prise en charge des frais de transport et d'hébergement

La prise en charge de ces frais relève des prestations supplémentaires et aides financières attribuées par les caisses de Sécurité sociale.

Pour cette raison, des conditions de ressources sont requises pour en bénéficier sauf pour les cures :

- liées à un accident médical ou maladie professionnelle ;
- dans le cadre d'un placement en maison d'enfants à caractère sanitaire (MECS) ;
- avec hospitalisation.

Les ressources prises en compte sont les ressources du foyer de l'année précédant la prescription de la cure.

Le plafond à ne pas dépasser pour bénéficier d'une prise en charge est fixé à 14 664,38 euros annuels. Ce plafond est majoré de 7332,19 euros pour le conjoint et par enfant à charge.

En matière de frais de transport, le remboursement se fait sur la base d'un billet aller/retour en train en seconde classe dans la limite des frais réellement engagés. Il en est de même pour la personne accompagnant l'assuré qui ne peut se déplacer en raison de son jeune âge ou de son état de santé.

Lorsque deux stations thermales proposent les mêmes soins, correspondant à la prescription du médecin, le remboursement éventuel des frais de transport se fera sur la base de la distance séparant le point de prise en charge du curiste de la station la plus proche.

Sauf exceptions, le niveau de prise en charge est de 65% de la base de remboursement.

Il est de 100% de cette base pour les cures en lien avec :

- une ALD exonérante ;
- un accident du travail ou d'une maladie professionnelle (après accord spécifique du service médical de la caisse).

En matière de frais d'hébergement, ils sont remboursés sur la base d'un forfait fixé à 150,01 €.

Le niveau de prise en charge est de 65% de ce forfait et de 100% pour les cures en lien avec :

- une ALD exonérante ;
- un accident du travail ou d'une maladie (après accord spécifique du service médical de la caisse).

3/ L'indemnisation de l'arrêt de travail

Pour les salariés, il est possible de bénéficier d'indemnités journalières de la Sécurité sociale (IJSS) pour la période au cours de laquelle l'assuré s'est absenté de son travail pour la cure thermale, sous réserve de remplir les conditions administratives habituelles.

Le versement des IJSS est néanmoins soumis à conditions de ressources à l'exception :

- des assurés qui étaient en arrêt de travail indemnisé avant le début de la cure thermale ;
- des cures en lien avec un accident du travail ou d'une maladie professionnelle prescrites avant la guérison ou la consolidation ou en cas de rechute ;
- des cures thermales s'effectuant avec hospitalisation.

Les ressources du foyer ne doivent pas dépasser le montant annuel du plafond de Sécurité sociale (41.136 euros au 1^{er} janvier 2022). Ce plafond est majoré de 50% pour le conjoint et par enfant à charge.

En ce qui concerne les fonctionnaires, ils peuvent bénéficier de l'indemnisation liée au congé maladie dont ils ont demandé le bénéfice auprès de leur administration.

TEXTES DE RÉFÉRENCE

- Articles L162-39 à L162-42 et D323-1 du Code de la Sécurité sociale
- Arrêté du 22 mars 1994 modifiant le règlement intérieur modèle des caisses primaires d'assurance maladie pour le service des prestations
- Article 3 de l'arrêté du 26 octobre 1995 relatif aux prestations supplémentaires et aux aides financières attribuées par les caisses primaires d'assurance maladie

- Convention nationale du 8 novembre 2017 organisant les rapports entre les caisses d'assurance maladie et les établissements thermaux
- Circulaire CNAM n°97/2003 du 8 juillet 2003



01 53 62 40 30

La ligne de France Assos Santé



UNE ÉCOUTE PAR DES SPÉCIALISTES POUR TOUTE QUESTION JURIDIQUE OU SOCIALE LIÉE À LA SANTÉ ?

Egalement accessible sur : www.france-assos-sante.org/sante-info-droits

Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé

*Accessible à tous sur l'ensemble du territoire, sans condition d'adhésion, pour le coût d'une communication normale

EN SAVOIR PLUS

Santé Info Droits 01 53 62 40 30

La ligne d'information et d'orientation de France Assos Santé sur toutes les problématiques juridiques et sociales liées à l'état de santé.
Lundi, mercredi, vendredi : 14h-18h. Mardi, jeudi : 14h-20h

Posez vos questions en ligne sur www.france-assos-sante.org/sante-info-droits



01 53 62 40 30

La ligne de France Assos Santé

- La Fédération Française des Curistes Médicalisés : <https://ffcm-curistes.wixsite.com/ffcm>
- Le site de l'Assurance maladie : www.ameli.fr

ÉVALUEZ NOTRE DOCUMENTATION !

Afin de mieux adapter nos publications à vos besoins nous avons mis en place un formulaire d'évaluation de notre documentation disponible en ligne à l'adresse suivante :

<https://www.france-assos-sante.org/documentation/evaluer-la-qualite-de-linformation/>

N'hésitez pas à le remplir, votre retour est essentiel !