

# **Convenio Sindicato de Trabajadores CMP Clínica Radiológica Dento Máxilo Facial DAP**

---

En La Serena, con fecha Enero 21 del 2019, entre Daniela De Los Ángeles Ámbler Pinto, RUT 13.176.073-6, con domicilio en calle Abraham Lincoln 1627 de la ciudad de La Serena, en adelante “el Prestador” o “el Servicio” por una parte y por otra Usuarios de Sindicato de Trabajadores CMP, se celebra el siguiente convenio.

## **ALCANCES DE LOS SERVICIOS**

El prestador otorgará a los usuarios el Servicio de Radiología Dento Máxilo Facial.

## **PROCEDIMIENTO PARA EL USO DEL BENEFICIOS**

Se fija a continuación el procedimiento operativo del sistema para acceder a los prestaciones de Radiología Dento Máxilo Facial, para los usuarios del Sindicato.

El usuario acudirá a Clínica Radiológica Dento Máxilo Facial DAP, Abraham Lincoln 1527, La Serena, con la orden radiológica entregada por su dentista tratante. En DAP se le realizara un presupuesto, con las prestaciones valorizadas según acuerdo entre las partes y que se detallan en Anexo 1.

El usuario acudirá con este presupuesto a las oficinas del Sindicato, donde se le autorizara y se indicara eventualmente el número de cuotas en que se realizara el pago al prestador.

Una vez aprobado el presupuesto el usuario con el respaldo respectivo estará en condiciones de acudir a Clínica Radiológica DAP a realizarse los exámenes que se le indicaron.

Todos los exámenes, excepto las Tomografías son de entrega inmediata, los informes se envían por correo electrónico al profesional que deriva y al paciente dentro de los 5 días hábiles siguientes.

## **COBRANZA**

El prestador elaborará una planilla en Excel en forma mensual, con cierre el último día hábil del mes. Indicando el detalle del cobro, con los siguientes campos: Nombre del titular, carga, exámenes realizados, fecha en que se realizó el examen, monto.

Esta información será remitida al Sindicato adjuntando los documentos correspondientes: Presupuesto, boleta y planilla

Acordar periodicidad del pago, mensual, los días 15 de cada mes.

## **DURACIÓN DEL CONVENIO**

El presente convenio tendrá una duración de 12 meses, renovables por el mismo período, sin ninguna de las partes manifiesta su interés en ponerle término.

## **ANEXO**

1. Arancel (\*)

	Valor normal	Valor convenio
<b>Tomografía de alta resolución Cone Beam (*)</b>		
Bimaxilar	\$ 65.000	\$ 60.000
Maxilar Superior	\$ 45.000	\$ 43.000
Maxilar Inferior	\$ 45.000	\$ 43.000
ATM	\$ 40.000	\$ 40.000
Zona	\$ 40.000	\$ 40.000
<b>Examen Radiología convencional</b>		
Radiografía periapical unitaria	\$ 5.000	\$ 5.000
Radiografía periapical total	\$ 50.000	\$ 45.000
Radiografía BiteWing	\$ 20.000	\$ 18.000
Radiografía Panorámica (**)	\$ 16.000	\$ 14.000
Telerradiografía de perfil o frontal (**)	\$ 16.000	\$ 14.000
Juego Pano / Tele	\$ 30.000	\$ 28.000
Radiografía Oclusal	\$ 15.000	\$ 15.000
Radiografía Carpal c/ informe	\$ 18.000	\$ 18.000
Análisis Cefalométricos	\$ 20.000	\$ 20.000

(\*) Por valor total de exámenes por funcionario, sobre \$15.000 se pueden dar 3 cuotas de pago.

(\*\*) Examen indicado por dentistas generales y especialistas principalmente en caso de rehabilitación sobre implantes, exodoncia 3 molares o muelas del juicio, súper numerarios, dientes incluidos, fracturas dentarias y endodoncias complejas, patologías propias del macizo cráneo facial, senos paranasales.

(\*\*\*) Examen indicado por dentistas generales y especialistas principalmente en caso de tratamiento de ortodoncia, exodoncia 3 molares o muelas del juicio, entre otros.

El arancel antes señalado podrá ser reajustado según el incremento que sufra el IPC.

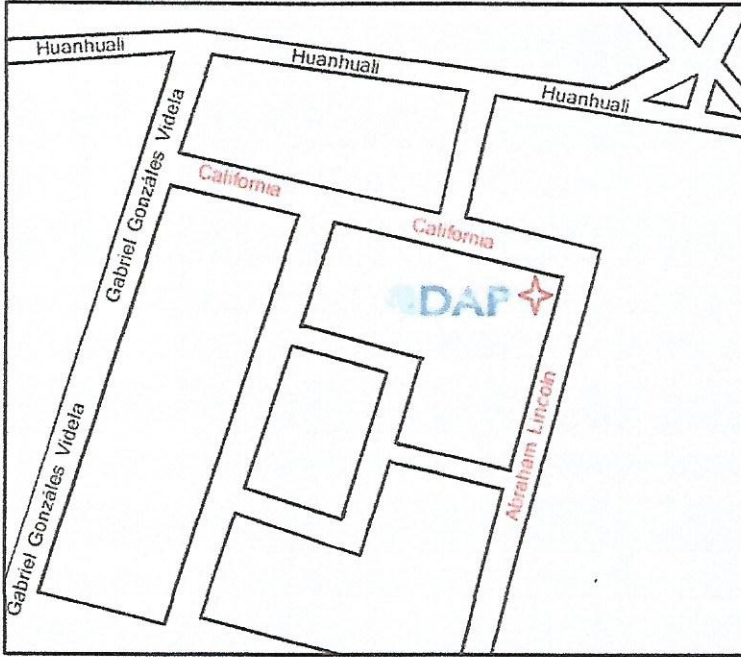
## 2. HORARIO DE ATENCIÓN

Lunes a Viernes: 9.30 a 19.30 continuado

Sábados: 9.30 a 14.00

Dirección: Abraham Lincoln 1627, La Serena.

## 3. MAPA



**ORIEL ROCO RODRÍGUEZ**

**PRÉSIDENTE**

**SINDICATO DE TRABAJADORES CMP**

[o.roco.r@hotmail.com](mailto:o.roco.r@hotmail.com)

**Dra. Daniela Ambler P.(C.D.)**

Radiólogo Dentomaxilofacial

13.176.073-6

**DANIELA AMBER PINTO**

**CLÍNICA RADIOLOGÍA DENTO**

**MAXILOFACIAL DAP SPA**

76.655.398-2

	Valor normal	Valor convenio
<b>Tomografía de alta resolución Cone Beam (*)</b>		
Bimaxilar	\$ 65.000	\$ 60.000
Maxilar Superior	\$ 45.000	\$ 43.000
Maxilar Inferior	\$ 45.000	\$ 43.000
ATM	\$ 40.000	\$ 40.000
Zona	\$ 40.000	\$ 40.000
<b>Examen Radiología convencional</b>		
Radiografía periapical unitaria	\$ 5.000	\$ 5.000
Radiografía periapical total	\$ 50.000	\$ 45.000
Radiografía BiteWing	\$ 20.000	\$ 18.000
Radiografía Panorámica (**)	\$ 16.000	\$ 14.000
Telerradiografía de perfil o frontal (**)	\$ 16.000	\$ 14.000
Juego Pano / Tele	\$ 30.000	\$ 28.000
Radiografía Oclusal	\$ 15.000	\$ 15.000
Radiografía Carpal c/ informe	\$ 18.000	\$ 18.000
Análisis Cefalométricos	\$ 20.000	\$ 20.000

	Valor normal	Valor convenio
<b>Tomografía de alta resolución Cone Beam (*)</b>		
Bimaxilar	\$ 65.000	\$ 60.000
Maxilar Superior	\$ 45.000	\$ 43.000
Maxilar Inferior	\$ 45.000	\$ 43.000
ATM	\$ 40.000	\$ 40.000
Zona	\$ 40.000	\$ 40.000
<b>Examen Radiología convencional</b>		
Radiografía periapical unitaria	\$ 5.000	\$ 5.000
Radiografía periapical total	\$ 50.000	\$ 45.000
Radiografía BiteWing	\$ 20.000	\$ 18.000
Radiografía Panorámica (**)	\$ 16.000	\$ 14.000
Telerradiografía de perfil o frontal (**)	\$ 16.000	\$ 14.000
Juego Pano / Tele	\$ 30.000	\$ 28.000
Radiografía Oclusal	\$ 15.000	\$ 15.000
Radiografía Carpal c/ informe	\$ 18.000	\$ 18.000
Análisis Cefalométricos	\$ 20.000	\$ 20.000

	Valor normal	Valor convenio
<b>Tomografía de alta resolución Cone Beam (*)</b>		
Bimaxilar	\$ 65.000	\$ 60.000
Maxilar Superior	\$ 45.000	\$ 43.000
Maxilar Inferior	\$ 45.000	\$ 43.000
ATM	\$ 40.000	\$ 40.000
Zona	\$ 40.000	\$ 40.000
<b>Examen Radiología convencional</b>		
Radiografía periapical unitaria	\$ 5.000	\$ 5.000
Radiografía periapical total	\$ 50.000	\$ 45.000
Radiografía BiteWing	\$ 20.000	\$ 18.000
Radiografía Panorámica (**)	\$ 16.000	\$ 14.000
Telerradiografía de perfil o frontal (**)	\$ 16.000	\$ 14.000
Juego Pano / Tele	\$ 30.000	\$ 28.000
Radiografía Oclusal	\$ 15.000	\$ 15.000
Radiografía Carpal c/ informe	\$ 18.000	\$ 18.000
Análisis Cefalométricos	\$ 20.000	\$ 20.000

	Valor normal	Valor convenio
<b>Tomografía de alta resolución Cone Beam (*)</b>		
Bimaxilar	\$ 65.000	\$ 60.000
Maxilar Superior	\$ 45.000	\$ 43.000
Maxilar Inferior	\$ 45.000	\$ 43.000
ATM	\$ 40.000	\$ 40.000
Zona	\$ 40.000	\$ 40.000
<b>Examen Radiología convencional</b>		
Radiografía periapical unitaria	\$ 5.000	\$ 5.000
Radiografía periapical total	\$ 50.000	\$ 45.000
Radiografía BiteWing	\$ 20.000	\$ 18.000
Radiografía Panorámica (**)	\$ 16.000	\$ 14.000
Telerradiografía de perfil o frontal (**)	\$ 16.000	\$ 14.000
Juego Pano / Tele	\$ 30.000	\$ 28.000
Radiografía Oclusal	\$ 15.000	\$ 15.000
Radiografía Carpal c/ informe	\$ 18.000	\$ 18.000
Análisis Cefalométricos	\$ 20.000	\$ 20.000