

## FICHE DE RESERVATION

### RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS concernant la personne effectuant la cure

Civilité :  M.  Mme  Mlle

Nom du Curiste : .....

Prénom : .....

Adresse complète : .....

.....

.....

N° de Sécurité Sociale : .....

Date de naissance du Curiste : .....

Profession du Curiste : .....

N° de téléphone fixe et/ou portable : .....

E-mail : .....

Avez-vous déjà effectué une cure à Ax-les-Thermes :  Oui  Non

Combien de fois êtes-vous venu ? .....

Personne à prévenir en cas d'urgence : Nom / Prénom : .....

Tél. : .....

### MODALITES DE RESERVATION

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 80 euros libellé à l'ordre de Société Thermale d'Ax.**

#### RAPPEL

*L'acompte de 80 euros sera entièrement déduit de votre facture de soins.*

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

**Dispense d'acompte :** Seules les personnes ayant un accord de prise en charge à 90 % ou 100 % (hors mutuelle) sont dispensées du versement de l'acompte. Merci de bien vouloir nous **joindre une photocopie de votre prise en charge** (l'original devra nous être remis le jour de votre arrivée.).

### INFORMATIONS SUR VOTRE PRISE EN CHARGE

Votre demande de prise en charge doit être déposée auprès de la caisse dont vous dépendez au minimum trois semaines avant le début de votre cure.

Veuillez vérifier que sur votre prise en charge figurent bien : l'orientation ou la double orientation, le tampon de votre caisse, la signature, le nom de la station et l'année de cure.

La cure thermale est payable en début de séjour.

## DATE ET HORAIRES DE CURE

Afin d'éviter toute confusion, merci de bien vouloir noter **le jour exact et le mois** auquel vous souhaitez débiter vos soins (vous pouvez débiter votre cure du lundi au samedi, visite médicale effectuée).

A quelle date souhaitez-vous débiter votre cure ? .....

Nombre de jours de cure ? .....

Horaires de début de soins souhaités (**en fonction des disponibilités**) ? .....

Pour la double orientation, merci de nous préciser si vous souhaitez effectuer vos soins Voies Respiratoires :

Avant les soins de rhumatologie       Après les soins de rhumatologie

## VOTRE TRAITEMENT

1<sup>ère</sup> orientation :  Rhumatologie (RH)       ORL Voies respiratoires (VR)

2<sup>ème</sup> orientation :  Rhumatologie (RH)       ORL Voies respiratoires (VR)

## RAPPEL

**Votre prise en charge reste valable toute l'année civile en cours.**  
**En cas de doute, renseignez-vous auprès de nos services (orientation(s), tampon, signature, année de cure, destination de cure doivent figurer sur votre prise en charge).**

## INFORMATION PRATIQUE SUR VOTRE RÉSERVATION

*Si vous vous rendez en cure à deux ou plus, nous vous conseillons d'envoyer vos réservations dans la même enveloppe.*

## VOTRE MEDECIN

Nom du médecin prescripteur de la cure : .....

Adresse : .....

Nom du médecin thermal qui vous suivra durant la cure : .....

Si le médecin choisi est rattaché aux Thermes alors le secrétariat thermal planifiera les consultations sur votre planning de cure. Celles-ci vous seront notifiées sur votre planning de cure. **Si le médecin exerce hors du centre thermal, il vous appartient de planifier votre rendez-vous.**

**La consultation à son Cabinet devra s'effectuer avant de débiter vos soins.** Si besoin, nous pouvons vous communiquer la liste des médecins (Tél : 05 61 65 86 60).

## VOTRE HEBERGEMENT A LA RESIDENCE LE GRAND TETRAS

Vous souhaitez réserver :  Un studio confort       Un studio grand confort

Du ..... au .....

Notre service réservation de la Résidence Le Grand Tètras vous contactera afin de valider vos souhaits de réservations et vous fera part de vos disponibilités.

**PROTECTION DE VOS DONNEES PERSONNELLES** Conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 et du règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données, vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification, d'effacement des informations qui vous concernent. Pour l'exercer, adressez-nous votre demande par courrier à l'adresse suivante : Stax, 2 avenue Albert Durandeu 09110 Ax les Thermes ou par mail [dpo@acqs-ax.com](mailto:dpo@acqs-ax.com). Pour plus d'informations sur la protection de vos données personnelles, veuillez consulter notre politique de confidentialité sur [www.thermes-ax.com](http://www.thermes-ax.com)

Fait à .....

Le .....

Signature