

**AURREKONTU / PRESUPUESTO**

**NEUROCIRUGÍA**

**Pazientea / Paciente:**

**Medikua / Médico:** **NEUROCIRUGÍA BILBAO, S.L.P.**

**Prozedura / Procedimiento:** **CRANEOPLASTIA**

**Data / Fecha :** 2020

|                               | Incluido | Excluido | Observaciones                 |
|-------------------------------|----------|----------|-------------------------------|
| Preoperatorio                 | X        |          |                               |
| Estancia en Hospitalización   | X        |          |                               |
| Estancia en Hospital de Día   |          | X        |                               |
| Estancia en UCI               | X        |          |                               |
| Derechos de quirófano         | X        |          |                               |
| Materiales:                   |          |          |                               |
| Prótesis y órtesis            |          | X        | Factura según consumo         |
| Fármacos                      | X        |          |                               |
| Materiales y suturas          | X        |          | Excepto materiales especiales |
| Aparatos médicos              | X        |          |                               |
| Medios diagnósticos:          |          |          |                               |
| Radiodiagnóstico              |          | X        | Si requiere, factura s/tarifa |
| Laboratorio Análisis Clínicos |          | X        | Si requiere, factura s/tarifa |
| Anatomía Patológica           |          | X        | Si requiere, factura s/tarifa |
| Otras pruebas diagnósticas    |          | X        | Si requiere, factura s/tarifa |
| Hemoderivados                 | X        |          |                               |
| Nutrición parenteral          |          | X        |                               |
| Honorarios Médicos            | X        |          |                               |
| Honorarios Anestesia          | X        |          |                               |
| Otros: Especificar:           |          | X        |                               |

Aceptación y firma del paciente

**GUZTIRA / TOTAL**

**13.385,00 €**

PARA LA ACEPTACION DE ESTE PRESUPUESTO SE DEBE DE REALIZAR UNA TRANSFERENCIA POR EL IMPORTE COMPLETO EN CUALQUIERA DE LAS CUENTAS DISPONIBLES. INDICANDO EN EL CONCEPTO EL NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL PACIENTE. NECESARIO PRESENTAR EL JUSTIFICANTE DEL PAGO ANTES DEL INGRESO.

KUTXABANK ES67 2095 0461 1739 0008 6711

BBVA ES02 0182 1299 4100 1068 6026

**Ballets Olaeta, 4 – 48014 Bilbao Tfno.: 94 4755000 - CIF: A48111439 -**