



## ASISTENCIA DENTAL DE URGENCIA

### VALOR MENSUAL DE PLAN DENTAL EN UF

|                                  |           |
|----------------------------------|-----------|
| PLAN INDIVIDUAL                  | UF 0,1345 |
| PLAN FAMILIAR (TITULAR + CARGAS) | UF 0,2262 |

### PLAN DENTAL

| ESPECIALIDAD              | PROCEDIMIENTOS CUBIERTOS POR URGENCIA   |
|---------------------------|---|
| Medicina Bucal            | Examen Clínico  |
| Periodoncia               | Tartrectomia Simple (Limpieza Bucal)  |
| Restauradora y Operatoria | Amalgamas en dientes posteriores  |
|                           | Resinas Simples y Compuestas en dientes anteriores (Se excluye restauraciones complejas)  |
|                           | Vidrio ionómero   |
| Cirugía                   | Extracciones simples en dientes permanentes (Se excluye el molar del juicio)  |
|                           | Extracciones simples en dientes temporales  |
|                           | Extracciones simples en dientes restos radiculares  |
|                           | Extracciones simples en dientes fracturados   |
| Radiología                | Radiografías Periapicales Individuales requeridas para realizar los tratamientos amparados en la cobertura realizadas en el consultorio |
|                           | Radiografías Coronales requeridas para realizar los tratamientos amparados en la cobertura realizadas en el consultorio                 |
| Endodoncia                | Tratamientos de Conductos Monorradiculares  |
|                           | Tratamientos de Conductos Birradiculares  |
|                           | Tratamientos de Conductos Multirradiculares   |

| ESPECIALIDAD | PROCEDIMIENTO ELECTIVOS PREVENTIVOS CUBIERTO UNA VEZ AL AÑO               |
|--------------|---|
| Periodoncia  | Tartrectomia Simple (Limpieza Bucal)                                      |
|              | Profilaxis (Pulido Dental)  |
| Prevención   | Sellantes de Fosas y Fisuras (hasta los 6 años)                           |
|              | Aplicación Tópica de Flúor (hasta los 12 años)                            |
|              | Enseñanza de la Técnica de Cepillado, Uso del Hilo Dental e Higiene Bucal |

Cuando la urgencia sea producto de un traumatismo o accidente el servicio sólo tendrá por finalidad atender la situación de urgencia con los tratamientos antes descritos, no pudiendo extenderse ni aplicarse a los procedimientos posteriores informados por el odontólogo tratante.



### DESCRIPCIÓN DE ASISTENCIA DENTAL DE URGENCIA.

El servicio considera el acceso y uso de los servicios dentales de urgencia de **“Los Prestadores con Convenio”** sin costo adicional para el cliente y sus beneficiarios, sólo respecto de aquellos gastos originados por una urgencia odontológica, entendiéndose por tal cualquiera de los siguientes servicios o tratamientos odontológicos, siempre que se adecuen a la definición de Urgencia Dental u Odontológica que se indica a continuación.

**Urgencia Dental:** Cualquier ocasión inesperada o repentina que amerita atención odontológica paliativa urgente o apremiante y que origine procedimientos o servicios amparados por estos planes y que sean indicados para tratar el dolor originado por las siguientes causas: infecciones, abscesos, caries, pulpitis, inflamación, hemorragia o accidente (fractura de una prótesis, fractura de un diente o pérdida de un diente por traumatismo).

### TRATAMIENTOS O SERVICIOS NO INCLUIDOS:

- a) Tratamientos, procedimientos o servicios odontológicos no contemplados específicamente en la cláusula quinta precedente.
- b) Urgencias quirúrgicas mayores originadas por traumatismos severos que suponen fracturas maxilares o de la cara y pérdida de sustancia calcificada y dientes, extracciones complejas.
- c) Anestesia o Sedación generales en niños y adultos
- d) Defectos Físicos.
- e) Enfermedades y tratamientos de distonías maxilofaciales.
  
- f) Radioterapia o Quimioterapia.
- g) Atención o Tratamiento Médico Odontológicos que no se ajusten a la definición de Urgencia Odontológica indicada en este contrato. O realizadas fuera de la red de prestadores sin previa autorización.
- h) Cualquier tratamiento correctivo de malformaciones genéticas o hereditarias y alteraciones del desarrollo músculo esquelético facial, secuelas de enfermedades, tratamientos defectuosos, iatrogenia o traumatismo
- i) Extracciones de terceros molares (muelas del juicio).
- j) Retratamientos de Conducto
- k) Para tratamientos de Endodoncias, la cobertura no incluye rehabilitaciones ni medicación intracanal.
- l) Tratamientos estéticos, ortodoncia (frenillos), blanqueamientos, Prótesis (fijas y removibles), Inlay, Onlay u Overlay, restauraciones de bordes incisales, implantes, y tratamientos de mayor complejidad.
- m) Cualquier tratamiento dental iniciado con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la cobertura
- n) Medicamentos
- o) Servicios odontológicos recibidos fuera de la República de Chile.

Sin perjuicio de lo expuesto, si el Cliente requiere tratamientos o servicios que no se incluyan en el presente contrato, podrá solicitarlos directamente al servicio dental incluido entre **“Los Prestadores con Convenio”**, quien deberá cotizar o presupuestar dichos tratamientos, los cuales tendrán un descuento preferencial acorde a los valores de mercado, sin incluir costos de laboratorio.



### USO DEL CONVENIO.

Para hacer uso del **CONVENIO DENTAL DE URGENCIA** el cliente siempre deberá solicitar su atención a través de los canales digitales disponibles, vía **WhatsApp +56 997 883 527**, a través de la página web [www.sdsigma.com](http://www.sdsigma.com) opción citas o de la línea de Servicio al Cliente de SIGMA DENTAL por medio del número telefónico 223988530; canales que se encuentran operativos las 24 horas y los 365 días del año.

A través de los canales de servicio SIGMA DENTAL coordinará la atención del cliente y lo derivará a las clínicas en convenio. Cualquier atención fuera de la red de prestadores será de cargo exclusivo del paciente.

### CALIFICACIÓN DE LOS SERVICIOS

Las partes están de acuerdo y declaran que el programa de servicios que SIGMA DENTAL pone a disposición del cliente únicamente el acceso a una red de prestadores de servicios odontológicos prepagados.

El contrato se entenderá suscrito y aceptado por SIGMA DENTAL cuando el cliente haya registrado todos sus datos y el de sus beneficiarios y haber efectuado el primer pago a través de la forma elegida para estos efectos.

La formalidad de lo señalado en párrafo anteriormente indicado se comprobará con la emisión del certificado y enviado a el mail que consignó el cliente.

### VIGENCIA.

**La vigencia es mensual**, renovable. Comenzará a regir el día 1º del mes subsiguiente a aquel en que sea contratado y estará vigente hasta el último día del mes en que el Cliente o SIGMA DENTAL le ponga término mediante aviso por escrito dirigido a la otra parte con al menos 5 días hábiles bancarios de antelación.

A modo de ejemplo, si el Cliente suscribe o celebra este contrato durante el mes 1, su vigencia comenzará el día 1º del mes 3 siguiente. La renovación del contrato y del programa de servicios es automática, por periodos iguales y sucesivos de un mes, salvo que alguna de las partes decida ponerle término en la forma y oportunidad antes señaladas.

Con todo, el presente Convenio terminará en forma anticipada por no pago del precio conforme a lo estipulado en la cláusula siguiente.

### RED DE PRESTADORES

SIGMA DENTAL deberá mantener vigente y accesible para el Cliente una Red de Prestadores con Convenio en al menos todas las zonas urbanas de las capitales de cada región de Chile. Sin perjuicio de ello, esta red de prestadores de servicios odontológicos podrá ser modificada sin previo aviso al Cliente, pero no podrá tener una cobertura geográfica inferior a la señalada.

La individualización de la red de prestadores estará disponible para ser consultada a través de la página web [www.sdsigma.com](http://www.sdsigma.com), vía **WhatsApp +56 997 883 527**, y telefónicamente llamando al número 223988530.

Para hacer uso del **CONVENIO DENTAL DE URGENCIA** el cliente siempre deberá solicitar su atención por medio de SIGMA DENTAL a través de los canales disponibles.

Si en alguna ciudad o localidad no existiere un prestador con convenio, SIGMA DENTAL se hará cargo de los gastos razonables asociados a las prestaciones o atenciones otorgadas al Cliente al amparo de este convenio dental, con un tope de \$50.000 por evento, lo que podrá realizarse mediante pago directo al prestador del servicio o reembolso al



Ciente, lo que **deberá ser previamente autorizado por SIGMA DENTAL**. Se deja constancia que todo gasto superior al tope o monto máximo autorizado será de exclusiva responsabilidad del Cliente.