

E.1 : admission à titre payant

*

*

ACCORD SUR LES MODALITES DE REGLEMENT EN UNITE DE SOINS DE LONGUE DUREE

Je soussigné(e)

NOM PRENOM

né(e) le

Demeurant

Devant être admis(e) à l'hôpital en unité de soins de longue durée, je m'engage au paiement d'une provision égale à **un mois de mes frais d'hébergement** à compter de ma date d'admission. Cette provision sera imputée sur le premier et éventuellement le deuxième titre émis, en cas d'admission en cours de mois.

Pour les mois suivants (1) :

· Je m'engage à payer les sommes dues, chaque mois dès réception de l'avis des sommes à payer.

· J'accepte que le paiement de mes frais d'hébergement fasse l'objet d'un virement d'office de ma banque ou de mon CCP (2) au profit du Trésorier-Payeur Général de l'AP-HP.

Je déclare avoir pris connaissance [url=5779]des modalités de tarification détaillées en annexe[/url] **et du montant actuel des frais d'hébergement fixés à Francs par jours. Ces tarifs sont révisés annuellement par le Président du Conseil de Paris et affichés dans le service.**

Je déclare avoir été informé(e) que, dans le cas où mon état de santé nécessiterait un transfert dans un service d'aigu ou de soins de suite, les frais inhérents à cette réservation s'élèveraient à Francs par jour (3), pour une durée de 35 jours maximum par an.

(Lieu, date et signature)

Faire précéder de la mention manuscrite :

“ Bon pour accord sur les modalités de paiement conformément aux dispositions du présent document ”

Fait à :

le : en deux exemplaires originaux

(1) Rayer la mention inutile.

(2) Remettre un relevé d'identité bancaire ou un relevé d'identité postal

(3) Forfait hébergement déduction faite du forfait journalier
