

# Bulletin de réservation

## 1<sup>ère</sup> PERSONNE

M. /  Mme /  Mlle

Nom et prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : .....

Portable : .....

Courriel : .....

1<sup>ère</sup> date de soin du ..... au .....

2<sup>ème</sup> date de soin du ..... au .....

Horaire début de soins souhaité (**sous réserve de disponibilité**)

1<sup>er</sup> choix ..... 2<sup>e</sup> choix .....

## 2<sup>ème</sup> PERSONNE

M. /  Mme /  Mlle

Nom et prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : .....

Portable : .....

Courriel : .....

1<sup>ère</sup> date de soin du ..... au .....

2<sup>ème</sup> date de soin du ..... au .....

Horaire début de soins souhaité (**sous réserve de disponibilité**)

1<sup>er</sup> choix ..... 2<sup>e</sup> choix .....

### CURE RHUMATOLOGIE

Cure sans hospitalisation – non médicalisée – personnes autonomes

Cure fractionnée uniquement sur présentation d'un accord écrit préalable de votre caisse d'assurance maladie. Soins complémentaires sur demande en fonction des places disponibles, tarifés librement, non remboursés, dispensés sur prescription du médecin thermal.

### CURE DE PLEINE SANTE

En complément des soins thermaux, des activités physiques et des conseils santé sont proposés dans le cadre d'une prise en charge thérapeutique personnalisée

### CURE FIBROMYALGIE

En complément des soins thermaux, thérapie autour de la fibromyalgie et des douleurs chroniques.



Etablissement Certifié  
Aquacert Thermalisme

Personne à contacter en cas de problème durant le séjour : .....

Votre caisse d'assurance maladie :

CPAM /  SNCF /  MSA /  MGEN

Autres : .....

N° de Sécurité Sociale : .....

### MEDECIN QUI A PRESCRIT LA CURE (Impératif à remplir)

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Ville : .....Code postal : .....

### MEDECIN THERMAL

Dr DURAND Françoise  Dr VICO Mercédès

Dr PERRARD Christian  Dr PALAYSI Louis

Afin de programmer votre rendez-vous avec le Médecin Thermal, veuillez préciser votre jour et heure d'arrivée.

Date : ..... Heure : .....

Autre médecin, précisez : .....

(Prise de rendez vous à votre charge)

Votre caisse d'assurance maladie :

CPAM /  SNCF /  MSA /  MGEN

Autres : .....

N° de Sécurité Sociale : .....

### MEDECIN QUI A PRESCRIT LA CURE (Impératif à remplir)

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Ville : .....Code postal : .....

### MEDECIN THERMAL

Dr DURAND Françoise  Dr VICO Mercédès

Dr PERRARD Christian  Dr PALAYSI Louis

Afin de programmer votre rendez-vous avec le Médecin Thermal, veuillez préciser votre jour et heure d'arrivée.

Date : ..... Heure : .....

Autre médecin, précisez : .....

(Prise de rendez vous à votre charge)

Cure libre, forfait souplesse, hébergement au dos ➔

## 1<sup>ère</sup> PERSONNE

## 2<sup>ème</sup> PERSONNE

### CURE LIBRE (Non remboursée)

La cure libre n'est pas prise en charge par l'organisme social, sa durée est déterminée en fonction des conseils du médecin thermal et des places disponibles.

Durée de séjour :

6 jours /  9 jours /  12 jours

Médecin thermal .....

Durée de séjour :

6 jours /  9 jours /  12 jours

Médecin thermal .....

### FORFAIT SOUPLESSE (Non remboursé)

Durée du séjour :

6 jours /  9 jours /  12 jours

Montant total des prestations : .....

Durée du séjour :

6 jours /  9 jours /  12 jours

Montant total des prestations : .....

### HÉBERGEMENT À HÔTEL DU BAN\*\*

Nombre de personnes : .....

#### CHOIX DE VOTRE TYPE DE CHAMBRE

Grand lit - balcon  Lits jumeaux - balcon  Chambre triple - balcon

Grand lit - terrasse  Lits jumeaux - terrasse

#### OPTIONS

Petit déjeuner buffet

Petit déjeuner en chambre

Animal (limité à 1 par chambre)

Lit supplémentaire

Service + (entrée thermoludique illimitée + petit déjeuner en chambre)

Date de votre séjour : .....au..... Montant total des prestations : .....

## RÈGLEMENT

La réservation d'une cure, d'un séjour, d'un soin ou d'un hébergement ne peut se faire qu'à réception d'un Bulletin de réservation préalablement rempli par le client, accompagné du règlement des arrhes correspondantes.

### Pour une Cure thermale

Le bulletin de réservation doit être accompagné d'un règlement au titre d'arrhes de 40 € par personne à l'ordre de «CALEDEN» (somme entièrement déduite de votre facture de soins).

Si vous êtes pris en charge à 100% par votre caisse, il n'est pas nécessaire de verser des arrhes.

En cas d'annulation, les arrhes seront perdues, sauf en cas de force majeure et sous présentation d'un certificat médical.

### Pour tout autre prestation

Le bulletin de réservation doit être accompagné de 25% du montant total de la prestation, au titre d'arrhes à l'ordre de «CALEDEN».

Toute annulation doit être notifiée par courrier postal ou par mail. La date de réception du courrier est la seule prise en compte pour les retenues suivantes :

- Annulation J-1 mois : Les sommes versées sont remboursées.
- Annulation J-15 jours : 50% d'arrhes remboursées.
- Au delà : Les arrhes versées seront retenues