

Nombre Paciente	DIANA MARCELA GIRALDO JIMENEZ		Línea	Cirucredito
Fecha de Valoración	02/03/2020	Fecha Tentativa	03/04/2020	
Numero de Cedula	42.902.300	Cirugía		
		Celular:	3148646725	
Cirugía	LIPOSUCCIÓN ASISTIDA CON LASER NDYAG + PEXIA PERIAREOLAR	Correo Electrónico	dianamarcelagiraldo@yahoo.es	

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	\$15.500.000
--	---------------------

Costos Adicionales	
Exámenes	\$170.000
Faja	\$160.000
Medias Anti embolicas	\$60.000
Cobertura posquirúrgica	\$460.000
Masajes	\$400.000
Medicamentos	\$80.000
Brasier	\$80.000
Anticoagulante	\$280.000
Fajón de Espuma	\$60.000
TOTAL ADICIONALES	\$ 1.750.000

Cotización vigente por 15 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 _____