



EAR & HEARING

Otology | Neurotology | Audiology

Querido/a _____

Fecha: _____

Gracias por escoger al **Dr. Abraham Jacob, de Center for Neurosciences (CNS), y Tucson Medical Center (TMC)** para los cuidados médicos de su oído y escucha. Esta carta da detalle, para su conocimiento, de la estimación de los costos asociados con la **Implantación de un Dispositivo de Integracionista sin Mastoidectomía -BAHA Sistema de Conexión - de Choclear Américas.**

Consulta Médica

Si la compañía de su seguro medico esta contractada con CNS, nosotros cobraremos la factura a su seguro por la consulta inicial con el Dr. Jacob así como cualquier procedimiento requerido en la oficina como parte de su cita. Copagos, deducibles, coseguros serán recaudados al momento de su cita o la factura se la mandará a usted después de ello.

Si su compañía de seguro no está contractado con CNS, un representante de Center for Neurosciences recolectará la tarifa del costo de su visita, \$300, antes de consultar con el Dr. Jacob. Aceptamos todas las principales tarjetas de crédito, cheques de caja, o efectivo. Los cheques de cajero deben ser dirigidos a "Center for Neurosciences."

Costo Quirúrgico y post-quirúrgico

Todos los siguientes cargos enlistados son de pago-privado; CNS y TMC no cobrarán a su compañía de seguro medico. Por lo tanto, un representante de CNS obtendrá una exención firmada de los beneficios de su seguro antes de la fecha de su cirugía.

BAHA Sistema de Conexión - de Choclear Américas	\$ 4,924.20
Tucson Medical Center tarifas de Quirófano y Sala de Recuperación.	\$ 2,500.00
Tarifa del cirujano + una cita de oficina post quirúrgica con el Equipo de CNS	\$ 2,000.00
Tarifa de Anestesia	\$ 850.00
Tarifa de Audiología por Activar el Dispositivo	\$ 350.00

	\$10,624.20

Después de la consulta inicial con el Dr. Jacob, el pago de \$10,803.00 será recolectado si usted elije proceder con cirugía. Si usted elije cancelar su cirugía después de que esta haya sido ya agendando, se detendrá \$1000 por CNS y el resto será reembolsado. Note que el desglose de costos de arriba, **no se aplican a ningún tipo de revisión quirúrgica.**

Todas las preguntas financieras deben ser dirigidas a la oficina de Administrativa de CNS (520) 795-7750. El Dr. Jacob y su equipo de oficina solo manejaran cuestiones a su cuidado médico.

Atentamente,

Center for Neurosciences



EAR & HEARING

Otology | Neurotology | Audiology

BAHA Attract de Cochlear Américas:

He leído, entendido y acepto con los contenidos de esta carta previa y estoy de acuerdo que seré responsable por el pago de los servicios prestados por el Dr. Jacob, El Center of Neurosciences, y Tucson Medical Center.

Al firmar lo siguiente, se reconoce el entendimiento de dichos estatutos:

- a. He leído, entendido y acepto los estatutos establecidos en la carta previa. Certifico no hubo barreras de comunicación efectiva.
- b. Un médico o representante médico me ha explicado toda la información referida en la carta previa. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y mis preguntas han sido contestadas de manera satisfactoria.
- c. No se ha hecho ninguna garantía o certeza referente a los resultados de cirugía.
- d. Estoy firmando este consentimiento de manera voluntaria. No estoy firmando de manera involuntaria debido a una amenaza, coerción, oferta de dinero u otra influencia.

Nombre y Firma

Fecha

Nombre del testigo y firma

Fecha

Médico o representante médico

Fecha