



ENGAGEMENT DE PAYER¹
Au titre de l'article L6145-11 du code de la Santé publique

Je soussigné(e)

NOM :

Prénom :

Adresse :
.....
.....

[Si vous n'êtes pas le patient, degré de parenté, ou qualité pour représenter le patient :.....]

déclare avoir pris entière connaissance de l'étendue de mon obligation, qui s'élève, à la date d'entrée, soit le à

Le montant du prix de journée :/jour auquel s'ajoute

Le montant du forfait journalier :...../jour.

soit, pour une hospitalisation prévue de jours, à la somme de

...(.....) (*Veuillez inscrire ici le montant du devis en toutes lettres puis en chiffres entre les parenthèses*).

Et être informé(e) que mon engagement à payer ne conditionne pas une admission d'urgence.

Ce montant pourra être révisé en cas de prise en charge par un opérateur d'assurance agréé des dépenses médicales ou hospitalières².

A le

(signature)

¹ A remplir par le patient ou par chaque obligé alimentaire du patient.

² Justificatif d'assurance en cours de validité à joindre au dossier administratif d'admission.

