



Tel: +972-3530-3100

Fax: +972-3530-8040

Семкин Дмитрий -880106153

Диагноз: Нейробластома

Эта оценка цены предоставляется на основе медицинских документов, предоставленных пациентом.

Лечение:

1.

Два цикла лечения антителами во время госпитализации – **160 000 долларов США**

2.

Возможная операция - **\$35 000 – \$50 000**

3.

Возможное лечение радиацией – **30 000 долларов США**

4.

Дополнительные дни госпитализации и лечения – **50 000 долларов США**

5.

Трансплантация аутологичных стволовых клеток - **\$75 000**

В стоимость входит:

1. Одна коллекция S.C. (не включая Mozobil).

2. До 30 дней госпитализации и до одного месяца амбулаторного наблюдения в дневном отделении ТКМ, начиная со дня выписки (консультация врача и обычный анализ крови).

В стоимость НЕ входит:

1. Вторая коллекция S.C., если необходимо (не включая Mozobil) **\$ 23,000*** Стоимость одной ампулы Мозобила (при необходимости) **10 000 долларов США**2. Хранение до 5 лет с предоплатой (при необходимости) **\$4100**

3. Лечение основного заболевания; лечение зубов; лучевая терапия; препараты крови; введение центральной линии; TPN; специальные аптечные услуги, такие как Ритуксимаб, Милотарг, Нейпоген, треосульфат,

Тиотепа / Тепадина, Кармустин, Эменд и др.

4.

Препараты крови. Стоимость единицы крови около 270 долларов, ожидается около 50-200 единиц.

5.

Медицинские процедуры / операции (например, тестирование ИТ) помимо трансплантации.

6.

Размещение и транспортировка ни для пациента, ни для сопровождающего лица.

דומע

2

דומע

3

Примечания:

1.

Указанные цены действительны в течение двух месяцев.

2.

Вас интересует информация о лечении? Будем рады ответить на ваши вопросы. Мы

The Chaim Sheba Medical Center, Tel-HaShomer 52656

www.shebaonline.org

www.shebaonline.ru



пациентов-туристов.

3.

За любой дополнительный день госпитализации взимается плата в размере 1500 долларов США в день.

Плата за госпитализацию в отделение интенсивной терапии составит 3500 долларов в день в течение первых четырех дней и 3150 долларов в день с пятого дня.

4.

Лечащие врачи могут определить, что необходимы другие диагностические тесты, отличные от перечисленных

выше (например, УЗИ, КТ, МРТ и т.д.); расходы на которые не включены в эту смету.

5. С пациента взимается плата по тарифу Министерства здравоохранения Израиля для туристов.

Описание и

стоимость медицинских услуг будут основываться на прейскуранте цен, опубликованном на веб-сайте Министерства здравоохранения

по адресу: <http://www.health.gov.il>.

Что касается периода **после трансплантации**, лечащие врачи могут определить, что необходимы другие методы лечения и / или диагностические тесты, отличные от перечисленных выше (например, УЗИ, КТ, МРТ, специальные лабораторные тесты и т.д.).

.

6.

Пациента должен сопровождать родственник.

7.

Обслуживание в медицинском центре "ШИБА" предоставляется только на английском или русском языках.

8.

Пациент должен прибыть со всеми образцами физической патологии и компакт-дисками со всеми визуализирующими тестами.

9.

Цены могут варьироваться в зависимости от курса доллара

שמר

3

שמר

3

Оплата может быть произведена посредством банковского перевода на наш счет, как указано ниже.

Реквизиты счета: Фонд медицинских исследований и разработок Sheba Medical Center:

Счет № 508637/88 Банк Леуми Ле Исраэль, Филиал 800

Улица Герцля, 19, Тель-Авив, Израиль

Быстрый #LUMILITXXX

IBAN КОД#IL29010800000050863788

Пожалуйста, подтвердите свое получение и принятие вышеуказанной сметы расходов, подписав форму ниже и вернув ее в наш офис.

Пожалуйста, не стесняйтесь обращаться к нам, если вам нужна дополнительная информация.

Мы с нетерпением ждем возможности предложить вам свою помощь.

Глобальные услуги для пациентов

Медицинский центр Шиба, Израиль

Телефон: +9723-5308100

Для:

Фонд медицинских исследований Медицинского центра Шиба

От: _____ от имени _____

Имя

Компания / Частное лицо

Мы согласны с условиями, изложенными в вашем предложении, и согласны оплачивать все медицинские и другие

услуги, предоставляемые Медицинским центром Sheba.

Настоящим я заявляю, что я не являюсь гражданином государства Израиль.

Имя

Подпись:

Дата: _____