

CONVENIO DE PRESTACION DE SERVICIOS ODONTOLÓGICOS CLÍNICA FIDENT

En Concepción de Chile, a (FECHA) entre Fide Dental Group Ltda., R.U.T. 76.445.413-8, representado por el Sr. Nicolás Ignacio Feres Vergara, R.U.T. 17.615.700-3, ambos domiciliados en calle Cochrane 814, departamento 201, comuna de Concepción, en adelante designada como "La Clínica" por una parte y por (NOMBRE EMPRESA BENEFICIADA), representada por: (NOMBRE REPRESENTANTE EMPRESA BENEFICIADA) en adelante "la Empresa", se ha convenido en lo siguiente:

PRIMERO: La Clínica se compromete y obliga a prestar atención dental, en las áreas de, prevención, operatoria, prótesis fija y removible, periodoncia, endodoncia, cirugía e implantología, a los funcionarios y/o trabajadores de la Empresa y a sus cargas familiares, en las condiciones previstas en el presente Convenio, Anexo 1.

SEGUNDO: La Clínica se obliga a llevar a cabo las atenciones dentales materia del presente contrato, **de lunes a viernes en horario de 10:30 a 13:00 y de 15:00 a 20:00, y los días sábados de 10:00 a 14:00 horas. Lo anterior, sujeto a la disponibilidad de horas previamente acordadas con la secretaria de la clínica.**

TERCERO: El arancel será válido hasta el 1º de Marzo de cada año, vencido ese plazo, el prestador los reajustará en conformidad con las variaciones que experimente la "Unidad Clínica Odontológica", es decir, en la misma proporción que experimente dicha variación, que constituye, en consecuencia, el parámetro convencional que las partes adoptan para las sucesivas modificaciones del presente Convenio. La Unidad Clínica Odontológica se define como los valores que a las prestaciones odontológicas asigna el Colegio de Cirujano Dentistas de Chile A.G..-

CUARTO: Cuando el funcionario y/o trabajador de la Empresa requiera de los servicios de la Clínica, deberá solicitar hora de atención en forma personal o vía telefónica para un examen inicial, que **será sin costo**, en el que se elaborará el presupuesto, donde el odontólogo formulará su diagnóstico, plan de tratamiento correspondiente y propondrá los honorarios por el mismo, el que habrá de ajustarse al Arancel que se refiere la Cláusula Tercera precedente.

QUINTO: El procedimiento de pago del plan de tratamiento dental será el siguiente;

-Por Planilla Anexo 2-3, es decir, descontado por el Empleador mensualmente en relación al valor y número de cuotas, se muestra en tabla anexo 2 el número de de cuotas que corresponde según el monto total del tratamiento. En anexo 3 se muestra el documento que firma el empleado al aceptar que se le descuenta por planilla.

-Pago del total del tratamiento por parte del beneficiario en una cuota, por transferencia electrónica o pago en efectivo.

-Pago con tarjeta de crédito o débito con sistema "Transbank" con el número de cuotas que el beneficiado decida, considerando que al tomar 3 cuotas estas son sin interés.

-Pago con cheque al día con el total del valor del tratamiento.

SEXTO: En caso de protesto de cheques, la "Clínica" estará facultada para realizar las siguientes acciones:

a) Suspender en forma inmediata la atención dental, hasta lograr la cancelación total de el o los documentos protestados.

b) Realizar los trámites de cobranza prejudicial para el cobro del documento protestado.

SEPTIMO: La Clínica se compromete a designar un Director Clínico, profesional cuya función será la de supervigilar el desempeño, funcionamiento y responsabilidad técnica de la Clínica.

OCTAVO: La Clínica otorgará una **garantía por un año** al tratamiento efectuado, el que quedará registrado en la ficha clínica del paciente. Esta garantía será válida, sólo si el paciente concurre a la sesión de alta. Cualquier problema o dificultad que el paciente presente en ese lapso de tiempo, podrá solicitar hora de atención con el Director Clínico para una evaluación de los síntomas presentados. Si ellos se han debido a defectos, descuido o falta de celo por parte del tratante, la Clínica, de acuerdo al informe del Director Clínico, deberá repetir el tratamiento en forma gratuita para el paciente, sin cobrarle siquiera los insumos.

Por el contrario, si el informe del Director Clínico estimase que la falla del tratamiento se debe a causas ajenas a la eficiencia de los servicios prestados, estos deberán remunerarse nuevamente, como si jamás se hubieran prestado. Si el informe del Director Clínico y la opinión del afectado difieren en su conclusión, se presentará el caso al Colegio de Cirujano Dentistas de Chile para que entregue su opinión. Si aún persisten las diferencias entre las partes, se someterá el conflicto a los Tribunales de Justicia.

La Clínica se reserva el derecho de poner término en forma anticipada un plan de tratamiento, a todos aquellos pacientes que se ausenten en más de 3 ocasiones continuas e injustificada a las citas con el profesional y se le deducirá de la devolución de dinero, pero no de los tratamientos ya realizados.

NOVENO: El presente Convenio de Prestación de Servicios Profesionales de carácter dental se pacta por el término de un año, contado desde la fecha del presente instrumento, renovándose tácitamente por períodos iguales y sucesivos de un año, con la modalidad de reajustabilidad estipuladas en la Cláusula Tercera. Las partes debe dar aviso a la otra, a lo menos con treinta días de anticipación a su vencimiento original o al vencimiento de alguna de sus prórrogas posteriores, mediante carta certificada. No obstante lo anterior, la conclusión del presente convenio no extingue la obligación monetaria de los empleados que a la fecha de expiración, se encuentren en tratamiento dental o con deudas vigentes con la Clínica, ni la obligación de ésta para completar los tratamientos, iniciados o ya aprobados.

Para constancia, se firma el presente instrumento en dos ejemplares de igual tenor, quedando uno en poder de cada una de las partes.

Nombre y firma Representante
Empresa Beneficiada

Nicolás Feres Vergara
Representante Legal
Clínica Fident

Anexo 1

Acciones y Valores convenio

Dentro de la Clínica tenemos profesionales que se desempeñan en las siguientes áreas:

- Rehabilitación Oral
- Implantología
- Odontopediatría
- Cirugía Bucal
- Endodoncia
- Periodoncia
- Transtornos Temporo Mandibulares

Que le ofrecemos a los empleados y a sus familiares:

- Diagnóstico y Presupuesto **Gratuito** (Valor sin convenio \$30.000).
- Profilaxis y Destartraje (Limpieza) a \$ 10.000 dos sesiones (Valor sin convenio \$60.000 cada sesión), corresponde a dos sesiones, una al iniciar el tratamiento y otro al finalizarlo.
- A continuación se presentan las acciones que ofrece la clínica, sus valores a cobrar por ser parte del convenio y comparación al no estar:

Operatoria	Valor Sin convenio	Valor con Convenio
Restauración Composite (Tapadura estética color del diente)	\$52.000	\$25.000
Carilla directa de composite	\$58.000	\$28.000
Carilla Cerámica (de Laboratorio)	\$370.000	\$260.000
Incrustación metal (de Laboratorio)	\$100.000	\$60.000
Incrustación ceramag (de Laboratorio)	\$180.000	\$100.000
Vidrio ionómero (tapadura estética provisoria)	\$40.000	\$18.000
Blanqueamiento Interno por pieza (Pieza con Endodoncia)	\$80.000	\$45.000
Blanqueamiento Externo	\$160.000	\$70.000

Prótesis fija	Valor Sin Convenio	Valor con Convenio
Corona porcelana pura (de Laboratorio)	\$380.000	\$250.000
Corona provisoria acrílico	\$60.000	\$30.000
Corona sobre metal (de Laboratorio)	\$290.000	\$210.000
Prótesis fija plural (inserción) (de Laboratorio)	\$290.000	\$220.000
Prótesis fija plural (intermediario) (de Laboratorio)	\$210.000	\$120.000
Espiga muñon colado (de Laboratorio)	\$90.000	\$40.000
Cementación poste de fibra	\$70.000	\$25.000

Prótesis removible	Valor Sin Convenio	Valor Con Convenio
Prótesis total acrílica superior	\$280.000	\$170.000
Prótesis total acrílica inferior	\$280.000	\$170.000
Juego prótesis totales	\$440.000	\$350.000
Prótesis parcial sup/inf base acrílica	\$200.000	\$160.000
Prótesis parcial sup/inf base metálica	\$270.000	\$200.000
Prótesis inmediatas (por arcada)	\$205.000	\$150.000
Rebasado total o parcial	\$90.000	\$45.000
Planos (Relajación o protección con guías)	\$120.000	\$70.000
Planos (Relajación o protección sin guías)	\$100.000	\$60.000

Periodoncia y Prevención	Valor Sin Convenio	Valor Con Convenio
Pulido radicular por sextante	\$42.000	\$18.000
Flúor Barniz	\$65.000	\$25.000
Instrucción de higiene oral	\$18.000	\$5.000
Aplicación de sellante	\$38.000	\$18.000

Endodoncia	Valor Sin Convenio	Valor Con Convenio
Anteriores	\$110.000	\$70.000
Premolares	\$140.000	\$80.000
Molares	\$170.000	\$100.000

Implantología	Valor Sin Convenio	Valor Con Convenio
Implante Unitario más corona unitaria (sin injerto óseo)	\$850.000	\$550.000
Injerto óseo para un implante (tipo)	\$250.000	\$150.000

Urgencias	Valor Sin Convenio	Valor con Convenio
Urgencia	\$30.000	\$10.000
Ferulización	\$45.000	\$20.000
Aseo Quirúrgico o Curetaje de alveólo	\$35.000	\$15.000
Drenaje de Absceso	\$48.000	\$20.000
Exodoncia Simple	\$55.000	\$32.000
Exodoncia Complicada	\$65.000	\$40.000
Debridación Pericoronaritis	\$45.000	\$20.000
Trepanación	\$65.000	\$35.000

Odontopediatría	Valor sin Convenio	Valor con Convenio
Control niño sano	\$35.000	\$15.000
Consulta urgencia	\$30.000	\$12.000
Instrucción de higiene oral	\$18.000	\$5.000
Fluor barníz boca completa	\$52.000	\$20.000
Aplicación de sellante	\$32.000	\$12.000
Restauración mínimamente invasiva	\$40.000	\$18.000
Obturación vidrio ionómero	\$32.000	\$15.000
Restauración Composite (Tapadura estética color del diente)	\$45.000	\$22.000
Pulpotomía pieza temporal	\$45.000	\$20.000
Desgaste selectivo	\$30.000	\$10.000
Exodoncia simple permanente	\$52.000	\$28.000
Exodoncia complicada permanente	\$55.000	\$35.000
Exodoncia simple temporal	\$35.000	\$15.000
Exodoncia complicada temporal	\$45.000	\$25.000

*Es fundamental que los beneficiarios, familiares y clientes, tengan algún tipo de identificación para poder presentar en la Clínica dental y saber que son parte del personal cubierto por el convenio con la empresa.

**Podrán ser beneficiados: Funcionarios de la empresa con su debida identificación y familiares directos de estos, entiéndase conyuges e hijos(as), respetándose los valores para todos los casos.

***Paciente debe tener sus pagos al día a la fecha para enviar sus trabajos a realizar a laboratorio dental.

Anexo 2

Tabla de Crédito

Rango del Presupuesto (\$)	Nº de cuotas
0 - 40.000	1
40.001 - 80.000	2
80.001 - 125.000	3
125.001 - 165.000	4
165.001 - 205.000	5
205.001 - 260.000	6
260.001 - 305.000	7
305.001 - y más	8

**DESCUENTO POR PLANILLA CONVENIO CLÍNICA
ODONTOLÓGICA FIDENT**

Yo _____
Rut: _____, trabajador(a) de _____,
actualmente bajo tratamiento odontológico en convenio con Clínica Odontológica Fident,
acepto que se realice el descuento por planilla mensual desde mi remuneración (sueldo)
para costear el tratamiento, mi empresa realizará el descuento y lo transferirá a la cuenta de
Clínica Fident. Total Tratamiento: \$ _____ Serán _____ cuotas de
los siguientes montos:

Número de Cuotas	Valor
1	\$
2	\$
3	\$
4	\$
5	\$
6	\$
7	\$
8	\$

Firma y Huella Digital Trabajador(a) Beneficiado(a)

Firma y Huella Digital Representante Legal
Dr. Nicolás Feres Vergara