



Consultas
Odontológicas
Sin cargo.

Saturio Rios Nro. 442 e/ Defensores Del Chaco - San Lorenzo
Tel. (595-21) 59 17 17 / Atn. 24 Horas 0982-917 674

PLAN Alborada VIP

Autorizo a la _____ a descontar mensualmente de mis haberes la suma de Gs. _____ a favor de BDB S.A. Alborada Salud Odontológica en concepto de cuota mensual por el Sistema de Abono Pre-pago, así como también los importes generados por tratamientos odontológicos autorizados a favor del titular o cualquiera de los beneficiarios registrados en esta solicitud de ingreso.

Solicitud de Ingreso

Contrato Nro. _____

San Lorenzo, ____ de _____ de 20__

Datos del titular

Nombre: _____

Apellido: _____

C.I.P.Nro. _____ Fecha de Nacimiento: _____ Nacionalidad _____

Domicilio Part. _____

Ciudad _____ Barrio _____ Teléfono _____

Domicilio Laboral: _____ Ciudad _____

Empresa: _____ Departamento/Sección: _____ Teléfono: _____

Solicito adherir como beneficiarios del presente Sistema de Abono Pre-Pago para Servicios Odontológicos a las personas nominadas mas abajo declarando conocer y aceptar las condiciones contractuales estipuladas al dorso de la presente solicitud.

Adherentes

Nombre y Apellido	F. de Nac.	Edad	Nro. C.I.P.	Parentesco

Observación: _____

Total a Descontar en forma Mensual:

Son guaraníes: _____ mensuales. Forma de Pago: _____

Condiciones Generales

El contratante declara que permanece vigente el contrato anterior SI/NO ☐

C.I. del responsable de pago anterior

El titular declara pertenecer a otro contrato actualmente SI/NO ☐

El solicitante declara bajo fe de juramento, que los datos consignados en la presente solicitud, que forma parte integrante del contrato redactado y firmado al dorso son veraces y exactos. Así mismo, y en el mismo tenor declara que se encuentra habilitado para obligarse por si y/o en nombre de las personas consignadas en la presente solicitud, las cuales registran para lo que hubiere lugar el mismo domicilio real que el del titular solicitante, el que se obliga a abonar mensualmente la suma establecida mas arriba, la cual juntamente con esta solicitud forma parte integrante del contrato establecido al dorso.

El Titular declara conocer, entender y aceptar las condiciones expresadas en el contrato al dorso de este documento.

Asesor

Aclaración Asesor: _____

CONTRATO DE SISTEMA DE ABONO PRE-PAGO ODONTOLÓGICO

En la ciudad de San Lorenzo, a los.....del mes.....del año.....entre BDB S.A.-Alborada Salud Odontológica representada en este acto por su Gerente General, Mirna Benítez con domicilio en Saturio Ríos N° 442 e/ Defensores del Chaco y San Lorenzo, de la ciudad de San Lorenzo por una parte y por la otra el/la Señor/a..... con C.I.P. N°....., en adelante denominado **El Titular**, convienen en celebrar el presente Contrato de Sistema de Abono Pre-pago Odontológico, el cual se halla sujeto bajo las siguientes cláusulas:

1- B.D.B. S.A.-Alborada Salud Odontológica en adelante denominada **LA EMPRESA** previa aceptación de la Solicitud de Ingreso que forma parte integrante del Contrato se obliga por sí y a quienes ésta designe, a la prestación de Servicios Odontológicos a las personas incorporadas a su sistema proteccional, de acuerdo al plan solicitado y a lo consignado en la solicitud de ingreso la cual forma parte integrante de este contrato.

Dichas prestaciones serán brindadas en nuestros consultorios habilitados para tal efecto y/o los que la empresa habilite por convenio de tercerización de servicios. En cualquiera de los casos, el Titular tendrá los mismos aranceles establecidos por la empresa.

2- Este CONTRATO vincula exclusivamente a las personas expresamente detalladas en la solicitud de ingreso, cuyos datos son consignados al dorso de este contrato, el cual forma parte integrante de este instrumento, siendo absolutamente nula toda transferencia o reemplazo a favor de terceros.

3- LA EMPRESA, se obliga a efectuar sin cargo los servicios que se detallan a continuación, las veces que sean necesarias y según criterio del profesional médico odontólogo:

SIN LÍMITE: consultas, diagnósticos, indicaciones médicas, plan de tratamiento, urgencias, medicación, pulpitis aguda, gangrena y necrosis, abscesos agudos, alveolitis y hemorragias post exodoncia, oxido de zing, GUNA O PUNA, amalgama simple y compleja como también los descartables en unos 100% utilizados en el momento, (fisioterapia oral, nutrición etc.).

OPERATORIA DENTAL: 2 halógenas simples, 2 halógenas compuestas, 1 piercing dental, 1 blanqueamiento dental ambulatorio o blanqueamiento de dientes vitales inmediato.

ENDODONCIA: 1 de un conducto, 1 de dos conductos.

CIRUGIAS: 5 exodoncias simples, 5 exodoncia de resto radicales, 5 resto radicular a colgajo, 1 exodoncia de tercer molar simple, incisión y drenaje de abscesos, liberación de dientes retenidos, exodoncia de supernumerarios, 10 radiografías periapicales.

PROTESIS: 1 Corona Provisoria de acrílico, 2 piezas de puente provisorio de acrílico, cubeta individual, 1 prótesis de acrílico superior o interior de 10 dientes o más, 1 perno colado simple y metálico, 3 rebasado de prótesis en el consultorio, 2 composturas simples, 2 composturas compuestas o con refuerzo metálico, 8 agregado de dientes, 2 agregado retenedor de ganchos.

PERIODONCIA: Raspado y alisado radicular supra gingival, profilaxis, 1 ferulización, 1 placa neuro miorelajante, incisión absceso periodontal, desgaste selectivo por sesión.

PEDIATRIA: Ionomeros simple y compuesto, 8 sellantes de puntos y fisuras, técnica de cepillado, topicación con flúor, 8 exodoncias con o sin movilidad, educación para la salud.

ORTODONCIA: 1 colocación de aparato de ortodoncia convencional metálico o I estético, mantenimiento de brackets por año de contrato.

Para las demás prestaciones odontológicas no contempladas en la presente cláusula **LA EMPRESA** establecerá un arancel preferencial que contemple descuentos de hasta el 75% con relación al Arancel del Círculo de Odontólogos del Paraguay.

4- La renuncia a las prestaciones estipuladas en clausula anterior o cualquiera de los elementos que integran este contrato no genera derecho a reclamo alguno, indemnizaciones o compensaciones de ningún tipo y bajo ningún concepto.

5- El titular se compromete a efectuar en forma mensual el pago del importe de la cuota del **PLAN ODONTOLÓGICO** contratado, además de las cuotas por tratamientos odontológicos autorizados por el titular. En caso de que el titular incurra en un atraso de más de 60 días en el pago de cuota mensual correspondiente, **LA EMPRESA** podrá suspender la prestación de los servicios hasta su regularización, y reclamar las deudas pendientes, si las hubiere para su cancelación total. En ese sentido el titular autoriza por el presente documento la inclusión de sus datos referentes a informe comerciales, según lo establecido en la Ley 1682/01 y su modificación por la Ley 1969/02.

6- El presente contrato tendrá una duración de doce (12) meses a partir de la fecha de suscripción del presente instrumento y podrá ser renovado en forma automática, si ninguna de las partes manifestará lo contrario por escrito con sesenta (60) días de anticipación al vencimiento del mismo.

7- **LA CONTRATANTE** que haya firmado y rubricado el presente contrato no podrá rescindirlo sino hasta haber pagado 12 (doce) cuotas equivalentes a 12 (doce) meses de cobertura. En caso de renuncia ésta se debe comunicar fehacientemente 60 (sesenta) días antes de expirar el presente por escrito y en forma personal, por el titular del contrato, acudiendo a nuestras oficinas administrativas, acompañados de los respectivos carnets identificatorios.

8- La Empresa se compromete a archivar todos los comprobantes y autorizaciones de descuentos suscriptos por el Titular o sus beneficiarios y presentarlas las veces que fuera necesario a pedido de la parte interesada, exonerando a la Asociación y/o Banco de cualquier inconveniente con relación a los mismos. Así mismo realizará cualquier aclaración pertinente y será responsable por cualquier error en el monto de descuento.

9- La Empresa mantendrá el valor de sus cuotas y aranceles, durante la vigencia del presente contrato, pudiendo realizar ajustes una vez al año y en función al aumento del Índice de Precio al Consumidor establecido por el Banco Central del Paraguay y las subas de aranceles establecidos por el Círculo de Odontólogos del Paraguay.

10- La relación contractual se regirá por estas estipulaciones pudiendo solo subsidiariamente y para materiales y puntos no contemplados, aplicarse el Código.

11- LA EMPRESA, se obliga conforme a la cláusula primera, a partir de la fecha del pago de la primera cuota de suscripción al Plan de Servicios Odontológicos.

12- Los contratantes deberán efectivizar la cuota reglamentariamente en la oficina de **LA EMPRESA** por período adelantado hasta el diez de cada mes, con una tolerancia de veinte días para su regularización, vencido el término la mora se producirá automáticamente por el mero transcurso del tiempo y desobligará a **LA EMPRESA** en cuanto a las prestaciones pactadas. Es la facultad de **LA EMPRESA** aceptar o no la actualización de las cuotas vencidas, en cuyo caso de rehabilitación de los derechos serán exigibles a partir de los sesenta días de la fecha de normalizado el pago.

LA EMPRESA podrá designar personas e instituciones a los efectos del cobro de las cuotas, pero su práctica no implica obligación ni sienta costumbre de parte de **LA EMPRESA**.

13- Cualquier falseamiento en que incurrieren las personas comprendidas en el **CONTRATO**, será causa suficiente de su automática anulación por parte de **LA EMPRESA** de pleno derecho. Sin perjuicio de reclamar judicialmente.

14- Las partes constituyen domicilio en los indicados en la Solicitud de Ingreso y/o en aquellos que fehacientemente notificaran con posterioridad.

15- La presentación de este documento es imprescindible para la prestación del servicio.

Alborada Sistemas de Abono pre-pago

Firma del Titular