

Nombre Paciente: Alejandra Alarcon		Línea	Cirucredito
Fecha de Valoración	14-03-20	Fecha Tentativa Semana Santa	
Numero de Cedula	1144060583	Celular 3192128842	
Cirugía	Pexia Periareolar con lipoabdominoplastia con transferencia gluea	Correo Electrónico	aseij@hotmail.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

Pexia Periareolar \$ 7.000.000
Lipoabdominoplastia..... \$9.500.000
Pexia Periareolar y Lipoabdominoplastia \$15.000.0000

Costos Adicionales

Exámenes	\$170.000
Cobertura posquirurgica	\$ 460.000
Medicamentos	\$80.000
Brasier	\$60.000
Faja	\$160.000
Fragmin	\$180.000

Cotización vigente por 30 días

Web: www.cirucredito.com - Fijo: 3220020 - WhatsApp: 3133733756



*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 _____