



FICHE DE RESERVATION : *Ma* CURE 2012

POUR ETRE PRISE EN COMPTE TOUTE RESERVATION IMPLIQUE OBLIGATOIREMENT LE VERSEMENT D'ARRHES* (y compris CMU et PEC 100%) D'UN MONTANT DE 75€/pers, 100€/couple ou 50€/pers. pour toute pré-réservation faite sur notre site internet : www.valvital.fr

VOS COORDONNÉES

<input type="checkbox"/> Monsieur	<input type="checkbox"/> Madame	<input type="checkbox"/> Mademoiselle	<input type="checkbox"/> Enfant
Nom :		Prénom :	
Adresse :			
Code Postal :		Ville :	
Téléphone :		Email : @	
Profession :		Retraité(e) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

CHOIX DE VOS STATION ET ORIENTATION(S) THERAPEUTIQUE(S) (cf. ordonnance ou prise en charge)

STATIONS	ORIENTATION THERAPEUTIQUE : Simple indication	ORIENTATION THERAPEUTIQUE : Double indication
<input type="checkbox"/> AIX-LES-BAINS (73)	<input type="checkbox"/> Rhumatologie (RH)	<input type="checkbox"/> avec l'établissement thermal de Marlioz (VR ou AMB)
<input type="checkbox"/> BERTHEMONT-LES-BAINS (06)	<input type="checkbox"/> Rhumatologie (RH) <input type="checkbox"/> Voies Respiratoires (VR)	<input type="checkbox"/> RH + VR <input type="checkbox"/> VR + RH
<input type="checkbox"/> BOURBONNE-LES-BAINS (52)	<input type="checkbox"/> Rhumatologie (RH) <input type="checkbox"/> Voies Respiratoires (VR)	<input type="checkbox"/> RH + VR <input type="checkbox"/> VR + RH
<input type="checkbox"/> CHATEAUNEUF-LES-BAINS (63)	<input type="checkbox"/> Rhumatologie (RH)	Pas de double indication possible
<input type="checkbox"/> DIVONNE-LES-BAINS (01)	<input type="checkbox"/> Affections Psychosomatiques (PSY)	Pas de double indication possible
<input type="checkbox"/> EAUX-BONNES (64)	<input type="checkbox"/> Rhumatologie (RH) <input type="checkbox"/> Voies Respiratoires (VR)	<input type="checkbox"/> RH + VR <input type="checkbox"/> VR + RH
<input type="checkbox"/> LECTOURE (32)	<input type="checkbox"/> Rhumatologie (RH)	Pas de double indication possible
<input type="checkbox"/> LONS-LE-SAUNIER (39)	<input type="checkbox"/> Rhumatologie (RH) <input type="checkbox"/> Psoriasis (semaine thermale uniquement - non remboursé) <input type="checkbox"/> Troubles du développement de l'enfant (TDE)	Pas de double indication possible
<input type="checkbox"/> MONTBRUN-LES-BAINS (26)	<input type="checkbox"/> Rhumatologie (RH) <input type="checkbox"/> Voies Respiratoires (VR)	<input type="checkbox"/> RH + VR <input type="checkbox"/> VR + RH
<input type="checkbox"/> THONON-LES-BAINS (74)	<input type="checkbox"/> Rhumatologie (RH) <input type="checkbox"/> Maladies de l'Appareil Digestif et Métaboliques (AD) <input type="checkbox"/> Maladies de l'Appareil Urinaire (AU)	<input type="checkbox"/> RH + AD <input type="checkbox"/> AD + RH <input type="checkbox"/> RH + AU <input type="checkbox"/> AU + RH

DATES DE CURE SOUHAITÉES (en cas d'indisponibilité dans nos plannings, merci de proposer un 2^{ème} choix)

1 ^{er} choix	Du	Au	2 ^{ème} choix	Du	Au
-----------------------	----	----	------------------------	----	----

Plage horaire souhaitée pour le 1^{er} soin quotidien – sous réserve de disponibilité

Aix-les-Bains		Autres établissements			
MATIN	<input type="checkbox"/> 6h30-7h55 <input type="checkbox"/> 8h-11h30	MATIN	<input type="checkbox"/> 6h30-7h	<input type="checkbox"/> 7h-8h	<input type="checkbox"/> 8h-9h
APRES-MIDI	Ouvert en fonction de la fréquentation, en général de mai à octobre. <input type="checkbox"/> 13h30-18h30		<input type="checkbox"/> 9h-10h	<input type="checkbox"/> 10h-11h	<input type="checkbox"/> 11h-12h

Plage horaire souhaitée pour le rendez-vous d'inscription (Aix-les-Bains) – sous réserve de disponibilité

La veille de la cure	<input type="checkbox"/> 13h30-15h <input type="checkbox"/> 15h-16h30	Le jour de la cure	<input type="checkbox"/> 7h-9h <input type="checkbox"/> 9h-10h30
----------------------	---	--------------------	--

TYPE DE CURE

OPTION DÉTENTE/GRAND CONFORT

PROGRAMME SANTÉ

<input type="checkbox"/> CURE THERMALE (18 jours de soins pris en charge)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Prestations complémentaires à votre charge (cf. brochure Therm' attitude 2012). Option non disponible dans les centres de Berthemont, Chateauneuf.	Bourbonne <input type="checkbox"/> Cure 18 jours Ostéoporose
<input type="checkbox"/> SEMAINE THERMALE (6 ou 12 jours de soins non pris en charge)		Aix-les-Bains <input type="checkbox"/> Programme 18 jours Mieux Bouger Optimum santé® <input type="checkbox"/> Programme 18 jours Mieux Bouger Spécial fibromyalgie®

Prenez rendez-vous auprès d'un médecin thermal de la station pour qu'il prescrive votre programme de soins. 3 visites médicales sont prévues dont 1 avant le début de votre cure.

La liste des médecins thermaux vous est transmise au moment de l'envoi de votre confirmation de cure.

CADRE RESERVE A VALVITAL (à ne pas remplir)

N° Client		Dossier reçu le	/	/	2012
Date de début de cure		Prise en charge			
Tranche horaire de début de soins		Arrhes versées le	/	/	2012
Dossier suivi par :		Par : <input type="checkbox"/> CB <input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Espèces <input type="checkbox"/> Autres			
		Confirmation envoyée le	/	/	2012



ASSURE SOCIAL : Renseignements obligatoires à fournir pour la prise en charge de votre cure

VOUS	N° d'immatriculation :
	Nom de jeune fille :
	Nom et prénom de l'assuré(e) (si différent) :
	Date de naissance :
	Organisme de prise en charge :
	Adresse de l'organisme de prise en charge :
VOTRE MEDECIN PRESCRIPTEUR	Nom et Prénom :
	Spécialité :
	Adresse :
	Code Postal : Ville :
VOTRE MEDECIN THERMAL	Nom et Prénom :

MIEUX VOUS CONNAITRE

Êtes vous nouveau curiste oui non Si non de quelle(s) station(s) :

Comment nous avez-vous connu ?

- Par notre brochure Therm'attitude®
 Par un médecin (précisez son nom) : _____
 Par internet (précisez le site ou moteur de recherche) : _____
 Publicité
 Bouche-à-oreilles
 Lors de salons (précisez) : _____
 Autre (précisez) : _____

VOUS VENEZ ACCOMPAGNÉ D'UN OU PLUSIEURS CURISTES

- OUI, pensez à nous adresser vos bons de réservation dans la même enveloppe
 Vous souhaitez réserver une cure non conventionnée pour la personne qui vous accompagne
 Nom : _____
 Prénom : _____ Tél. : _____
 Semaine thermale. Précisez le forfait : _____
Bourbonne Cure 18 jours Ostéoporose : 220€ **Aix-les-bains** Programme 18 jours Mieux Bouger Optimum santé® : 250€
 Programme 18 jours Mieux Bouger Spécial fibromyalgie® : 330€

VOTRE HEBERGEMENT (durant votre cure)

- Résidence (studios, appartements) Foyer/pension de famille Famille/amis
 Hôtel (demi-pension, pension complète) Domicile Résidence secondaire
 Camping Gîte Autres (précisez) :

Nom hébergement :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Vous n'avez pas encore d'hébergement ?

Notre **CENTRALE de RÉSERVATION** s'occupe de vous sans frais supplémentaires

Contactez-nous au **N° Azur 0 811 090 111**
PRIX APPEL LOCAL
 ou par mail à : info@valvital.fr ou rendez-vous sur www.valvital.fr

Fiche de réservation à retourner :

→ **Centrale d'information et de réservation VALVITAL - BP 181 - 39005 Lons-le-Saunier cedex**
avec votre règlement de 75€/pers ou 100€/couple

• par chèque libellé au nom du centre de votre cure • ou par CB au **N° Azur 0 811 090 111**
PRIX APPEL LOCAL

*Les locataires de la résidence Thermotel à Bourbonne-les-Bains, de la Résidence des Thermes à Lons-le-Saunier et de la Résidence Adagio City Aparthotel Access à Divonne-les-Bains sont dispensés du versement d'arrhes pour la cure, seul le règlement d'arrhes pour la location est exigé.

Extrait des conditions générales de vente :

En cas d'annulation de la cure par le curiste, les arrhes sont restituées après déduction de frais administratifs de 35 € par cure réservée et annulée.

Les arrhes sont restituées intégralement dans le cas suivant :

- cure annulée pour cause de décès du conjoint, d'un parent au premier degré avec communication d'un certificat de décès,
- cure annulée en raison du refus de prise en charge de la cure par l'organisme de sécurité sociale, après présentation du justificatif faisant état de ce refus.

Informations et libertés :

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à gérer la relation avec la clientèle actuelle et future du groupe CEB. Les destinataires des données sont les services commerciaux et les services de soins du groupe CEB. Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de communication et de rectification des informations qui vous concernent. Pour exercer ce droit, merci de saisir le Secrétariat Général du groupe CEB (téléphone 04 79 35 38 50 ou e-mail : informatiqueetliberte@valvital.fr). Vous pouvez, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. Vous êtes informé(e) qu'en cas de refus ou d'information manquante, le traitement de votre dossier pourra être restreint. je refuse que le groupe CEB utilise ces données à des fins commerciales, notamment par envoi de courriels.

