



COBERTURA PLAN DENTAL PREVENTIVO

I. DESCRIPCIÓN DEL PLAN:

Cobertura de los gastos dentales razonables y acostumbrados y efectivamente incurridos por el Beneficiario a consecuencia de las prestaciones que se detallan en el Anexo 1 del presente documento, el que se entiende forma parte de éste para todos los efectos legales.

La cobertura de los gastos incluidos en el presente Plan se hará efectiva sólo respecto de aquellas prestaciones dentales que se hubieren ejecutado en alguno de los Centros Dentales pertenecientes a IntegraMédica.

El Plan otorga atención integral a los Beneficiarios para aquellas prestaciones dentales definidas en el cuadro de beneficios adjunto, correspondiente a un 100% del valor de las atenciones dentro de las dependencias del Prestador (centros dentales pertenecientes a la Red IntegraMédica S.A.), efectuadas por cirujanos dentistas a través de un Arancel Convenido, con topes anuales de frecuencia por beneficiario y con un monto máximo o límite total de servicios por hasta UF 25 anual por beneficiario, en adelante el "Límite de Servicios".

La aplicación del Plan se hará efectiva una vez aplicados los beneficios y coberturas del sistema de salud previsual respectivo, así como también los de cualquier otro beneficio, Plan o seguro que posea el beneficiario.

II. DEFINICIONES:

PRESTACIONES DENTALES: Prestaciones cuyo origen es una enfermedad o accidente odontológico, y que hayan sido otorgadas y prescritas por un cirujano-dentista. El detalle de las prestaciones incluidas en el presente Plan, se encuentra individualizado en el Anexo 1.

ENFERMEDAD DE ORIGEN ODONTOLÓGICO: Toda enfermedad que afecta al diente, encía periodonto y hueso alveolar, excluyéndose las afecciones de tipo esquelético.

PRESTADOR: Corresponde al Prestador de Salud IntegraMédica S.A. en donde exclusivamente se realizarán las prestaciones individualizadas en el presente Plan.

BENEFICIARIO O BENEFICIARIOS: Para los efectos de este Plan, se entiende como beneficiarios a las personas individualizadas en el presente Comprobante de Cobertura en tanto cumplan con los requisitos de ingreso y permanencia establecidos en el presente Plan:

a) Beneficiario Titular

b) Beneficiarios Dependientes:

- El cónyuge, conviviente civil, ascendientes y descendientes de la persona señalada en la letra a) anterior.
- Hijos
- Padres
- Otros

CIRUJANO-ODONTOLOGO-DENTISTA: Todo profesional habilitado y autorizado legalmente para practicar la odontología y que esté calificado para efectuar el tratamiento requerido, según el artículo 112 del Código Sanitario o la definición legal que reemplace dicho precepto.

GASTO DENTAL INCURRIDO POR EL BENEFICIARIO: El costo de la prestación, hasta el límite establecido como gasto dental razonable y acostumbrado, descontando las sumas reembolsadas, financiadas por un Sistema de Salud Previsional, como asimismo otros sistemas o Instituciones al cual pertenezca el beneficiario y que le otorgue beneficios similares al presente adicional.

ARANCEL DE REFERENCIA: Corresponde a un arancel referencial para las distintas prestaciones odontológicas del presente Plan.

III. EXCLUSIONES

El presente Plan no cubre:

- Prestaciones que no se encuentren detalladas en el Anexo 1.
- Prestaciones dentales que no hubieren sido ejecutadas en alguno de los Centros Dentales pertenecientes a IntegraMédica.
- Medicamentos.

IV. FUNCIONAMIENTO Y REQUISITOS PARA OPTAR AL PLAN

REQUISITOS:

El prestador no asumirá responsabilidad alguna por los gastos que se generen cuando: (i) el Beneficiario fuere atendido en otros centros asistenciales o fuera de las dependencias del Prestador (ii) La atención haya sido recibida en cualquier dirección que no corresponda a las dependencias del Prestador (iii) Por deficiencias en la continuidad operativa de IMED. Este beneficio sólo se obtiene mediante IMED.

Constituye requisito para optar al Plan:

1. Que la prestación odontológica correspondiente se encuentre incluida en el Anexo 1 del presente documento y fuese realizada como Urgencia Dental bajo el concepto de dolor o pérdida funcional en cualquier Centro Dental IntegraMédica.
2. Que el precio del Plan se encuentre debidamente pagado por el Beneficiario.
3. Que no se hubiese consumido el límite de servicio anual por beneficiario.

FUNCIONAMIENTO:

Para requerir atención en el Prestador, el Beneficiario deberá identificarse con su cédula de identidad u otro documento de identificación vigente, figurar inscrito y vigente en la nómina o base de datos que se encuentra en poder del Prestador y no constar la caducidad o cancelación de su calidad de Beneficiario por otro medio o documento.

En caso de que no se pueda acreditar la calidad de Beneficiario del presente Plan al momento de requerir la atención, no operarán los beneficios descritos en este Plan.

Los menores de 18 años deberán ser acompañados por uno de sus padres, por una persona mayor de edad o por un responsable de la institución educacional o empresa a la que pertenece (en caso de ser aplicable). En virtud del presente Plan, el Prestador se encuentra expresamente autorizado para proceder a la atención del Beneficiario cuando éste venga acompañado de una de las personas antes señaladas.

V. REQUISITOS DE INCORPORACIÓN Y MANTENCIÓN DE BENEFICIARIOS Y GRUPO FAMILIAR

Para poder suscribir el presente Plan, el beneficiario titular y grupo familiar debe cumplir con los siguientes requisitos:

| Cobertura | Relación | Edad Mínima De Ingreso | Edad Máxima De Ingreso Hasta | Edad Máxima De Permanencia |
|------------------------|-----------------------------|------------------------|------------------------------|----------------------------|
| Plan Dental Preventivo | Titular | 18 años | 89 años y 364 días | 99 años y 364 días |
| | Cónyuge / Conviviente civil | 18 años | 89 años y 364 días | 99 años y 364 días |
| | Hijo(a) | 14 días | 23 años y 364 días | 24 años y 364 días |
| | Otros | 18 años | 89 años y 364 días | 99 años y 364 días |

VI. RENOVACIÓN:

La vigencia de este Plan es anual, renovable automáticamente por periodos iguales y sucesivos de un año. La renovación se registrará por las políticas técnicas de IntegraMédica S.A. o quien los represente. El Beneficiario podrá rechazar la renovación o finalizar el contrato mediante cualquiera de los canales habilitados. Sin perjuicio de lo anterior, en la fecha prevista para la renovación del Plan, IntegraMédica S.A. o quien los represente podrá ajustar el precio del Plan, previo aviso a través de los canales de comunicación establecidos en el presente Plan, con al menos 30 días de anticipación a la fecha de vencimiento del mismo. En caso de no recibir respuesta por parte del Beneficiario titular, se entenderá renovado bajo las nuevas condiciones de precio.

VII. DERECHO A RETRACTO

El Beneficiario tiene derecho a retractarse de la contratación del Plan, sin expresión de causa ni penalización alguna, en el plazo de 30 días corridos contados desde que acepta el presente Plan o desde la fecha en que la documentación de éste llegue al correo electrónico informado y antes de hacer uso del Convenio. Asimismo, el Beneficiario podrá manifestar su intención de retractarse de la aceptación del Plan en cualquier momento antes del envío de la documentación del Plan a su correo electrónico respectivo.

La retractación podrá comunicarla a IntegraMédica enviando un correo electrónico a servicio.convenios@bupa.cl indicando nombre completo y Rut del Beneficiario titular o contactándose con nuestra Unidad de Servicio al Cliente al teléfono 600 391 9000. Si la retractación se produce con posterioridad al cargo de la tarifa respectiva pero dentro del plazo mencionado

VIII. TERMINACIÓN ANTICIPADA

El beneficiario podrá poner término al Plan en cualquier momento enviando un correo electrónico a servicio.convenios@bupa.cl indicando nombre completo y Rut del Beneficiario titular.

El Prestador podrá poner término al Plan a la fecha de renovación, previo aviso a través de los canales de comunicación establecidos en el presente Plan, con al menos 30 días de anticipación a la fecha de vencimiento de éste.

IX. CAUSALES DE TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL PLAN

Este Plan terminará automáticamente, y sin necesidad de declaración judicial alguna, por alguna de las siguientes causales:

- A.** Cuando en la renovación del Plan, se verifique que el Beneficiario cumplió la edad máxima de permanencia establecida en numeral V.
- B.** Por el no pago del precio del Plan, previo aviso del incumplimiento por parte del Prestador, o quien lo represente, al Beneficiario con 30 días hábiles de anticipación, dando derecho a exigir el pago del precio convenido hasta la fecha de terminación.
- C.** Por el mal uso de este Plan por parte del Beneficiario, es decir, utilizar el Plan para fines distintos a los regulados en el mismo o la suplantación de la identidad del Beneficiario, en cuyo caso éste no tendrá derecho a devolución de suma de dinero pagada al Prestador. Asimismo, el Prestador se reserva el derecho de rechazar la inclusión en futuros a quienes hayan hecho mal uso del Plan, sin perjuicio de ejercer las acciones legales correspondientes.

X. RESPONSABILIDAD DE LOS BENEFICIARIOS EN LOS TRATAMIENTOS:

El Beneficiario que reciba prestaciones de salud por este plan será el exclusivo responsable de cumplir con sus deberes como paciente, entre los cuales y por vía meramente ejemplar, se encuentra el dar cumplimiento a los tratamientos prescritos e indicaciones médicas, asistir a controles y chequeos médicos respectivos, todo lo anterior sin responsabilidad alguna para el Prestador.

XI. -COMUNICACIONES

Cualquier comunicación, declaración o notificación que deba efectuar el Prestador al Beneficiario Titular con motivo de este Plan, deberá efectuarse a su dirección de correo electrónico indicada en el presente documento, salvo que éste no sea correo electrónico o forma de notificación. La forma de notificación deberá ser comunicada por cualquier medio que garantice su debido y efectivo conocimiento. En caso de desconocerse la forma de notificación declarada por el Beneficiario, las comunicaciones deberán efectuarse mediante el envío de carta certificada dirigida a su domicilio señalado en el Comprobante de Cobertura. Las notificaciones efectuadas vía correo electrónico se entenderán realizadas al día hábil siguiente de haberse enviado éstas, en tanto que las notificaciones hechas por carta certificada se entenderán realizadas al tercer día hábil siguiente al ingreso a correo de la carta, según el timbre que conste en el sobre respectivo.

Para consultas con relación al Plan, puede contactarse con nuestra Unidad de Servicio al Cliente al teléfono 600 391 9000 o al correo electrónico servicio.convenios@bupa.cl.

XII. -DOMICILIO

Para los efectos de este Plan se fija domicilio en la ciudad y comuna de Santiago de Chile. Cualquier dificultad o controversia respecto de la aplicación, interpretación, duración, validez o ejecución de este Plan, o cualquier otro motivo, será sometida a la jurisdicción de los Tribunales Ordinarios de Justicia.

ANEXO N°1 PRESTACIONES DENTALES

Serán objeto de este Plan, el financiamiento de los gastos médicos que provengan de las siguientes prestaciones efectuadas en alguno de los centros de salud de IntegraMédica.

| PRESTACIONES INCLUIDAS | TOPE POR BENEFICIARIO AL AÑO (CANTIDAD) | LÍMITE DE SERVICIO ANUAL POR BENEFICIARIO |
|--|---|---|
| Limpieza Dental | 1/año por Asegurado | UF 25 |
| Higiene o Profilaxis en Adultos | 2/año por Asegurado | |
| Higiene y Profilaxis en Niños | 2/año por Asegurado | |
| Exodoncia Simple | 4/año por Asegurado | |
| Exodoncia Semi Incluida | 4/año por Asegurado | |
| Exodoncia a Colgajo | 4/año por Asegurado | |
| Educación Higiene Oral por Sesión (niños) | 4/año por Asegurado | |
| Radiografía Retroalveolar (cada placa) | 8/año por Asegurado | |
| Radiografía aleta mordida (cada placa) | 4/año por Asegurado | |
| Radiografía Retroalveolar Total | 1/año por Asegurado (-16 placas) | |
| Radiografía panorámica | 1/año por Asegurado | |
| Radiografía Bite Wing x 2 | 1/año por Asegurado | |
| Radiografía Oclusal | 1/año por Asegurado | |
| Fluoración Tópica con barniz resina | 2/año por Asegurado | |
| Aplicación sellantes fotocurado pieza definitiva | 6 piezas/año por Asegurado | |
| Instrucción y Control Higiene oral adulto | 1/año por Asegurado | |
| Teleradiografía Lateral | 1/año por Asegurado | |
| Teleradiografía Frontal | 1/año por Asegurado | |
| RX Aleta Mordida unilateral adulto | 1/año por Asegurado | |
| Sellante por pieza Dentaria | 6 piezas/año por Asegurado | |
| Aplicación flúor gel total adulto | 1/año por Asegurado | |

IMPORTANTE:

En la eventualidad de que el porcentaje de financiamiento anual acumulado por beneficiario sobre el copago supere el Límite de Servicio anual de UF 25, el exceso debe ser pagado directamente por el beneficiario a IntegraMédica.