

## **CONTRATO DE ACEPTACIÓN DE SERVICIO DE ATENCIÓN DENTAL**

En Santiago, a.....de.....de 20..., la (el) suscrita (o) don/doña.....declara conocer y aceptar las condiciones del contrato de prestación de servicios dentales, asociados al Plan de Beneficios Odontológicos Chile Sonríe (en adelante indistintamente “Prestación” o “Plan Chile Sonríe”) los que son otorgados por la sociedad denominada “CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS LIMITADA.”, en adelante indistintamente, CEO LTDA. RUT N° 76.091.053-8 a través de la Red Odontológica asociada para tales efectos, el que consta de las siguientes cláusulas:

**1.- Servicios prestados al paciente y vigencia.:** CEO LTDA, a través de la Red de Odontólogos y Clínicas privadas asociados al **Plan Chile Sonríe**, garantiza al suscrito (a) los servicios de atención dental definidos en la **Prestación o Plan Chile Sonríe**, que éste decida libremente aceptar. La referida Prestación o Plan Chile Sonríe contempla las siguientes etapas:

- a) Diagnóstico: Realizado por el Odontólogo correspondiente;
- b) Tratamiento: Al cual se acoja la (el) suscrita (o), y cuya especificación será determinada una vez realizado el referido diagnóstico y aceptado por la (el) suscrita (o) y
- c) Término del Tratamiento.

### **2.- Procedimiento de atención dental:**

En éste acto la (el) suscrita (o), cualquiera sea la vía utilizada para manifestar su consentimiento, declara conocer y aceptar expresamente dar cumplimiento al procedimiento descrito a continuación para acceder a los servicios contratados:

**2.1-** Manifestar claramente su intención de contratarlos por alguno de los siguientes:

- i) **Personalmente**, en los Centros de Atención asociados al Plan Chile Sonríe;
- ii) **Vía telefónica** ; o
- iii) **A través de la página web** [www.chilesonrie.cl](http://www.chilesonrie.cl).

Cualquiera sea la vía utilizada para manifestar su consentimiento la (el) suscrita (o), deberá declarar conocer y aceptar todas las condiciones y términos del presente contrato.

**2.2 - .** Pagar como valor inicial, la suma de **\$39.900**. El pago de la suma antes indicada otorgará a la (el) suscrita (o) las siguientes prestaciones:

i) Diagnóstico de salud bucal, con el objeto de determinar su estado de salud bucal.

ii) La posibilidad de obtener uno cualesquiera de las siguientes prestaciones (no acumulables): a.-Una higiene bucal, que consiste en limpieza de las caras delanteras y posteriores de los dientes, o b) Una obturación simple.

iii) Obtención del Presupuesto de atención dental, en el cual se le orientará en la elección de **Prestación o Plan Chile Sonríe**

**2.3-** Aceptar expresamente la **Prestación o Plan Chile Sonríe** propuesto y manifestar su conformidad, también expresa, con el precio y con el profesional asignado, mediante la suscripción de un documento (Carta de Realización y Aceptación Plan Chilesonrie). 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.

**2.4-** Pagar el costo total de la **Prestación o Plan Chile Sonríe** que haya sido aceptado. Este pago podrá realizarse a través de cualquiera de los medios contemplados en la página Web (Alternativas de pago). Una vez que se haya efectuado este pago, CEO LTDA; asignará a la (el) suscrita(o) un profesional de entre aquellos que pertenezcan a la “Red de Odontólogos” y clínicas dentales asociadas a Chile Sonríe. Las particularidades de la **Prestación o Plan Chile Sonríe** al cual deberá someterse la (el) suscrita (o) y el profesional responsable de prestar el servicio, se harán constar en un documento que deberá suscribir directamente con el profesional a cargo. (Carta de Aceptación de Inicio de Tratamiento Chilesonrie)

**2.5-** La (el) suscrita (o) declara conocer que las **Prestaciones y/o Planes Chile Sonríe** sólo consideran los procedimientos de atención expresamente indicados en el respectivo Plan Chile Sonríe, los que declara conocer y aceptar expresamente. Por tanto, todos los costos adicionales asociados a prestaciones NO incluidas expresamente en las **Prestaciones y/o Planes Chile Sonríe** serán de costo exclusivo de la (el) suscrita (o).

**2.6.-** En el evento que la (el) suscrita (o) no haga uso de ninguno de los servicios indicados en el punto 2.2. anterior, podrá pedir la devolución del pago del abono inicial, mencionado en el mismo 2.2.

### **3. Obligaciones de la (el) suscrito (a):**

**3.1-** Informarse adecuadamente de cada una de las condiciones del presente contrato –ello sin perjuicio de la obligación que tiene CEO LTDA, de informarle de acuerdo a la ley de

Protección al Consumidor-, especialmente el procedimiento contenido en el punto 2 anterior, denominado: **Procedimiento de atención dental.**

3.2-Pagar a CEO LTDA. el valor inicial de \$39.900

3.3--Someterse a todo requerimiento que el profesional asignado solicite, tales como la realización de exámenes y estudios convenientes para su diagnóstico, Prestación o Plan

3.4-Concurrir responsablemente a las citas que fije el profesional, a efecto de ser evaluado y recibir un diagnóstico adecuado.

3.5-Otorgar al profesional toda información requerida por éste y que diga relación con datos necesarios para su adecuado diagnóstico y tratamiento.

3.6-A suscribir el documento que denominado “Carta de Aceptación de Inicio de Tratamiento ChileSonrie”, cuando así se lo requiera el profesional tratante.

3.7- 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 solucionada internamente por sus profesionales, pudiendo luego de ello, manifestar su disconformidad con la misma, a través de las vías formales.

#### **4. Obligaciones de CEO LTDA.**

4.1-Informar de manera completa, precisa y veraz el procedimiento establecido en el punto 2 precedente, cualquiera sea la vía de contratación de los servicios (presencial, telefónica o a través del servicio de Internet).

4.2-Asegurar que la (el) suscrita (o) obtenga un adecuado diagnóstico de su situación dental, a través del profesional que le sea asignado.

4.3-Otorgar a la (el) suscrita (o) toda la información que ésta (e) 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, entre otros.

4.4-Informar a la (el) suscrita (o) sobre su estado de salud bucal: diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento, así como las derivaciones a otros especialistas si fuera necesario.

4.5-Informar a la la (el) suscrita (o) paciente sobre el diagnóstico integral de las patologías bucales presentes, explicar la evolución de éstas en el evento de no recibir atención odontológica.

4.6-Resguardar bajo estricta confidencialidad los datos a que hace referencia el literal g) del artículo 2° de la Ley N° 19.628, y que sean suministrados por el paciente al profesional responsable de su tratamiento.

4.7-Proporcionar a la (el) suscrita (o) paciente una clave de acceso a Internet, a fin de que éste pueda revisar su Ficha Clínica.

4.8-Responder dentro de un plazo de 30 días a contar desde la fecha de recepción de la misma, la solicitud de devolución correspondiente,

4.9- A otorgar los siguientes descuentos:

i) Un descuento de \$39.900, en los Planes Chile Sonríe signados con las letras A y B, el que se hará efectivo al momento de pagar la totalidad de la Prestación o Plan Chile Sonríe, elegido por la (el) suscrita (o).

iii) Un descuento de \$30.000, a las (los) suscritas (os) que se efectúen una higiene bucal, dentro de los 180 días, contados desde del Término del Tratamiento de su Prestación o Plan Chile Sonríe. El precio referencial de este servicio dental es de \$39.900, por lo que las (los) suscritas (os) sólo deberán pagar la diferencia de \$9.900, como único pago para acceder a este beneficio

### **5. Precio del servicio:**

El precio total del servicio otorgado por CEO LTDA. dependerá de la Prestación o Plan Chile Sonríe establecido por el profesional respectivo.

### **6.-. Consentimiento del artículo 4° de la Ley N° 19.628**

Por el presente acto, doña/don.....manifiesta estar de acuerdo y autoriza expresamente a **CEO LTDA** así como también a sus empresas relacionadas, esto es, “Servicios para el Area de la Salud S.A”, “Servicios Administrativos y Financieros Areadent Trader Limitada” y “Comercializadora de Insumos y Tecnología Areamed Limita” y “Sociedad de Servicios para el Area de la Salud Limitada”, a que éstas efectúen 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.