



PARRAINAGE

Vous appréciez votre séjour aux thermes d'Uriage les bains ?
Faites-le savoir autour de vous. Nous enverrons une documentation, de votre part, à votre ami (e). A la fin de son séjour, nous aurons le plaisir de vous remettre un cadeau. Remplissez ce bon et retournez-le avec la fiche de réservation de cure.

BON DE PARRAINAGE MON (MA) FILLEUL (E)

Nom Prénom :

Adresse :

Code postal: Ville :

Tél. portable :

Mail :

MES COORDONNÉES

Nom Prénom :

Adresse :

Code postal: Ville :

Tél. portable :

Mail :

TRANSPORT

Le service transport INTER CURE organisé par la SARL PERRAUD arrête son activité.
Il ne vous sera plus possible de bénéficier de ce transport.

La ligne 23 de la SEMITAG dessert notre commune.
Vous pouvez vous informer en allant sur leur site <https://www.tag.fr/61-lignes.htm>

AVANT LA CURE

RÉSERVATION

Cette demande doit être entièrement remplie et retournée dès que possible par courrier pour être traitée. Le questionnaire de prise en charge rempli par votre médecin traitant doit être envoyé à votre caisse d'assurance maladie au plus vite.

⚠ N'attendez pas le retour de votre caisse d'assurance maladie pour effectuer votre réservation

INSCRIPTION et PLANNING de SOINS (hors correspondance) : Votre inscription ne peut être réalisée qu'après votre 1^{re} visite chez le médecin thermal. Pour limiter votre attente il est conseillé, si vous en avez la possibilité, de l'anticiper jusqu'à 1 mois avant le début de votre cure.

Pour vos horaires de soins, munissez-vous des documents ci-dessous :

1. Accord de Prise en Charge de la sécurité sociale (Volet 2)
2. Attestation de la CMU si vous en bénéficiez
3. L'ordonnance du médecin avec les soins de cure
4. La Présente Réservation
5. Chèque pour règlement du ticket modérateur et complément tarifaire (également pour les personnes prises en charge à 100%)

Dans l'éventualité d'une nécessité d'un accompagnement individualisé tout au long de votre cure, merci de prendre en considération que l'établissement n'est pas en mesure de vous mettre automatiquement à disposition un membre du personnel.

Pour tout problème de mobilité, votre accompagnant sera autorisé à vous suivre au sein de l'établissement pendant toute la durée de votre cure et vous assister pendant vos soins.

**Pour toute demande complémentaire,
n'hésitez pas à nous contacter à l'accueil au 04 76 89 10 17**

RÉSERVATION 2024 DU 1^{er} AVRIL AU 7 DÉCEMBRE

Joindre **OBLIGATOIREMENT** un chèque de **50 € d'arrhes de garantie** à l'ordre de
ETU
(y compris les CMU et 100%)

RHUMATOLOGIE / VOIES RESPIRATOIRES

Du 1^{er} avril au 7 décembre soins de 7h à 13h30

Dates de début obligatoires	1^{er} avril	22 avril	13 mai	3 Juin	24 juin	15 juillet
	5 août	26 août	16 sept.	7 oct.	28 oct.	18 nov.

DERMATOLOGIE

Date de début libre

Du 1^{er} avril au 7 décembre soins de 7h30 à 13h00

LISTE DES MÉDECINS DE LA STATION

Tous ces médecins sont conventionnés

Dr REBUFFET <i>Rhumatologue</i>	04 76 89 10 72	Dr VILLEMIN <i>Médecin Généraliste / Thermal</i>	06 16 40 17 82
Dr SCHWEITZER <i>Médecin Généraliste / Thermal</i>	04 76 89 10 54	Dr PHEULPIN <i>Médecin Thermal</i>	04 76 89 11 58

CONDITIONS D'ANNULATION

En cas d'annulation sur l'année de la cure et selon les dispositions prévues à l'article 1590 du Code Civil « toutes arrhes de garantie versées restent définitivement acquises » et L131-1 du Code de la Consommation.

Il est possible de reporter les arrhes versées, en nous prévenant 3 semaines avant le début de la cure, sur une nouvelle période de séjour de la même saison, en fonction des disponibilités. De même si l'annulation est du seul fait de l'établissement thermal, le double des arrhes versées sera restitué.

Ne pas apporter en cure de bijoux, de téléphones ni d'objets de valeurs.



CURISTE 1

Date de début de cure : 1^{er} choix /..... /..... • 2^e choix /..... /.....

1^{re} orientation : Rhumatologie Dermatologie Voies respiratoires

2^e orientation : Rhumatologie Dermatologie Voies respiratoires

Nom Prénom :

Adresse :

Code postal: Ville :

Tél portable :

Mail :

Où logez-vous : Meublé Camping Hôtel Domicile Amis Autre

Travaillez-vous pendant votre cure : Oui Non

Allez-vous prendre les transports en commun : Oui Non

MÉDECIN PRESCRIPTEUR DE VOTRE CURE

Spécialité :

Nom Prénom :

Adresse :

Code postal: Ville :

CURISTE 2

Date de début de cure : 1^{er} choix /..... /..... • 2^e choix /..... /.....

1^{re} orientation : Rhumatologie Dermatologie Voies respiratoires

2^e orientation : Rhumatologie Dermatologie Voies respiratoires

Nom Prénom :

Adresse :

Code postal: Ville :

Tél portable :

Mail :

Où logez-vous : Meublé Camping Hôtel Domicile Amis Autre

Travaillez-vous pendant votre cure : Oui Non

Allez-vous prendre les transports en commun : Oui Non

MÉDECIN PRESCRIPTEUR DE VOTRE CURE

Spécialité :

Nom Prénom :

Adresse :

Code postal: Ville :