

Les Grands Thermes de La Bourboule

Cette demande est à retourner :

LES GRANDS THERMES

B.P. : 85 - 76 boulevard Georges-Clemenceau - 63150 La Bourboule

tél. : 04 73 81 21 00 - fax : 04 73 65 54 09

e-mail : bourboule.grandsthermes@wanadoo.fr - site : www.grandsthermes-bourboule.com

Demande de réservation

si votre cure est suivie en Maisons d'Enfants, prenez directement contact avec la Maison concernée

1^{er} CURISTE

> RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE / LA CURISTE

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Fille Garçon Femme Homme

> RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURÉ(E)

Monsieur Madame Mademoiselle

Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél. : E-mail :

Date de naissance :

N° immatriculation : _ _ _ _ _ clé _ _

2^e CURISTE

> RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE / LA CURISTE

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Fille Garçon Femme Homme

> RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURÉ(E)

Monsieur Madame Mademoiselle

Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél. : E-mail :

Date de naissance :

N° immatriculation : _ _ _ _ _ clé _ _

COUVERTURE SOCIALE

Etes-vous pris en charge par :

- la sécurité sociale
 CMU complémentaire (Joindre une photocopie de l'attestation)
 une autre caisse laquelle :

Si votre cure entre dans le cadre de l'assurance maladie, votre questionnaire devra être déposé auprès de votre caisse qui vous délivrera la prise en charge administrative à présenter à l'accueil.

VOTRE CURE

> Date de début de cure

Cure de 18 jours conventionnée (Pris en charge) Cure de 18 jours - Espace Confort (99 € supplément non pris en charge)

Cure aux tickets Remise en santé Séjour Bien-Etre } Non pris en charge

Combien de cure(s) effectuée(s) ? Dernières années / / /

Autres stations déjà fréquentées :

Comment avez-vous connu notre station ?

Moyen de locomotion pour votre venue :

Profession de l'assuré :

- Agriculteur Retraité Autre : précisez _____
 Chômeur Cadre _____
 Corps médical Commerçant-Artisan _____
 Employé Corps para-médical _____
 Fonctionnaire Enseignant _____
 Ouvrier Sans profession _____

VOTRE ORIENTATION

Les orientations principales :

- Voies Respiratoires - VR
- Dermatologie - DER
- Troubles du Développement chez l'Enfant - TDE
- Affections des Muqueuses Bucco-linguales - AMB

Les orientations secondaires :

- Voies Respiratoires - VR
- Dermatologie - DER
- Troubles du Développement chez l'Enfant - TDE
- Affections des Muqueuses Bucco-linguales - AMB

L'orientation principale est la première orientation thérapeutique indiquée sur votre prise en charge.

L'orientation secondaire est indiquée le cas échéant en traitement thermal dans la 2^e orientation sur votre prise en charge.

Au moment de votre réservation, si vous possédez votre prise en charge, veuillez nous faire parvenir une photocopie du volet 2.

VOTRE MEDECIN PRESCRIPTEUR (qui fait la demande de cure)

Nom : Prénom :

Adresse :

.....

Code Postal : Ville :

Spécialité :

Ces renseignements concernent le médecin qui a rempli la demande de prise en charge pour la cure thermale.

VOTRE MEDECIN THERMAL

Nom : Prénom :

Pensez à prendre rendez-vous avec le médecin avant votre arrivée à La Bourboule. La liste est dans notre guide thermal.

VOTRE HEBERGEMENT

Résidence Hôtel Villa Camping

Nom du lieu de l'hébergement : Ville :

> VOTRE CAUTION DE RÉSERVATION

Pour être assuré de la date de début de vos soins, il y a lieu de joindre à la présente demande un chèque (ou mandat postal) d'un montant de 40 euros libellé à l'ordre de la Société Thermale de La Bourboule. Cette caution de réservation sera entièrement déductible de notre facture de soins ou totalement remboursée si après vérification de votre prise en charge vous êtes à 100 %. Au moment de votre réservation, si vous êtes en possession de votre prise en charge, veuillez nous retourner une **photocopie** du volet 2.

Fait à le