

DEVIS

Ce devis est établi sur la base de la demande du Dr/Pr : BOUHNICK

En date du : 20/09/2022

Numéro du devis : 2205100100

Nom et prénom du patient hospitalisé : EL AMRANI JAMAL Rachid

Adresse :AMELKIS 170, GRAPPE III MARRAKECH 99350 MAROC

129999

Né(e) le : 08/07/1955

Numéro du dossier administratif : VERTUEUX Raphaël

IPP : 8008201760

raphael.vertueux@aphp.fr

Compte Client :

Tel : 01.40.87.54.74

Fax : 01.40.87.55.74

Discipline	Prix de journée	Nombre de jours	Montant
Médecine Spécialisée	2 060,79 €	0	0,00 €
Chirurgie	2 494,62 €	0	0,00 €
Spécialités Coûteuses	3 461,72 €	0	0,00 €
Spécialités très Coûteuses	4 484,48 €	0	0,00 €
Hôpital de jour Chirurgie	1 996,22 €	0	0,00 €
Hôpital de jour Médecine	1 853,80 €	0	0,00 €
Hôpital de jour Obstétrique	1 837,49 €	0	0,00 €
Obstétrique	2 047,93 €	0	0,00 €
Hôpital de jour (ASS NUT, PANC, ONCO)	2 027,12 €	2	4 054,24 €
Réadaptation	0,00 €	0	0,00 €
Exigences particulières du patient	50,00 €		0,00 €
Forfait journalier	20 €		0,00 €
Lit accompagnant	0,00 €	0	0,00 €
Forfait estimatif environnement spécifique BMR*	0	0	0,00 €
Forfait estimatif soins externes**			500,00 €
Molécules onéreuses	1 364,01 €	2	2 728,02 €
Dispositif médical implantable		0	0,00 €
Forfait aléa thérapeutique***			15%
<b>Total</b>			<b>7 965,40 €</b>
<b>Reste à charge</b>			
<b>Provision</b>			
<b>Ancienne Dette</b>			

MODALITES DE PAIEMENT

RIB

Titulaire du compte : Régie Hôpital Beaujon / Domiciliation : TP PARIS AP-HP

CODE BANQUE	CODE GUICHET	N° DE COMPTE	CLE RIB
10071	75300	30002004203	6
IBAN : FR 76 1007 1753 0030 0020 0420 306			BIC : TRPUFRP1

Pour l'identification du virement, merci d'indiquer dans la référence : le nom du patient, le numéro du devis, l'IPP ou le NDA

Merci de fournir l'IBAN / SWIFT du compte de la partie versante pour le versement d'éventuels remboursements

Tarifs au 1er février 2019 - Le nombre de jours a été validé par le médecin - Estimation valable 6 mois

IMPORTANT : En l'absence du paiement de l'intégralité du montant stipulé par ce devis, l'hôpital se réserve le droit de refuser toute admission. Ce devis est une estimation des frais et ne constitue pas un engagement contractuel. Le montant total facturé peut être modifié selon les prestations fournies (durée de séjour, dispositifs médicaux, etc.). Si le montant final facturé venait à être inférieur au montant fixé par le devis, la différence sera remboursée par virement par la Direction Spécialisée des Finances Publiques pour l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris sur présentation d'un relevé d'identité bancaire officiel de la partie versante. Tout engagement de payer une hospitalisation programmée et toute provision versée à l'APHP reste à la charge de l'intéressé, sans possibilité aucune que l'Aide médicale d'État ou une autre couverture sociale vienne reprendre à son compte la partie des frais correspondant à cette provision ou cet engagement, conformément à l'article L253-2, dernier alinéa, du code de l'action sociale et des familles.

\*Ce forfait couvre les frais liés aux mesures spécifiques à prendre concernant les patients porteurs de bactéries multi-résistantes

\*\*Ce forfait couvre les frais liés aux actes de soins externes.

\*\*\*Ce forfait couvre un dépassement de la durée prévisionnelle des soins. L'encaissement de la provision pour aléa lié à un dépassement de la durée prévisionnelle des soins, avant l'hospitalisation, n'exclut pas la facturation de journées d'hospitalisation complémentaires, le cas échéant, si la provision devait ne pas s'avérer suffisante, à l'issue du séjour.

Signature du patient :

