Hôpital Erasme | ULB

Estimation : 2019.659

Demandeur : DR GAUTHIER REMICHE

## *ESTIMATION DES COUTS D'HOSPITALISATION*

Bruxelles, le 29 août 2019.

Evaluation provisoire et purement indicative pour patient non-mutualiste
valable jusqu'au 29/02/2020.

Nom & Prénom : STRATANENCO ELENA
Date de naissance : 951016FSAB
Médecin : DR GAUTHIER REMICHE

Cette évaluation ne constitue en aucune manière un forfait et ne peut pas être considérée comme ferme et définitive.

| | |
|---|---|
| **REVALIDATION PLURIDISCIPLINAIRE 90 JOURS :** | 15 480,00 € |
| **Divers (MEDICAMENTS + EXAMEN PRE + POST- OP ):** | 530,00 € |
| **Total :** | **16 010,00 €** |

Veuillez prendre connaissance des remarques importantes reprises au verso de la présente.

Joëlle Gérard,
Gestionnaire du dossier.

Annik Deleau,
Responsable Tarification.

a) Les prix remis ne comprennent pas le coût des communications téléphoniques, de l'usage de la télévision ni des boissons commandées au-delà de celles fournies avec les repas.

b) On consultera utilement la brochure d'accueil d'Erasme annexée à la présente.

c) Il est indispensable de présenter ce document au moment de votre pré-admission.

d) Aucun remboursement ne sera consenti, avant le décompte final et même lorsque la durée du séjour se révèle inférieur au nombre estimé de jours d'hospitalisation.

e) Afin d'effectuer directement le paiement demandé, vous trouverez ci-dessous les coordonnées bancaires de notre hôpital :

**BNP Paribas Fortis - rue Montagne du Parc 3 - 1000 Bruxelles**
**N° de compte : BE89-0042-5003-4485**
**Code BIC/SWIFT : GEBABEBB**

En communication : vos nom et prénom et date de naissance.

**DOCUMENT A RENVOYER AU SERVICE TARIFICATION**

- par mail : estimation@erasme.ulb.ac.be
- par fax : 00 32 2 555 48 88
- par courrier : Hôpital Erasme
  Service Tarification
  Route de Lennik 808
  1070 Bruxelles

---

**Engagement du patient pour** ..... (intitulé de l'opération)

Je, soussigné, .....
Né(e) le .....
Domicilié(e) .....

Déclare, par la présente :

- avoir pris connaissance de l'évaluation de provision sous référence reprise ci-dessus et en avoir reçu un exemplaire ainsi que des conditions administratives particulières relatives à cette évaluation de provision. Ces conditions sont reprises au verso de l'évaluation de provision.
- Avoir pris connaissance et accepté le caractère d'évaluation provisoire et à titre purement indicatif de cette provision.
- Avoir compris tous les termes des présentes et avoir reçu toutes explications nécessaires à en comprendre tant le sens que la portée ;
- Accepter de payer, à la première demande, à titre de provision complémentaire, toute provision qui lui serait réclamée en cours d'hospitalisation, s'il s'avérait que la provision de base était insuffisante à couvrir les frais réellement générés par les traitements et séjour demandés.
- S'engager à payer toutes factures ou provisions complémentaires éventuelles (.....,00€/journée supplémentaire d'hospitalisation) relatives aux séjours hospitaliers, à l'hôpital de jour ou aux prestations ambulatoires que le traitement de sa pathologie nécessitera.

En conclusion de quoi je verse, à titre de provision, la somme de **16 010,00 €** au compte bancaire : BE89-0042-5003-4485 - Code BIC/SWIFT : GEBABEBB - BNP Paribas Fortis - rue Montagne du Parc 3 - 1000 Bruxelles

La preuve de paiement est annexée à la présente.

Fait à ....., le .....

Signature avec mention manuscrite « Lu et approuvé ».