

ПАЦИЕНТ: КОБЕРСКИЙ МАРЬЯН 26/11/2019

 ОНКОЛОГИЯ № 2019-1524

НЕЙРОБЛАСТОМА - ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ

СУММА К ОПЛАТЕ	7.978,50 €
-----------------------	-------------------

СКИДКА 10% (ИСКЛЮЧАЯ ПРОТЕЗ, ЛЕКАРСТВА И ОБСЛЕДОВАНИЯ ВНЕ ГОСПИТАЛЯ)	886,50 €
--	----------

ОБЩАЯ СУММА	8.865,00 €
--------------------	-------------------

Включены в смету:

Госпитализация в отдельной палате 1-ого уровня сложности в течение 15 дней (включает медикаменты, используемые материалы и питание пациента)	8.865,00 €
--	------------

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛУГИ НЕ ВКЛЮЧЕННЫЕ В СМЕТУ

- ✓ Внеплановая госпитализация
 - Госпитализация в палате
 - Госпитализация в отделении интенсивной терапии (ОИТ)
 - Госпитализация в отделении новорожденных
 - Госпитализация новорожденных в ОИТ
- ✓ Питание сопровождающего лица
 - Кровать для сопровождающего
 - завтрак сопровождающего
 - обед сопровождающего
 - ужин сопровождающего
- ✓ Медицинский транспорт
- ✓ (*) Медикаменты: Оксид азота (новорожденные), цитостатики, и ретровирус не применяемые антибиотики, фибринолитики, слож. антикоагулянты, surfactant ADCON-L, гормоны роста, иммунодепрессанты и другие препараты используемые в дневном стационаре
- ✓ Кровь и препараты крови, материал для переливания крови
- ✓ Материал гемодиализа
- ✓ Патологоанатомическое исследование
- ✓ Энтеральное и парентеральное питание

Условия оплаты:

ОПЛАТА ЗАРАНЕЕ	7.978,50 €
-----------------------	-------------------




 Sant Joan de Déu
 Barcelona Hospital
 INSTITUT PEDIÀTRIC

ПИСЬМО, КОТОРОЕ ПРИЛАГАЕТСЯ К СМЕТЕ

Мы информируем вас об условиях оплаты за запрошенное лечение. Пожалуйста, внимательно ознакомьтесь с данным документом, так как он содержит важную информацию.

Смета, которая прилагается, была разработана на основе имеющихся данных. На основе предоставленной информации были включены расходы за медицинское обслуживание, а также прочие расходы, не связанные с медицинским обслуживанием, которые будут предоставлены в ходе лечения (проживание, питание, транспорт, услуги переводчика и услуги скорой помощи).

Мы сообщаем вам, что указанная смета представляет собой ориентировочную оценку расходов, а общий счет, выставленный в конце лечения (или, в случае продолжительного лечения, частичные счета) может отличаться от указанной сметы. Причины различий, которые могут привести к необходимости дополнительных взносов, в основном имеют место в случае непредвиденных осложнений состояния пациента или в случае необходимости проведения дополнительных анализов или процедур, которые не были предусмотрены согласно данным первоначальной оценки лечения. Аналогичным образом, тарифы на продукты, которые перечислены в смете, могут быть увеличены в соответствии с годовым изменением индекса потребительских цен.

Требования / Информация:

- Срок действия данной сметы составляет 6 месяцев с момента составления.
- Данная смета будет считаться подтвержденной после отправки письма о принятии на следующий адрес электронной почты: kkostyukova@sjdhospitalbarcelona.org, emarkina@sjdhospitalbarcelona.org.
- Как только смета будет принята, вам будут отправлены общие условия оказания медицинских услуг с целью проверки, подписи и отправки на вышеуказанный адрес электронной почты.
- Общая сумма приложенной сметы должна быть полностью оплачена на банковский счет Больницы, который указан ниже, до планирования вашего посещения Больницы.

Данные получателя:	Hospital Sant Joan de Déu
Банковские данные:	CAIXES BBXX ES10 2100 0148 5002 0022 2312
Описание:	Имя и фамилия пациента / Имя и фамилия лица, производящего оплату (Tratamiento HSJD)

- Мы сообщаем вам, что в соответствии с положениями действующего законодательства Испании, оплаты наличными допускаются только в размере до 2 500 евро для юридических лиц (компаний/фондов/ассоциаций) или 10 000 евро в том случае, если плательщик является физическим лицом.
- Банковские расходы и сборы, связанные с осуществлением банковского перевода, оплачивает плательщик.
- В случае наличия остатка от предоплаты, оставшаяся сумма будет переведена на тот же банковский счет, с которого она была отправлена. Мы рекомендуем совершить одну транзакцию с одного банковского счета. Если полученные банковские переводы были сделаны с разных банковских счетов, остаток будет возмещен на каждый из вышеупомянутых банковских счетов пропорционально платежам, которые первоначально поступили с каждого из них для финансирования общей стоимости лечения. По административным причинам возврат оставшейся предоплаты может быть отложен на срок до двух месяцев после последнего сеанса лечения.
- В целях безопасности необходимо, чтобы до осуществления банковского перевода вы отправили нам на указанный выше адрес электронной почты заполненную форму **«Предоплата за лечение»**, которую вы найдете в приложении. Эта форма должна быть заполнена для каждого банковского счета, с которого производится оплата за лечение, и должна быть подписана владельцем счета, кроме того необходимо приложить копию документа, удостоверяющего личность его владельца. Платеж будет считаться правильно произведенным на момент получения соответствующей суммы и наличия вышеуказанной формы.

Если у вас есть какие-либо вопросы, вы можете всегда связаться с нами.

Hospital Sant Joan de Déu- ИНН: R5800645C - Passeig Sant Joan de Déu, 2 - ES08950 Esplygrec-de-Llobregat – Барселона
Тел. 0034932532100 – Факс 0034932050394 – www.sjdhospitalbarcelona.org – info@sjdhospitalbarcelona.org

ПРИЛОЖЕНИЕ I

ПРЕДОПЛАТА ЗА ЛЕЧЕНИЕ

Пожалуйста, заполните все поля ниже **ЗАГЛАВНЫМИ БУКВАМИ, ЛАТИНИЦЕЙ И НА КОМПЬЮТЕРЕ (не от руки)**, приложите запрошенную документацию и отправьте ее:

ФАКС: 93.205.03.94

E-MAIL: kkostyukova@sjdhospitalbarcelona.org, emarkina@sjdhospitalbarcelona.org

ПАЦИЕНТ: [*]

ДАТА РОЖДЕНИЯ: [*]

СМЕТА №: [*]

ПЛАТЕЛЬЩИК: (укажите владельца счета - имя и фамилию - NID/DNI/Паспорт)	
АДРЕС ПЛАТЕЛЬЩИКА: (укажите улицу, дом, номер, город, почтовый индекс и страну)	
СУММА БАНКОВСКОГО ПЕРЕВОДА (в евро)	
BIC/SWIFT:	
IBAN: (укажите название счета в случае отсутствия IBAN)	
НАЗВАНИЕ БАНКА:	
АДРЕС БАНКА: (укажите улицу, номер, город, почтовый индекс и страну)	

ПРИЛОЖИТЬ СЛЕДУЮЩУЮ ДОКУМЕНТАЦИЮ

- **Если владельцем банковского счета является физическое лицо:**
 - Ксерокопия паспорта или документа, удостоверяющего личность (DNI).
 - Ксерокопия подтверждения банковского перевода.
- **Если владельцем банковского счета является компания/ассоциация:**
 - Ксерокопия документа, подтверждающего налоговый номер организации (NIF).
 - Ксерокопия подтверждения банковского перевода.
 - Ксерокопия свидетельства, подтверждающего удовлетворительный юридический статус, или эквивалентный документ, удостоверяющий существование субъекта

Своей подписью я подтверждаю достоверность данных, указанных в этом документе, и даю свое согласие на то, что плательщик берет на себя все расходы за банковский перевод. Кроме того, мне известно, что, если на момент завершения лечения окончательная его стоимость будет ниже осуществленной предоплаты, соответствующая разница будет возвращена на этот счет и в процентном отношении к общей сумме, оплаченной для финансирования данного лечения.

ДАТА:

КЕМ ЯВЛЯЕТЕСЬ ДЛЯ ПАЦИЕНТА:

ПОДПИСЬ (ИЛИ ПЕЧАТЬ) ДЕРЖАТЕЛЯ СЧЕТА: