

# 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 ou 04 73 81 21 41 - fax : 04 73 65 54 09

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

## Demande de réservation

1<sup>er</sup> 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<sup>e</sup> 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 (Prise 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<sup>e</sup> 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 de Tourisme     Hôtel     Villa ou Meublé     Camping     Résidence secondaire ou amis

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 du Trésor Public. 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 .....

