

PRICE INFORMATION FORM - ИНФОРМАЦИЯ О ЦЕНАХ

19.12.2022

Please find below the estimated cost and details of the treatment;

PATIENT'S NAME ИМЯ ПАЦИЕНТА	EVA SPIRIDONOVA	
ESTIMATED TREATMENT LOCATION ПРЕДПОЛАГАЕМОЕ МЕСТОПОЛОЖЕНИЕ ЛЕЧЕНИЯ	MEDICAL PARK ANTALYA HOSPITAL - КЛИНИКА МЕДИКАЛ ПАРК АНТАЛИЯ BONE MARROW TRANSPLANTATION DEPARTMENT – ОТДЕЛЕНИЕ ПО ТРАНСПЛАНТАЦИИ КОСТНОГО МОЗГА	
TREATING DOCTOR ИМЯ И ФАМИЛИЯ ДОКТОРА	PROF. DR. AKIF YEŞİLİPEK, PROF. DR. VEDAT UYGUN	
TREATMENT PROPOSED ПРЕДЛОЖЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ	BONE MARROW TRANSPLANTATION FROM RELATED/UNRELATED DONOR АЛЛОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТРАНСПЛАНТАЦИЯ КОСТНОГО МОЗГА ОТ РОДСТВЕННОГО/ НЕРОДСТВЕННОГО ДОНОРА	
TREATMENT PACKAGE- ЛЕЧЕНИЕ ВКЛЮЧАЕТ		
Bone marrow transplantation from related /unrelated donor	Аллогенная трансплантация костного мозга от родственного / неродственного донора	
Up to 90 days of standard room, nursing services charges, services charges	90 дней стандартного номера, плата за уход, плата за обслуживание	
Doctor fees (surgeon, assistant surgeon, anesthesiologist)	Оплата доктору (хирург, помощник хирурга, анестезиолог)	
Operation room charges	Оплата операционной	
Procedure related laboratory tests and radiology	Лабораторные и радиологические исследования, связанные с процедурой (предварительные тесты)	

Medical equipment and supplies necessary for the procedure	Медицинское оборудование и принадлежности, необходимые для процедуры
Procedure related medications	Препараты, связанные с процедурой
1 accompanying person stay in the patient room	1 Проживание сопровождающего лица в палате пациента
Up to 90 Days medical follow up as outpatient 90 days hotel accomodation	90 дней амбулаторного наблюдения после выписки 90 дней проживания в отеле

ESTIMATED COST/ ПРЕДПОЛАГАЕМАЯ СТОИМОСТЬ:	<p>From a Related donor/ От Родственного донора - 90.000USD</p> <p>From an Unrelated Donor (from a Turkish donor bank) / От Не родственного донора (из турецкого банка доноров) -USD 95,000</p> <p>From an Unrelated Donor (European Donor Bank)/ От Не родственного донора (Европейский банк доноров) - USD 110,000</p> <p>Haploedentic Bone marrow transplantation / Гаплоидентичная трансплантация костного мозга - USD 120,000</p>
--	--

The package does not include:

- ✓ Charges for inpatient stays in excess of indicated days of hospital stays
- ✓ Medications and treatment for pre-existing or non-procedure related conditions
- ✓ Personal expenses such as phone calls, room services etc.
- ✓ Take home medications and supplies
- ✓ Agreed hospital rates will be applied for additional services or items not included in the package

В стоимость не входит:

- ✓ Сборы за пребывание в стационаре сверх указанных выше дней
- ✓ Препараты и лечение для ранее существовавших или не связанных с процедурой болезней Личные расходы, такие как

телефонные звонки, услуги в номер и т.д.

- ✓ Лекарства и материалы после выписки
- ✓ Согласованные ставки клиники будут применяться для дополнительных услуг или предметов, не включенных в пакет

Additional information regarding the treatment:

- ✓ Free of Charge Translating Services
- ✓ Free of Charge Airport-Hotel-Hospital Transfers
- ✓ Accompanying person cannot use the patient room during the ICU stay
- ✓ The need for further procedures other than the foreseen treatment plan mentioned above will be evaluated upon the clinical examination and status of the patient.
- ✓ **Any extra investigations that are not related with hematological problems (heart,lung,diabetes,blood presure) and special medicines, treatment and hospitalization and/or accomodation stay will be extra invoiced Extra hospitalization is charged 600 USD (standard room fee-per day) MIBG, Defibrotide or extra special medicines are not included in the package;Intensive care Unit will be extra charged, 900 USD per day.**

If donor from United States of America is found, then a new payment must be done (approxx 20.000 USD)

Below medicines or treatment are not included in Bone Marrow Transplantation (BMT) package:

- **MIBG diagnostic or treatment**
- **Defibrotide**
- **VOD prophylaxis**
- **COD treatment**
- **Photopheresis**
- **Immunoglobuline**
- **Medicine necessary for veno-occlusive diseases**
- **Antiviral agents (hepatit medicines)**
- **Any treatment unrelated with BMT**
- **Selection**

Дополнительная информация о лечении;

- ✓ Бесплатные переводческие услуги
- ✓ Бесплатный трансфер по маршруту: аэропорт-отель-клиника
- ✓ Сопровождающее лицо не может использовать комнату для пациентов во время пребывания в отделении интенсивной терапии.
- ✓ Необходимость дальнейших процедур, отличных от предполагаемого плана лечения, упомянутого выше, будет оцениваться на основании клинического обследования и состояния пациента.

✓ **Дополнительная оплата может быть запрошена в случае, если пациент нуждается в дополнительной госпитализации в палату/отделение интенсивной терапии; возникают проблемы и жалобы, не связанные с его гематологической проблемой (сердечные, легочные, диабет, артериальное давление и т. д.).** За дополнительную госпитализацию взимается 600 долларов США за 1 день

MIBG, Дефибротид или дополнительные специальные лекарства не входят в комплект;

Отделение интенсивной терапии за госпитализацию оплачивается отдельно. 1000 USD.

если донор из америки найден, то должен быть сделан новый платеж (approx. 20.000 USD)

FINANCE

1. All payments for medical services are expected before or on the first appointment date for self pay patients. You may either pay with a credit card, money order or bank wire the funds. During the treatment, care or recovery process, the final state of the bill will be checked within weekly intervals to verify if any extra payments are needed beyond the estimations given and the payments needed will be collected according to this verification..
2. For patients possessing International insurance, please contact your International coordinator to verify benefit eligibility and authorization for the visit when you receive this letter.
3. Any balance or credit remaining on your account after departure will be debited or credited back to the credit card number on file.
4. The responsibility of payment of the patient's transfer to another location by air travel or land ambulance in case of any need during or after the treatment process must be considered in advance and taken in charge by the patient/legal representative of the patient.

Signature:

- The above referenced costs are ESTIMATES for the foreseen treatment plan and are intended only as a guide to assist you in preplanning your visit. The actual final charges may vary from initial estimated amount.
- These cost estimations do not cover any price changes due to any complications.
- Package prices exclude pathology, attendance and special material costs.
- Prices presented above as in currencies other than TL (Turkish Lira) might vary according to the daily changing

With the document hereby, I,, certify that I perfectly understand Medical Park Hospitals Group International Patient Services treatment planning and services policy and guarantee to make my payments according to Medical Park Hospitals Group payment procedure.

Last Name – First Name:

Signature:

Финансы

1. Все платежи за медицинские услуги ожидаются до или в первую дату назначения для пациентов без страховки. Вы можете заплатить кредитной картой, денежным переводом или банковским переводом средств. Во время лечения, ухода или восстановления окончательный счет будет проверяться в течение недельных интервалов, чтобы проверить, необходимы ли какие-либо дополнительные платежи помимо указанных предполагаемых платежей, и необходимые платежи будут собираться в соответствии с этой проверкой.
2. Если Вы - пациент с международным страхованием, пожалуйста, свяжитесь с вашим международным координатором, чтобы проверить право на получение льгот и разрешение на посещение, после получения этого письма.
3. Любые остатки или задолженность, оставшиеся на вашем счете после выписки, будут дебетованы или зачислены обратно на номер кредитной карты, имеющейся в файле.
4. Ответственность за трансфер пациента в другое место воздушным транспортом или наземной скорой помощью в случае необходимости во время или после лечения должна быть рассмотрена заранее и взята на себя ответственным лицом/юридическим представителем пациента.

Подпись:

Указанные выше ПРЕДПОЛАГАЕМЫЕ затраты предназначены для запланированного плана лечения и рассматриваются только в качестве руководства, чтобы помочь вам в предпланировании вашего визита. Фактические окончательные платежи могут отличаться от первоначальной расчетной суммы.

Эти оценки затрат не покрывают никаких изменений цен из-за каких-либо осложнений.

Цены на пакеты исключают патологию, посещаемость и особые материальные затраты.

Цены, представленные выше, в валютах, отличных от TL (турецкая лира), могут варьироваться в зависимости

от ежедневного изменения курса

В этом документе я,, **удостоверяю, что я прекрасно понимаю**, что Medical Park Hospitals Group International Patient Services проводит планирование и политику в области лечения пациентов и гарантирует, что мои платежи будут проводиться в соответствии с процедурой оплаты групповой политики в клиниках Medical Park.

Фамилия Имя:

Подпись:

This is the estimated cost for the recommended investigations and procedures.

The mentioned price might vary according to the individual diagnosis and any existing medical

complications as well as any additional or special services provided by the treating doctors. Also the USD price may vary according to the exchange rate of USD /TL.

Это предполагаемая стоимость рекомендуемых обследований и процедур.

Указанная цена может изменяться в зависимости от индивидуального диагноза и любых существующих медицинских осложнений, а также любых дополнительных или специализированных услуг, предоставленных лечащими врачами. Also the USD price may vary according to the exchange rate of USD/TL.

Банковские реквизиты: BANK ACCOUNT DETAILS: Account owner (Head Office): MLP Sağlık Hizmetleri A.Ş .

BANKA	PARA BİRİMİ	ŞUBE KODU	HESAP NO	ŞUBE	SWIT CODE	IBAN NO
İŞBANK	TL	1255	38971	GÜNEŞLİ	İŞBK TRISXXX	TR 4600 0640 0000 1125 5003 8971
İŞBANK	USD	1255	26145	GÜNEŞLİ	İŞBK TRISXXX	TR 2000 0640 0000 2125 5002 6145
İŞBANK	EURO	1255	26150	GÜNEŞLİ	İŞBK TRISXXX	TR 7900 0640 0000 2125 5002 6150

MLP SAĞLIK HİZMETLERİ A.Ş.
Etiler Mah. Teşvikiye Caddesi No:7
Büyükdere/Beşiktaş/İstanbul T.C. D. 6130582094