



# FONDATION OPHTALMOLOGIQUE A. de ROTHSCHILD

## Departement International

Tél : +33 (0)1 48 03 63 00

Fax : +33 (0)1 48 03 62 04

Email : international@fo-rothschild.fr

Paris, le

2 décembre 2016

## ESTIMATION DES FRAIS MEDICAUX

Patient (e): BOGHEAN GABRIEL  
DDN: 30-mars-16

IPP:  
Nationalité:

Sera hospitalisé (e) dans le service du: **Dr DORFMULLER**  
Date d'hospitalisation : à fixer  
Date d'intervention : à fixer  
Durée prévisionnelle du séjour : **2 jours - 1 nuit**

	Tarifs		Nombre de nuit (s)	
Forfait clinique	1 424,86	X	1	1 424,86 €
Forfait Bloc Opératoire	0,00	X	0	0,00 €
Forfait Examens Divers	0,00	X	0	0,00 €
Dispositifs Médicaux Implantables	0,00	X	0	0,00 €
Molécules Onéreuses	0,00	X	0	0,00 €
Chambre	120,00	X	1	120,00 €
Lit Accompagnant	18,00	X	1	18,00 €
Repas Accompagnant / le repas	0,00	X	0	0,00 €
Téléviseur	0,00	X	0	0,00 €
Consultation pré-opératoire :				0,00 €
Consultation d'anesthésie :				23,00 €
Consultation post-opératoire				0,00 €
<b>TOTAL CONSULTATIONS &amp; HOSPITALISATION:</b>				<b>1 585,86 €</b>

*Cette estimation peut varier en cas de modification du plan thérapeutique initial, d'actes complémentaires ou de complications*

*Pour les dispositifs médicaux implantables (prothèses) et/ou molécules onéreuses (médicaments), une facture complémentaire vous sera adressée ultérieurement*

### Mode de Paiement:

Vous devez effectuer avant votre admission un versement correspondant à la totalité de l'estimation

Sauf dans le cas de la Prise en Charge financière par un tiers payant

Frais bancaires à la charge du patient

### REFERENCES BANCAIRES :

Fondation A. de Rothschild

Banque BNP PARIBAS - PARIS EST ENTREPRISES (02516)

IBAN: FR76 3000 4008 1100 0101 4588 780

SWIFT: BNPAFRPPPEE



Fondation Ophtalmologique  
Adolphe de Rothschild

## FONDATION OPHTALMOLOGIQUE A. de ROTHSCHILD

Paris, le 02/12/2016

### Estimation des frais médicaux

Patient (e) **BOGHEAN GABRIEL**  
Date de naissance : **30 Mar 2016**

Sera hospitalisé(e) en hôpital de jour dans le service du **Docteur Dorfmueller**  
Date d'hospitalisation : à fixer  
Durée du séjour : 1 Jour

Prix de journée	1 225,40 X	1	1 225,40 €
<b>S/TOTAL Séjour :</b>			<b>1 225,40 €</b>
Coût total de votre séjour	—————>		<b>1 225,40 €</b>

**NB / Cette facture peut varier selon :**

- *Durée d'hospitalisation et/ou Reprises opératoires*  
*le solde vous sera réclamé lors de votre sortie.*
- *Pour les dispositifs médicaux implantables (prothèses) et/ou molécules onéreuses (médicaments)*  
*une facture complémentaire vous sera adressée ultérieurement.*

#### MALADE PAYANT :

Vous devez effectuer avant votre admission un versement correspondant à la durée de votre séjour : soit règlement en espèces, soit par chèque de banque certifié, soit par virement bancaire (référence ci-après).  
Frais bancaires à la charge du patient.

#### REFERENCES BANCAIRES :



BNP PARIBAS

Relevé d'Identité Bancaire  
IBAN

Cadre réservé au destinataire du relevé	
Titulaire du compte	
FONDATION A DE ROTHSCHILD	
Domiciliation	
PARIS EST ENTREPRISES (02516)	
RIB	: 30004 00811 00010145887 80
IBAN	: FR76 3000 4008 1100 0101 4588 780
BIC	: BNPAFRPPPEE

25, rue Manin - 75940 PARIS CEDEX19  
Reconnue d'utilité publique par décret du 20 Avril 1909



## FONDATION OPHTALMOLOGIQUE A. de ROTHSCHILD

### Departement International

Tél : +33 (0)1 48 03 63 00

Fax : +33 (0)1 48 03 62 04

Email : international@fo-rothschild.fr

Paris, le

**2 décembre 2016**

### ESTIMATION DES FRAIS MEDICAUX

Patient (e): BOGHEAN GABRIEL  
DDN: 30-mars-16

IPP:  
Nationalité: \_\_\_\_\_

Sera hospitalisé (e) dans le service du: **Dr DORFMULLER**  
Date d'hospitalisation : à fixer  
Date d'intervention : à fixer  
Durée prévisionnelle du séjour : **10 jours - 9 nuits**

	Tarifs		Nombre de nuits (s)	
Forfait clinique	3 500,65	X	9	31 505,85 €
Forfait Bloc Opérateur	250,00	X	1	250,00 €
Forfait Examens Divers	0,00	X	0	0,00 €
Dispositifs Médicaux Implantables	0,00	X	0	0,00 €
Molécules Onéreuses	0,00	X	0	0,00 €
Chambre	120,00	X	9	1 080,00 €
Lit Accompagnant	18,00	X	9	162,00 €
Repas Accompagnant / le repas	10,00	X	27	270,00 €
Téléviseur	0,00	X	0	0,00 €
Consultation pré-opérateur :				0,00 €
Consultation d'anesthésie :				0,00 €
Consultation post-opérateur				23,00 €

**TOTAL CONSULTATIONS & HOSPITALISATION: 33 290,85 €**

***Cette estimation peut varier en cas de modification du plan thérapeutique initial, d'actes complémentaires ou de complications***

***Pour les dispositifs médicaux implantables (prothèses) et/ou molécules onéreuses (médicaments), une facture complémentaire vous sera adressée ultérieurement***

#### Mode de Paiement:

Vous devez effectuer avant votre admission un versement correspondant à la totalité de l'estimation  
Sauf dans le cas de la Prise en Charge financière par un tiers payant  
Frais bancaires à la charge du patient

#### REFERENCES BANCAIRES :

Fondation A. de Rothschild

Banque BNP PARIBAS - PARIS EST ENTREPRISES (02516)

IBAN: FR76 3000 4008 1100 0101 4588 780

SWIFT: BNPAFRPPPEE