

# COBERTURA PLAN URGENCIA DENTAL FAMILIAR

## I. DESCRIPCIÓN DEL PLAN:

Cobertura de los gastos dentales razonables y acostumbrados y efectivamente incurridos por el Beneficiario a consecuencia de las prestaciones dentales de Urgencia, realizadas en presencia de dolor o pérdida funcional, que se detallan en el Anexo 1 del presente documento, el que se entiende forma parte del mismo 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 10 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 Medicamentos ni otras prestaciones que no se encuentren detalladas en el Anexo 1.

### 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 podrá incorporar hasta 3 cargas como grupo familiar y todos deben cumplir con los siguientes requisitos de asegurabilidad:

Cobertura	Relación	Edad Mínima De Ingreso	Edad Máxima De Ingreso Hasta	Edad Máxima De Permanencia
Plan Urgencia Dental Familiar	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	29 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/proponente 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 tome conocimiento del presente Plan o desde la fecha en que la documentación de éste llegue al correo electrónico informado. Asimismo, el beneficiario/proponente 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](mailto: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, deberá restituirse su importe íntegro al responsable de pago, con independencia del medio de pago respectivo.

## VIII. TERMINACIÓN ANTICIPADA

El beneficiario podrá poner término al Plan en cualquier momento enviando un correo electrónico a [servicio.convenios@bupa.cl](mailto: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 de la Póliza, 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 alguna pagada al Prestador. Asimismo, el Prestador se reserva el derecho de rechazar la inclusión en futuros planes de accidentes 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 dispusiere de correo electrónico o se opusiere a esta forma de notificación. La forma de notificación, como la posibilidad de oponerse a la comunicación vía correo electrónico, deberá ser comunicada por cualquier medio que garantice su debido y efectivo conocimiento.

En caso de oposición, de desconocerse su correo electrónico o de recibir una constancia de que dicho correo no fue enviado o recibido exitosamente, 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 dentales de Urgencia realizadas en presencia de dolor o pérdida funcional, efectuadas en alguno de los centros de salud de IntegraMédica.

PRESTACIONES INCLUIDAS	TOPE POR BENEFICIARIO AL AÑO (CANTIDAD)	LÍMITE DE SERVICIO ANUAL POR BENEFICIARIO
Extracción Simple Adulto	1/evento y Beneficiario	UF 10
Absceso Periodontal	1/evento y Beneficiario	
Restauración Provisoria	1/evento y Beneficiario	
Radiografía Retro Alveolar (Cada Placa)	2/evento y Beneficiario	
Consulta Urgencia	2/año y Beneficiario	
Trepanación De Urgencia (Niños Y Adulto)	1/evento y Beneficiario	
Restauracion Fotocurado Simple Anterior	1/evento y Beneficiario	
Restauracion Cervical Fotocurado C/s Cavidad	1/evento y Beneficiario	
Restauracion Fotocurado Anterior Con Angulo	1/evento y Beneficiario	
Restauracion Fotocurado Simple Posterior	1/evento y Beneficiario	
Restauracion Fotocurado Compuesta Posterior	1/evento y Beneficiario	
Reconstruccion Parcial De Coronas	1/evento y Beneficiario	
Obturacion Cemento Vidrio Ionomero	1/evento y Beneficiario	
Exodoncia Pieza Temporal	1/evento y Beneficiario	
Exodoncia A Colgajo	1/evento y Beneficiario	
Pulpotomia En Pieza Temporal	1/evento y Beneficiario	
Radiografía Retroalveolar Total	1/evento y Beneficiario	
Radiografía Aleta Mordida (Cada Placa)	2/evento y Beneficiario	
Radiografía Aleta Mordida (2 Placas)	1/evento y Beneficiario	
Radiografía Panorámica	1/evento y Beneficiario	
Rx Aleta Mordida Unilateral Adulto	2/evento y Beneficiario	
Tratamiento De Alveolorragia, Alveolitis U Otros	1/evento y Beneficiario	
Tratamiento Complicaciones Post Quirurgicas Por Sesion	1/evento y Beneficiario	
Restauracion Fotocurado Simple	1/evento y Beneficiario	
Restauracion Fotocurado Compuesta	1/evento y Beneficiario	
Teleradiografía Lateral	1/evento y Beneficiario	
Teleradiografía Frontal	1/evento y Beneficiario	

## Beneficio adicional de Limpieza Dental

Este beneficio solo podrá ser usado 1 vez al año, por uno de los beneficiarios pertenecientes al grupo familiar suscrito en este Plan. Además, se activará transcurrido 6 meses, desde el inicio de vigencia.

Este beneficio incluye evaluación inicial, destartraje supragingival y profilaxis superior e inferior con su respectivo presupuesto de tratamiento dental.

Se excluyen del beneficio, los tratamientos previos y/o complementarios a las prestaciones dentales ya indicadas, así como también los pacientes que en la evaluación inicial se les detecte enfermedad periodontal activa, a quienes se les indicará derivación para ser evaluados por un periodoncista.

### **IMPORTANTE:**

El valor del copago corresponde a la diferencia entre los gastos totales en que incurran el beneficiario en prestaciones realizadas en IntegraMédica y el monto de cobertura y reembolso del sistema de salud previsional del beneficiario, otros seguros y otras coberturas de salud a que tenga derecho.

En la eventualidad de que el porcentaje de financiamiento anual acumulado por beneficiario sobre el copago supere el Límite de Servicio anual de UF 10, el exceso debe ser pagado directamente por el beneficiario a IntegraMédica.