



Implanet
Tu Sonrisa, Nuestra Especialidad

GARANTIA DE IMPLANTOLOGIA

Estimado paciente:

Ud. ha finalizado su tratamiento de implantología, ahora forma parte del **Grupo Implanet Chile**, donde será derivado al departamento de Postratamiento en el que vivirá una nueva etapa donde es importante seguir las indicaciones médicas para asegurar el éxito y mantención de sus implantes dentales. Para ello, le otorgaremos una serie de indicaciones que describiremos en los siguientes puntos:

PRIMERO: Implanet Chile, le otorgará una garantía a sus implantes dentales de por vida. Esto significa que, en caso de cualquier problema con el implante, lo solucionaremos sin costo adicional para usted. LA GARANTIA ES SOBBRE EL IMPLANTE NO SOBRE LA RHE.

SEGUNDO: Para que la garantía sea válida debe asistir a controles gratuitos cada 6 meses. Donde el profesional indicará la realización de imágenes de control radiológico OBLIGATORIO para poder controlar sus implantes dentales. Se Exige a los menos una vez al año la realización de un Scanner o Panorámica según indicación, ya que, de haber algún problema, será dentro del hueso y la radiografía es la única forma de detectarlo.

TERCERO: Se debe cumplir según corresponda a lo indicado por el profesional que realizará su control de 6 meses con todas las indicaciones que este informe en su ficha y a usted mismo. Los requisitos para mantener la garantía, pueden ser: Higiene dental, desarme de estructura (desinstalar la rehabilitación oral de porcelana, limpiarla y darle mantención a la misma), reposición de gomas cambio de broches y/o cambio de tornillos. (en casos de tratamientos de sobre dentadura)

Es importante tener en cuenta que, en caso de no cumplir con estos requisitos, (controles, higienes, y cualquier otro procedimiento requerido por el especialista) la garantía quedará anulada automáticamente en el sistema y en la ficha del paciente, aun así, si el paciente decide seguir en atención de controles en la misma clínica dental Implanet, todo lo que derive de su tratamiento de implantes dentales será presupuestado y tendrá que ser documentado por el paciente directamente, ya que la garantía no estará validada.

CUARTO: Todos los servicios anexos mencionados deben ser costeados por el paciente para mantener válida la garantía, los cuales tendrán un valor preferencial para todos los pacientes que pertenezcan al grupo de Implanet Chile, pacientes post tratamiento.

QUINTO: La garantía otorgada es sobre el implante (tornillo de titanio) y no sobre la rehabilitación ni otros servicios asociados.

SEXTO: Al momento de su alta, se entregará un carnet de Post Tratamiento, donde se registrará la fecha de su próximo control, Previamente a su cita, se comunicarán con Ud. para confirmar la asistencia.

SÉPTIMO: Usted se compromete a mantener su información de contacto actualizada en la ficha clínica que posee en clínicas Implanet Chile, con el objetivo de poder notificar y comunicar adecuadamente sus controles de 6 meses. Cualquier cambio de domicilio o de número telefónico debe ser informado.

OCTAVO: Si Ud. no acude a su control de 6 meses en 3 oportunidades consecutivas su **garantía quedará caducada de manera automática e inmediata**, liberando a Implanet Chile de cualquier responsabilidad futura en su tratamiento de Implantes Dentales.

NOVENO: Es posible que, en este control, se informe de problemas anexos y no necesariamente vinculados a la especialidad de implantología, pudiendo necesitarse atención en otras especialidades odontológicas. Que no las cubre esta garantía.

DÉCIMO: Asimismo, queremos hacerle saber que a pesar de que Usted cumpla con todo lo propuesto, pueden presentarse complicaciones que no están cubiertas por la garantía, como por ejemplo Perimplantitis, reabsorción ósea, enfermedad periodontal, entre otras.

Declaración de conformidad y veracidad de datos:

Declaro que los datos personales entregados al momento de recibir esta carta de garantía, incluyendo nombre, dirección y teléfono de contacto, son fidedignos y corresponden a mi información actual.

NOMBRE: _____ RUT: _____ FECHA: _____

TELÉFONO: _____ MAIL: _____

DIRECCIÓN: _____ COMUNA: _____ CIUDAD: _____

SUCURSAL: _____

FIRMA DE PACIENTE