

# DEMANDE DE RÉSERVATION THERMALE 2019

Ce formulaire est destiné à réserver votre place en soins. Il ne concerne pas l'hébergement, ni les programmes d'accompagnement thérapeutique pour lesquels il faut remplir la demande spécifique ci-après. Attention : les demandes de réservation thermale sont traitées par nos services dans l'ordre chronologique de leur réception.

Adresse de retour : [Domaine Thermal, 09400 ORNOLAC USSAT-LES-BAINS](#)

Veuillez compléter SVP lisiblement :

**CURISTE 1**    Mme    Mlle    M

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse complète .....

Code postal :       Ville : .....

Téléphone : ..... Adresse e-mail : .....

Date de naissance :       N° de sécurité sociale :

## CURE THERMALE CONVENTIONNÉE DE 3 SEMAINES

Avec prise en charge de cure :    Oui    Non

Dans l'orientation principale :    Affections psychosomatiques    Neurologie    Gynécologie

Avec traitement d'un second handicap :    Oui    Non

SI « oui », lequel ? .....

Avec programme d'accompagnement thérapeutique    Oui    Non  
(dans ce cas, veuillez également compléter le formulaire au verso)

 CURE LIBRE 12 JOURS (sans prise en charge de la sécurité sociale)

 MINI CURE 6 JOURS (sans prise en charge de la sécurité sociale)

 FORFAIT « SEMAINE DÉTENTE ET BIEN-ÊTRE »

 AUTRES PRESTATIONS LIBRES, VEUILLEZ INDIQUER LE NOMBRE DE JOURS :

## A compléter obligatoirement

 **Date de début de cure souhaitée :       2019**

### VOUS POUVEZ INDIQUER VOTRE SOUHAI pour L'HEURE D'ENTRÉE EN SOINS :

avant 8h30    de 8h30 à 11h00    après 11h00    l'après-midi

(Votre vœu sera pris en compte dans la limite de nos disponibilités. Pendant les mois de forte affluence, notamment septembre et octobre, les soins sont susceptibles d'être délivrés l'après-midi. Par ailleurs, nous ne pouvons réserver à l'avance ni un horaire précis, ni le thérapeute de votre choix)

Si vous avez déjà été curiste à Ussat, merci d'indiquer ci-après la dernière année de cure :

Merci de préciser le nom et l'adresse du médecin prescripteur de la cure : .....

Quel médecin avez-vous choisi pour le suivi de votre cure :

Médecin rattaché aux Thermes

Autre médecin : .....

(Dans tous les cas, n'oubliez pas de prendre rendez-vous pour la consultation d'entrée)

Avez-vous des difficultés pour prendre place dans une baignoire ?    Oui    Non

Êtes-vous appareillé(e) d'une pompe apokinon ?    Oui    Non

Où logerez-vous pendant votre cure ?  Hôtel Thermal du Parc  Résidence Napoléon  
 Meublés des Thermes  Autre hôtel  Autre meublé ou gîte  Camping  
 Autre (précisez SVP) : .....

Comment avez-vous connu USSAT-LES-BAINS ?

Médecin ou autre professionnel de santé  Presse Magazine ou autre média écrit  
 Relation, ami, bouche à oreille  Internet  Salon spécialisé  
 Autre (précisez SVP : .....

Etes-vous retraité(e) ?

Oui  Non

Si «non», profession : .....

### VERSEMENT DES ARRHES THERMALES :

60 € par personne, sauf en cas de prise en charge à 100 % (joindre la photocopie svp).

Chèque à l'ordre de SARL THERMALE D'USSAT.

Les arrhes thermales sont remboursées dans leur intégralité en cas d'annulation de cure.

Mode de règlement : ..... Date et signature : | | | | | | |

### PROTECTION DE VOS DONNEES PERSONNELLES

La SARL THERMALE D'USSAT est responsable de vos données personnelles. Conformément à la réglementation en vigueur vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et d'effacement des informations vous concernant. Pour exercer ce droit veuillez nous adresser votre demande par courrier postal à notre adresse SARL THERMALE D'USSAT, 9 Rue des Thermes, 09400 ORNOLAC USSAT-LES-BAINS. Nous nous engageons à ne pas vendre ni louer de quelque façon que ce soit vos coordonnées, et nous vous remercions de bien vouloir nous autoriser ci-après à utiliser les informations recueillies sur ce bulletin pour réaliser des statistiques, des analyses, des enquêtes de satisfaction et de l'information commerciale, pendant une durée de trois années maximum.

J'autorise la SARL THERMALE D'USSAT à utiliser mes coordonnées à des fins statistiques, analytiques, d'enquêtes de satisfaction et d'information commerciale pendant une durée maximale de trois ans à compter de ce jour.

Date : ..... Signature : .....

## DEMANDE DE RÉSERVATION D'UN PROGRAMME D'ACCOMPAGNEMENT THERAPEUTIQUE

Nom : ..... Prénom : .....

Je souhaite compléter ma cure thermale par un programme d'accompagnement thérapeutique :

MALADIE DE PARKINSON (120 € par personne, nombre de place limité. Attention, ce programme exige l'autonomie du curiste ou, à défaut, son accompagnement par une tierce personne)

ANTI BURN-OUT (150 € par personne, nombre de place limité)

SEVRAGE DES ANXIOLYTIQUES (250,00 € par personne, veuillez cocher la session demandée) :

du 1er au 20/04/2019  du 07 au 26/10/2019

Les PROGRAMMES D'ACCOMPAGNEMENT THERAPEUTIQUE ne sont pas pris en charge par l'Assurance Maladie. La participation des mutuelles et autres assurances complémentaires varie en fonction des contrats. Renseignez-vous.

### VERSEMENT DES ARRHES POUR ACCOMPAGNEMENT THERAPEUTIQUE :

40 € par personne, dont 20 € remboursés en cas d'annulation signifiée 1 mois à l'avance. Chèque à l'ordre de SARL THERMALE D'USSAT

Mode de règlement : ..... Date et signature : | | | | | | |