

## CONTRATO DE SERVICIO ODONTOLÓGICO

### “PLAN EXTRANJERO”

En Santiago, fecha \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, del 2017, el suscrito

Don (ña) \_\_\_\_\_

R.U.N.: \_\_\_\_\_ indistintamente el paciente, cliente o suscriptor, declara conocer, aceptar y convenir las condiciones del contrato de prestación de servicios dentales asociados al PLAN EXTRANJERO, en adelante indistintamente “Prestación” o “Plan”, otorgados por “SOCIEDAD ODONTOLÓGICA OSUR LTDA”, R.U.T. 76.485.284-2 domiciliado en San Diego 262-264, Santiago, Región Metropolitana y representada legalmente por Don DANIEL ALEJANDRO OSORIO URREJOLA, R.U.N. 16.978.271-7, consta de las siguientes cláusulas:

1. **OBJETO DEL CONTRATO.**- SOCIEDAD ODONTOLÓGICA OSUR LTDA, otorga al suscrito, un servicio de asistencia dental que se trata de un descuento fijo del 60% a las tarifas “MEDICAL DENTIST 2017”. Dichos descuentos calculados, estarán publicadas en el diario mural del Local Comercial Establecido. Todo lo anterior, previo pago de \$ 25.000.- pesos chilenos, en los términos y condiciones que se detallan en este contrato.
2. **SERVICIOS Y BENEFICIOS DEL PLAN FAMILIAR.** Los servicios y cobertura anual de las prestaciones que comprende el Plan, en los términos y condiciones que se detallan, son los siguientes:
  - 2.1. **Atención de Limpieza Dental**, consta de:
    - 2.1.1. **Una Atención de Destartraje Supragingival Total** para el titular del plan.
  - 2.2. **Descuento**, consta de:
    - 2.2.1. **60% de descuento sobre las prestaciones otorgadas.** (Nota: Se excluyen Todas las Prestaciones declaradas como “PROMOCION” y Radiografías, debidamente publicadas en el sitio web o en la publicidad establecida en el local).
  - 2.3. **Radiografías**, consta de:
    - 2.3.1. Una Radiografía Bite Wing Bilateral.
  - 2.4. **Diagnóstico** consta de:
    - 2.4.1 EVALUACIÓN ODONTOLÓGICA GENERAL o DE ESPECIALIDAD, sin tope y costo cero.
3. **DEFINICIONES.** Para todos los efectos de este contrato, se entenderán incorporadas las siguientes definiciones de los conceptos que se detallan, las que el suscrito declara aceptar, conocer y entender:
  - 3.1.1. Destartraje Supragingival: Consiste en remover los cálculos de las superficies dentales, es decir, la placa bacteriana y el sarro acumulados sobre las encías.
  - 3.1.2. Radiografía Bite Wing: Consiste en una técnica radiográfica para poder diagnosticar caries interproximales.

4. **EXCLUSIONES.** El Plan de Beneficios odontológicos contratado considera las prestaciones expresamente indicados en las cláusulas anteriores, sin perjuicio de las siguientes exclusiones:

4.1.1. Se excluyen exámenes médicos que puedan ser solicitados tales como: exámenes de sangre, exámenes cardiovascular electrocardiograma, exámenes pase psiquiátrico, radiografías panorámicas y teleradiografías de perfil.

4.1.2. Traumatismos que tengan un compromiso médico hospitalario.

4.1.3. Procedimientos considerados como "PROMOCION".

5. **VALOR.-** El Plan tendrá un valor de \$ 25.000.- pesos chilenos, anual por el titular. Este pago podrá realizarse a través de dinero en efectivo, tarjeta de débito o tarjeta de crédito en una cuota. El valor del plan se reajustara anualmente con la inflación acumulada del año.

5.1 La (el) suscrita (o) declara conocer que el PLAN EXTRANJERO, sólo considera las prestaciones expresamente indicados en esta cláusula, los que declara conocer y aceptar expresamente.

6. **VIGENCIA:** Este contrato tendrá una vigencia de doce meses a contar del día en que fue devengado y aparecerá en su boleta. Si el titular desea desvincularse, debe avisar con 30 días de anticipación para su desvinculación.

6.1. Si al desvincular se encuentran beneficios en curso o pendientes, los valores NO serán reversados.

6.2. La vigencia de los beneficios y servicios se mantendrán respecto al arancel del año en que fue contratado el plan.

## 7. OBLIGACIONES DEL CLIENTE

7.1. Asistir a la cita dental agendada en conjunto con la recepcionista o directamente de la página web. En caso de inasistencia, se entenderá que el cliente ha hecho uso de la cobertura del plan, para efectos de contabilizar el número máximo de eventos cubiertos por el mismo.

7.2. Agendar la cita de los Destartrajes con las higienistas autorizadas, a lo menos con un día de anticipación, por los todos los medios dispuestos e identificarse como beneficiario. Esta prestación sólo se podrá realizar los días sábados de 9:00 a 13:00 hrs y de 15:00 a 18:00 hrs, no festivos (siempre sujeto a capacidad agendaría).

7.3. En el caso de querer modificar la cita agendada, debido a cualquier eventualidad, se debe comunicar al correo ([contacto@medicaldentist.cl](mailto:contacto@medicaldentist.cl)), al teléfono fijo (223783786), al celular (+56966015583) o directamente en recepción (san diego 262); con 12 horas máximo de anticipación. De lo contrario, se considerará que el paciente ha hecho uso de su beneficio correspondiente del plan.

7.4. Aceptar y manifestar su conformidad expresa con el profesional asignado y el precio de las prestaciones de cargo del cliente, al momento de asistir a la consulta. En ese mismo acto, el paciente deberá manifestar el consentimiento requerido por el artículo 4 de la Ley N° 19.628 sobre Protección de la Vida Privada y Tratamiento o Protección de Datos de Carácter Personal, respecto de los datos de carácter personal necesarios para la determinación u otorgamiento de los beneficios de salud que corresponden al suscrito.

7.5. Pagar directamente en la clínica las prestaciones dentales comprendidas en el plan.

- 7.6. Otorgar al profesional toda información requerida por éste y que diga relación con datos necesarios para su adecuado diagnóstico y tratamiento.
- 7.7. Formular de manera responsable, toda sugerencia y/o reclamo, utilizando los canales formales dispuestos e informados por la Empresa, de manera tal que su situación pueda ser estudiada o solucionada internamente y el cliente manifieste su conformidad con la solución propuesta.

## 8. OBLIGACIONES DE SOCIEDAD ODONTOLOGICA OSUR LTDA.

- 8.1. Informar de manera completa, precisa y veraz el procedimiento establecido en el punto 2 precedente, cualquiera sea la vía de contratación de los servicios, sea presencial, telefónica o a través de venta de los canales web disponibles
- 8.2. Tomar todos los resguardos posibles para que la (el) suscrita (o) obtenga una adecuada atención dental. a través del profesional que le sea asignado.
- 8.3. Otorgar a él (la) suscrito (a) toda la información que éste (a) requiera, relativa al funcionamiento y especialidad de la clínica en la cual recibirá los servicios dentales, tales como: horario de atención, especialidades, servicios ofrecidos, documentos necesarios y mecanismos de funcionamiento de la clínica.
- 8.4. En el caso de querer modificar la cita agendada, debido a cualquier eventualidad, se debe comunicar con 12 horas máximo de anticipación.
- 8.5. Resguardar bajo estricta confidencialidad los datos a que hace referencia el literal g) del artículo 2º de la Ley Nº 19.628, y que sean suministrados por el paciente al profesional responsable de su tratamiento.
- 8.6. **CARENCIA:** Luego de certificado el pago a SOCIEDAD ODONTOLOGICA OSUR LTDA por parte de los diversos medios de pago, se terminara la carencia y el cliente podrá acceder a todos los beneficios del presente contrato.
9. **Consentimiento del artículo 4º de la Ley Nº 19.628.** Por el presente acto, don (ña) \_\_\_\_\_, manifiesta estar de acuerdo y autoriza expresamente a SOCIEDAD ODONTOLOGICA OSUR LTDA, a que ésta efectúe un adecuado manejo de sus datos personales, relativos a sus características físicas, hábitos personales, y estados de salud físicos y psíquicos; todos los cuales resultan necesarios para la determinación u otorgamiento de los beneficios de salud que corresponden al suscrito. El paciente autoriza, asimismo, el almacenamiento de los datos y su posible comunicación al público, únicamente cuando ellos se utilicen de forma disociada respecto de su identidad, y declarando encontrarse informado que dichos datos serán utilizados exclusivamente para fines estadísticos y asegurando resguardo y confidencialidad de los mismos.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE TITULAR:

RUT:

\_\_\_\_\_  
TIMBRE