

Nombre Paciente	Natalia Fernanda Caicedo Trujillo	Línea	Cirucredito
Fecha de Valoración	11/04/2020	Fecha Tentativa Cirugía	10/06/2020
Numero de Cedula	1107083105	Número Celular	3187034211
Cirugía	Lipoabdominoplastia con transferencia	Correo Electrónico	luzedilma438@gmail.com

Queremos agradecerte por elegirnos en este proceso, estamos comprometidos con tu seguridad y estamos ansiosos por ver tu transformación, a continuación, te describimos tu paquete quirúrgico y el costo del mismo.

Tu plan quirúrgico incluye:

Infraestructura <ul style="list-style-type: none"> • Quirófano • Sala de recuperación
Honorarios Equipo Quirúrgico <ul style="list-style-type: none"> • Medico Cirujano • Anestesiólogo • Instrumentador • Ayudante Quirúrgico • Enfermera Jefe • Auxiliar de Enfermería
Pólizas <ul style="list-style-type: none"> • Garantía Ruptura del Implante
Atención Prequirúrgica <ul style="list-style-type: none"> • Cita de preanestesia
Atención Postquirúrgica <ul style="list-style-type: none"> • Revisiones gratuitas por dos años

Costo FINANCIACION Paquete Quirúrgico	10.500.000
--	-------------------

Costos Adicionales	
Exámenes	\$ 170.000
Cobertura posquirurgica	\$ 460.000
Medicamentos	\$ 80.000
Medias Antiembolicas	\$ 60.000
faja	160.000
Masajes 10 sesiones	\$ 350.000
Anticoagulantes 10	\$ 350.000
Abulancia y Enfermera	\$ 350.000
Total:	\$ 1.980.000

*Los costos adicionales no se incluyen en financiación, todos son necesarios al momento de hacer la cirugía, sea que el paciente los tome con nosotros o no, de los costos adicionales los únicos que el paciente debe pagar por obligación en la clínica son **COBERTURA POSTQUIRURGICA**.

Cotización vigente por 15 días
Web: www.cirucredito.com - Fijo: 3220020 - WhatsApp: 3133733756



* Si la paciente decide tomar los masajes por fuera de la clínica debe firmar un disentimiento informado donde se hace responsable por su recuperación y resultados de su post operatorio.

El costo de la cirugía o inicial y adicionales que la paciente toma con nosotros deben ser cancelados máximo el día de la consulta de preanestesia, de no ser así, será cancelada su cirugía y aplazada para una nueva fecha.

Firma Paciente _____