

Agence de :

Adresse :

.....

ENGAGEMENT DE PRISE EN CHARGE

Délivré au profit (1) :

Pour couvrir les frais de séjour , d'appareillage , de rééducation (2)

Prescrits par :

Selon devis N° : du :

--	--	--	--	--	--	--

Concernant : **l'Adhérent - L'ayant droit** (2) :

Nom et prénom :

Date de naissance :

--	--	--	--	--	--	--

Adresse :

Au taux de 100% dans la limite des tarifs conventionnels et de responsabilité de la caisse de sécurité sociale du lieu de séjour .

Valable du :

--	--	--	--	--	--	--

 au :

--	--	--	--	--	--	--

Important

L'Etablissement au profit duquel est émis L'engagement de prise en charge , est tenu de transmettre à l'agence émettrice le bulletin de situation du bénéficiaire dès son admission .

Le montant sera réglé par la caisse sur la présentation de la facture de l'établissement en trois exemplaires .

*Le Directeur de L'agence ,*

1 - Nom ou raison sociale et adresse de l'établissement.

2 - Rayer les mentions inutiles.