

| | | | | |
|-------------------------|--------------------------------------|---------------------|--------------------------|-------------------------------|
| Nombre Paciente: | Katherine Bustamante Escobar | | Línea: | Cirucredito |
| Numero de Cedula | 1017206172 | Celular: | 3117550659 | Fecha Tentativa 18/02/2020 |
| Cirugía | LIPOTRANSFERENCIA ASISTIDA CON LÁSER | Correo Electrónico: | Kattescobar423@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 |
| 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 | \$ 8.700.000 |
|--|---------------------|

| Costos Adicionales | |
|---------------------------|---------------------|
| Exámenes | \$ 170.000 |
| Cobertura Postquirurgica* | \$ 460.000 |
| Medicamentos | \$ 80.000 |
| Medias Antiembolicas | \$ 60.000 |
| Faja | \$ 160.000 |
| Masajes 10 sesiones | \$ 350.000 |
| Anticoagulantes * 7 | \$ 196.000 |
| Fajón Espuma | \$ 60.000 |
| TOTAL ADICIONALES | \$ 1.536.000 |

Cotización vigente por 15 días

Web: www.cirucredito.com - Fijo: 3220020 - WhatsApp: 318 328 79 20

*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**.

* 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 _____