

PRESUPUESTO SEGÚN ORIENTACIÓN MÉDICA

DERIVACION DE LCR. HIDROCEFALIA

Nº Presupuesto: HUQMA-24-0000445

HOSPITALIZACION + HD: Neurocirugía

Sr/a. KORALOVA, IVA MITEVA

NHC: 50067593

Días de validez: 30 desde 07/03/2024

	Unidades	Precio Unit.	Importe Bruto	Imp. Dto.	% IVA	Importe Total
ESTANCIA EN PLANTA	3,00	475,20	1.425,60		0.00	1.425,60 €
DERIVACIONES DE L.C.R. HIDROCEFALIAS <i>Honorarios médicos</i>	1,00	4.400,00	4.400,00		0.00	4.400,00 €
GRUPO 4 ANESTESISTAS	1,00	1.012,00	1.012,00		0.00	1.012,00 €
DERECHOS DE QUIROFANO POR TIEMPO <i>Hasta 2 horas</i>	1,00	823,90	823,90		0.00	823,90 €
MATERIAL PROTESICO	1,00	2.198,34	2.198,34		0.00	2.198,34 €
1 Ud. Kit Valvula programable polaris					0.00	0,00 €
NECESIDADES ESPECIFICAS	1,00	536,47	536,47		0.00	536,47 €
Sistema Antisifon					0.00	0,00 €
MATERIAL FUNGIBLE Y MEDICACION	1,00	2.150,00	2.150,00		0.00	2.150,00 €

IMPORTE PRESUPUESTO :

12.546,31

El importe del presupuesto es meramente orientativo, ya que ha sido elaborado teniendo en cuenta los servicios habituales que se producen en este tipo de tratamiento. Por tanto, atendiendo a las características propias y al estado de salud del paciente, al curso del tratamiento y/o a las decisiones que puedan tomar los facultativos que atiendan al paciente, la cantidad final a facturar sufrirá cambios en función de los consumos reales acontecidos durante el ingreso. Estas modificaciones vendrán determinadas en función de, entre otros conceptos, los días de estancia, la prescripción de terapéuticas y pruebas diagnósticas y los consumos de fármacos y materiales que efectivamente se hayan devengado durante el tratamiento.

IBAN: ES440049 1508 77 2810247190 - SWIFT: BSCHESMMXXX

(Indicar en concepto el nombre del paciente y DNI. En caso de pacientes menores, indicar el nombre del padre/madre a quién vaya dirigida la factura)

jueves, 7 de marzo de 2024

Departamento de Admisiones

Sr/a.

En calidad de paciente o responsable legal o tutor del paciente (señale con una X) con NIF

ACEPTO este presupuesto y las condiciones en él detalladas

En a de de 20.....

Firma

No olvide traer el presupuesto firmado y aceptado el día de su ingreso.

Condiciones de pago:

-El día de ingreso en el Hospital, se abonará o se presentará el justificante de pago del total del presupuesto en el servicio de Admisión en concepto de depósito.

-El pago puede ser en efectivo, tarjeta de crédito o ingresando la totalidad del importe señalado en nuestra cuenta bancaria a nombre de IDCQ Hospitales y Sanidad S.L.

IBAN: ES440049 1508 77 2810247190 - SWIFT: BSCHESMMXXX

(Indicar en concepto el nombre del paciente y DNI. En caso de pacientes menores, indicar el nombre del padre/madre a quién vaya dirigida la factura)

-No se podrán realizar pagos en efectivo por un importe igual o superior a 1.000 euros. No obstante, el citado importe será de 10.000 euros, cuando el pagador sea una persona física que justifique que no tiene su domicilio fiscal en España.

-En la medida de lo posible, el Hospital emitirá la factura al alta del paciente por los gastos ocasionados durante su estancia que se abonará en ese mismo momento.

IDCQ Hospitales y Sanidad S.L.U. (en adelante, Grupo Hospitalario Quirónsalud), sociedad con nacionalidad española y domicilio social en Madrid, C/ Zurbarán 28, 28010 Madrid, CIF B-87324844, Registro mercantil de Madrid, constando en el Tomo 34.117, Folio 103, Sección 8, Hoja M-609942, inscripción 5ª; www.quironsalud.es., le informa de que sus datos personales serán incorporados a un fichero en el cual usted podrá ejercer el derecho de acceso, rectificación y supresión de datos dirigiéndose al Servicio de Atención al Paciente del Centro Hospitalario. Dichos datos no serán cedidos a terceros, salvo en los supuestos de obligación legal, interés vital, prestación del servicio o previo consentimiento del interesado. Puede ser necesaria para la prestación del servicio y sólo se comunicarán los datos adecuados, pertinentes y limitados a lo necesario a entidades del Grupo Hospitalario Quirónsalud.