

Nombre Paciente	Dionnys Bettin Regino		Línea	Cirucredito
Fecha de Valoración	27/02/2020	Fecha Tentativa	24/02/2020	
		Cirugía		
Numero de Cedula	43.698.585	Celular: 3128253969		
Cirugía	LIPOABDOMINOPLASTIA + TRANSFERENCIA	Correo Electrónico	dionisbetinre@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"> Médico 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

\$11.000.000

Costos Adicionales	
Exámenes	\$170.000
Cobertura posquirurgica	\$ 460.000
Faja	\$160.000
Medias Antiembolicas	\$60.000
Medicamentos	\$80.000
Enfermera + Ambulancia	\$350.000
Anticoagulante x 10	\$280.000
10 Sesiones de Masajes	\$400.000
TOTAL ADICIONALES	\$ 1.900.000

*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**.

* 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.

Cotización vigente por 15 días

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



Firma Paciente _____