

# RÉSERVATION THERMALE

TÉL. 04 92 32 32 92 - FAX 04 92 32 38 15  
thermes@thermesdignelesbains.com

À RETOURNER À :  
THERMES DE DIGNE LES BAINS  
BP 163 - 29, AVENUE DES THERMES - 04005 DIGNE LES BAINS

## VOUS

Mme  Mlle  M.

NOM (du curiste) \_\_\_\_\_

PRÉNOM (du curiste) \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CODE POSTAL \_\_\_\_\_ VILLE \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE \_\_\_\_\_ EMAIL \_\_\_\_\_

NOM ET PRÉNOM DE L'ASSURÉ (si différent du curiste) \_\_\_\_\_

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE \_\_\_\_\_

## VOTRE CURE THERMALE

### DATE SOUHAITÉE DE DÉBUT DE VOTRE CURE

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (jour/mois/année)

### HEURE SOUHAITÉE

#### POUR DÉBUTER VOS SOINS :

(Horaire étudié en fonction des  
disponibilités des Services de Soins)

7h ou 8h (précisez) .....

avant 10h (précisez) .....

après 10h (précisez) .....

après-midi (précisez) .....

COMMENT VIENDREZ-VOUS AUX THERMES ?  BUS  AUTRE MOYEN  
POUVEZ-VOUS MONTER LES ESCALIERS ?  OUI  NON

### VOTRE TRAITEMENT

#### 1<sup>ère</sup> Orientation (cochez une seule case)

RHUMATOLOGIE ou  VOIES RESPIRATOIRES

(veuillez lire l'orientation thérapeutique figurant sur votre prise en charge)

#### 2<sup>ème</sup> Orientation (cochez une seule case, si prescrite)

RHUMATOLOGIE ou  VOIES RESPIRATOIRES

(la double orientation doit figurer sur votre prise en charge)

## VOS MÉDECINS

### MÉDECIN QUI VOUS A PRESCRIT LA CURE

NOM \_\_\_\_\_

PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_

CODE POSTAL \_\_\_\_\_

VILLE \_\_\_\_\_

GÉNÉRALISTE  SPÉCIALISTE (indiquez la spécialité)

### MÉDECIN QUI SUIT LA CURE

NOM \_\_\_\_\_

PRÉNOM \_\_\_\_\_

Nous tenons à votre disposition une liste des médecins  
susceptibles de vous suivre pendant votre cure.

Prenez rendez-vous avec le médecin de cure avant votre arrivée  
dans notre station.

## VOTRE HÉBERGEMENT

HÔTEL (lequel) \_\_\_\_\_

MEUBLÉ (lequel) \_\_\_\_\_

VILLAGE VACANCES  FAMILLE  GÎTE  ALLER-RETOUR JOURNALIER

CAMPING (lequel) \_\_\_\_\_

AUTRE (précisez) \_\_\_\_\_

### IL N'EST JAMAIS TROP TÔT POUR RÉSERVER.

Pour que votre réservation puisse être définitivement confirmée,  
nous vous demandons de nous retourner la présente fiche dûment  
remplie, **accompagnée d'un chèque de 46 €** libellé à l'ordre de :  
« Régie des Thermes de Digne les Bains ».

Cet acompte sera entièrement déduit de votre facture de soins.

En cas d'annulation de votre cure, merci de nous en avertir et de nous adresser  
le plus tôt possible un courrier accompagné de votre justificatif d'annulation  
(ex : certificat médical). Votre acompte vous sera entièrement remboursé.

#### Dispense de versement de l'acompte.

Un accord de prise en charge à 100% ou à 90% par votre caisse d'affiliation (hors  
mutuelle) vous dispense du versement d'acompte à condition que la réservation  
comporte la photocopie du volet 2 délivré par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

Dans l'attente du plaisir de vous accueillir, nous vous prions de croire,  
cher(e) curiste, à l'assurance de nos sentiments dévoués.