

Diagnóstico #15258015, Generado: 28 de Julio de 2024, Impreso: 28 de Julio de 2024

Dr: PAULA SILVA PALAVECINO (General), RUT 17960314-4

Paciente: IGNACIO ALEXANDER PARADA MOSCOSO, RUT 18830729-9, ID #13500127

Convenio: Mutua de seguridad CCHC : MUTUAL DE SEGURIDAD TRADICIONAL DENTAL 60

	Prestación	Pieza(s)	Arancel	Descuento	Total
[Por realizar]	[5001001] - Examen inicial. Plan de tto. y presupuesto		\$0	0%	\$0
[Por realizar]	[5002032] - SET RADIOGRÁFICO INICIAL DE DIAGNÓSTICO ADULTO		\$79.042	70%	\$23.990
[Por realizar]	[5002087] - Servicio Radiológico Adulto		\$0	0%	\$0

Resumen del presupuesto:

Total sin descuento:	\$79.042
Total con descuento:	\$23.990

Firmas

Dr. Tratante _____ Paciente o Representante _____

Con el pago del presente Tratamiento declaro conocer y aceptar las condiciones que a continuación se explicitan y de requerir mayor información puedo dirigirme a www.redsalud.cl. I. Política Comerciales. A) Los valores del tratamiento corresponden al convenio que mantengo vigente con Megasalud SpA. Las radiografías de diagnóstico NO CONSIDERA INFORME y en caso de requerirlas deberé pagar un valor adicional. B) Este plan de tratamiento podría modificarse por: a) cambios contractuales de convenios al momento del pago, b) condiciones clínicas o c) nuevos hallazgos por exámenes complementarios realizados de este declarante C) Este presupuesto tiene una vigencia de 60 días de corrido. D) Podré solicitar la devolución del dinero dentro de los 90 días corridos desde pagado el plan de tratamiento. Los tratamientos iniciados, no darán derecho a devolución, para revisar el detalle de las condiciones podré dirigirme a www.redsalud.cl (información paciente). II. Seguros Complementarios. A) El formulario de reembolso se completará digitalmente, siempre que la opción se encuentre disponible y éste lo recibiré al mail que haya informado (en caso contrario, el formulario será completado de forma manual). B) En caso de estar asegurado en BiceVida, Chilena Consolidada y COPEC, solicito y acepto que Megasalud SpA envíe directamente el formulario de solicitud de reembolso y la documentación adicional que necesite la respectiva compañía de seguro. Declaro entender y autorizar que lo anterior implica que Megasalud SpA compartirá la información estrictamente necesaria con Gerty SpA, empresa encargada de la gestión de información hacia las compañías de seguro previamente individualizadas. C) En caso de querer revertir la aceptación descrita en la letra B) anterior, debo manifestar expresamente mi voluntad en este sentido, mediante la suscripción de una revocación a través de una carta dirigida a Megasalud SpA y entregada presencialmente en el centro dental. D) Declaro entender que Megasalud SpA es sólo un intermediario entre pacientes y financiadores y, no se hace responsable de reembolsos, atrasos y/o rechazos que entre ellos corresponda. Por lo anterior, declaro conocer y aceptar que soy responsable de realizar la gestión de las solicitudes y mantener actualizado mis datos personales con Megasalud SpA. III. En el caso de las garantías dentales declaro haberlas revisado en la pagina de redsalud antes mencionada en información al paciente.