

PLAN DENTAL
BENEFICIO URGENCIA DENTAL COBERTURA 100%

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

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.

COBERTURA ESPECIAL DEL PLAN DENTAL

Independientemente de lo señalado en cuadro precedente, se incluye adicionalmente un procedimiento preventivo anual con un copago por cada evento equivalente a \$9.000 (nueve mil pesos). Este copago deberá ser pagado directamente en la Red de Prestadores.

ESPECIALIDAD	PROCEDIMIENTO ELECTIVOS PREVENTIVOS CUBIERTO UNA VEZ AL AÑO	COPAGO
Periodoncia Prevención	Tartrectomía simple (limpieza Dental) Profiláxis (Pulido Dental)	\$9.000 (nueve mil pesos)

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: presencia de sintomatología apremiante, como dolor inflamación o sangrado que amerite realizar alguno de los procedimientos amparados por el plan.

Características principales del plan

- Los servicios y prestaciones dentales del tratamiento de urgencia son costo cero
- Se asegura la calidad y garantía del paciente x 1 año del tratamiento realizado en Red
- No tienen límites o topes en las prestaciones de urgencias (para todo el grupo familiar)
- No considera Preexistencia
- No considera carencia
- No existe límite de edad al ingreso y permanencia
- Pueden ingresar todo el grupo familiar (cónyuge, pareja, hijos de ambas parejas).
- Pueden suscribir los padres a través de un nuevo contrato
- Fácil acceso.

TRATAMIENTOS O SERVICIOS NO INCLUIDOS:

Este plan incluye solamente las prestaciones y/o los tratamientos que se especifican en la cláusula anterior para los casos de urgencia dental. Por consiguiente, no se incluyen otras atenciones o prestaciones dentales, cualquiera sea su origen, denominación o alcance, ni las que se indican a continuación:

- 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.

VIGENCIA.

La vigencia de este plan y de los servicios que comprende es mensual, renovable. Comenzará a regir el día 1º del mes siguiente 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 (marzo), su vigencia comenzará el día 1º del mes 2 siguiente (abril). 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 plan terminará en forma anticipada por no pago del precio conforme a lo estipulado en la cláusula siguiente.

En caso que el Cliente haya contratado el plan “**CONVENIO DENTAL DE URGENCIA** en modalidad de **pago anual**, es decir, con un pago total de 12 meses por adelantado, comenzará a regir el día 1° del mes siguiente a aquel en que sea contratado y estará vigente durante un período de 13 meses contados a partir del mes de inicio de su vigencia.

El cliente podrá renovar su plan dental pagando nuevamente el valor total del plan anual antes de que termine el mes 13° de vigencia.

Si la modalidad de contrato y pago del servicio **es mensual**, este monto se cobrará y pagará a través del mecanismo o sistema registrado y autorizado por el Cliente al momento de contratar el plan dental. Cualquiera sea el medio de pago de este plan dental, en caso de que el precio estipulado no sea pagado en forma íntegra y oportuna el presente contrato terminará en forma anticipada y dejará de producir efectos 30 días después de la fecha en que debió efectuarse, circunstancia que SIGMA DENTAL comunicará al Cliente por correo electrónico con al menos 10 días de antelación.

En caso de que la modalidad contratada por el cliente sea anual, se entenderá que el plan tendrá una vigencia de 13 meses desde el primer mes de vigencia del plan y podrá renovarlo por un año más pagando la anualidad antes que termine el mes 13° (mes de término de vigencia).

Desde la fecha en que se inicie la vigencia de este contrato, el Cliente tendrá acceso a la red de prestadores de servicios odontológicos prepagados. Podrán acceder a los servicios el Cliente (titular del contrato) y sus beneficiarios, esto es: su cónyuge, su pareja o su conviviente civil, y los hijos de ambos, siempre y cuando el plan contratado sea plan familiar.

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, 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 Cliente, 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.

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 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.

RESPONSABILIDAD POR LOS SERVICIOS DENTALES

En atención a que la obligación de SIGMA DENTAL es dar acceso efectivo al programa de servicios denominado “**CONVENIO DENTAL DE URGENCIA**”, SIGMA DENTAL no se hace responsable por los errores u omisiones que puedan incurrir los odontólogos u otros profesionales o bien los centros de salud que son parte de “Los Prestadores con Convenio” con motivo de la prestación o ejecución de estos servicios.

SUSCRIPCIÓN DEL PLAN

El presente Plan se entenderá suscrito y aceptado por SIGMA DENTAL cuando el cliente haya registrado todos los datos y los de sus beneficiarios en la plataforma web y haya efectuado el primer pago a través del medio seleccionado para estos efectos.

La contratación del servicio y su forma de pago constará en un certificado que SIGMA DENTAL emitirá y hará llegar al correo electrónico registrado por el/la cliente al momento de aceptarlo.

LEY DEL CONSUMIDOR.

Se deja constancia que este contrato no cuenta con Sello SERNAC, pero cumple las normas de la Ley 19.496 y sus modificaciones posteriores sobre Protección a los Derechos de los Consumidores.

SD Sigma Dental

ASISTENCIA SALA DE URGENCIA Y HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE

RESUMEN DE LAS PRESTACIONES

PRESTACIONES	INCLUYE	NRO. PRESTACIONES	MONTO MÁXIMO
SALA DE URGENCIA POR ACCIDENTE	<ul style="list-style-type: none">• TRASLADO MÉDICO TERRESTRE• ATENCION DE URGENCIA• ATENCION DE MÉDICO DE URGENCIA• EXÁMENES DE LABORATORIO• EXÁMENES DE IMÉGENES, (EXCLUYE RESONANCIA Y SCANNER)• MEDICAMENTOS (DÓSIS INICIAL)• VALORACIÓN CLÍNICA POR MÉDICO TRAUMATÓLOGO	SIN LÍMITE DE EVENTOS	LÍMITE COMBINADO UF 60 POR CADA EVENTO LOS CUALES PUEDEN SER EN COBERTURAS

<p>HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • DÍA CAMA • HONORARIOS MÉDICOS • EXÁMENES MÉDICOS • MEDICAMENTOS 		<p>INDEPENDIENTES (SALA DE URGENCIA U HOSPITALIZACIÓN) Y/O COMBINADOS ENTRE LA ATENCIÓN DE URGENCIA Y HOSPITALIZACIÓN</p>
--------------------------------------	--	--	---

DETALLE DE LAS PRESTACIONES

BENEFICIARIOS DE LA ASISTENCIA SALA DE URGENCIA Y HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE

TITULAR: MAYOR DE 18 AÑOS

FAMILIAR: TITULAR + CÓNYUGE, CONVIVIENTE E HIJOS MENORES A 24 AÑOS (MÁXIMO 4 CARGAS).

SALA DE URGENCIA POR ACCIDENTE:

CUBRE TODOS LOS GASTOS QUE OCURRAN EN LA SALA DE URGENCIA PRODUCTO DE UN ACCIDENTE.

LOS GASTOS A CONSIDERAR SON ENTRE OTROS LOS SIGUIENTES:

ATENCIÓN DE URGENCIA, ATENCIÓN DE MÉDICO DE URGENCIA, VALORACIÓN CLÍNICA POR MÉDICO TRAUMatóLOGO.

EXÁMENES DE LABORATORIO: HEMOGRAMA COMPLETO, GLUCOSA, GRUPO SANGUÍNEO, EMO (ELEMENTAL Y MICROSCÓPICO DE ORINA).

EXÁMENES DE IMÁGENES: RADIOGRAFÍA SIMPLE EN ZONA DE TRAUMA: 1 PLACA, ECOGRAFÍA ABDOMINO-PÉLVICA: 1 ESTUDIO. **CON EXCEPCIÓN DE RESONANCIAS, SCANNER Y CUALQUIER TIPO DE MEDICAMENTOS O INSUMOS UTILIZADOS PARA REALIZAR ESTOS EXÁMENES.**

MEDICAMENTOS: ANALGÉSICOS (DOLOR), ANTI-INFLAMATORIOS (INFLAMACIÓN), ANTIPIRÉTICOS (FIEBRE).

MATERIAL DE USO MÉDICO: YESO, VENDA, ETC.

EQUIPO Y MATERIAL DE SUTURA.

LÍMITE DE PRESTACIONES: SIN LIMITE DE EVENTOS.

HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE:

SI PRODUCTO DEL ACCIDENTE QUE GENERO EL INGRESO A LA SALA DE URGENCIA Y DESPUÉS DE LA EVALUACIÓN REALIZADA SE PROCEDE A SU HOSPITALIZACIÓN, ESTA SERÁ CUBIERTA.

LOS GASTOS A CONSIDERAR SON LOS SIGUIENTES:

- DÍA CAMA.
- HONORARIOS MÉDICOS.
- EXÁMENES MÉDICOS.
- MEDICAMENTOS.

LÍMITE DE PRESTACIONES: SIN LIMITE DE EVENTOS.

NOTA: LÍMITE COMBINADO UF 60 POR EVENTO, LOS CUALES PUEDEN SER EN COBERTURAS INDEPENDIENTES (SALA DE URGENCIA U HOSPITALIZACIÓN) Y/O COMBINADOS ENTRE LA ATENCIÓN DE URGENCIA Y HOSPITALIZACIÓN.

DEFINICIÓN DE ACCIDENTE:

SON SUCESOS FORTUITOS, IMPREVISTOS, TRAUMÁTICOS, EXTERNOS E INESPERADOS, NO PROVOCADOS POR EL CLIENTE, CAUSADOS POR SITUACIONES ACCIDENTALES, Y QUE REQUIEREN ATENCIÓN MÉDICA INMEDIATA (DOMÉSTICO, TRÁNSITO O LABORAL).

NO INCLUIDO EN LAS PRESTACIONES

- a) CUANDO LA PERSONA NO SE IDENTIFIQUE COMO BENEFICIARIO DEL MISMO.
- b) CUANDO EL BENEFICIARIO NO PROPORCIONE INFORMACIÓN VERAZ Y OPORTUNA, QUE POR SU NATURALEZA NO PERMITA ATENDERLO DEBIDAMENTE.
- c) GASTOS MÉDICOS REALIZADOS POR EL BENEFICIARIO A LIBRE ELECCIÓN.
- d) REEMBOLSOS DE GASTOS MÉDICOS AMBULATORIOS.
- e) EXÁMENES COMPLEMENTARIOS DE DIAGNÓSTICO QUE SE REALICEN FUERA DE LA SALA DE URGENCIA Y/O HOSPITALIZACIÓN.
- f) HONORARIOS DE MÉDICOS ESPECIALISTAS FUERA DE LA SALA DE URGENCIA Y/O HOSPITALIZACIÓN.
- g) MATERIALES O INSUMOS (FIBRA DE VIDRIO), PRÓTESIS O INMOVILIZADORES.
- h) LAS ATENCIONES POR MEDICINA PREVENTIVA.
- i) TRASLADO DEL BENEFICIARIO DE UNA CLÍNICA U HOSPITAL A OTRO CENTRO DE ATENCIÓN MÉDICA.
- j) ACCIDENTES Y/O ENFERMIDADES CAUSADAS POR EL USO O CONSUMO DE ESTUPEFACIENTES, ALCOHOL Y/O DROGAS.
- k) ACCIDENTE O LESIONES CAUSADOS POR LA PRÁCTICA DE DEPORTES DE ALTO RIESGO.
- l) DAÑOS CAUSADOS A SI MISMO POR LA ALTERACIÓN DE SUS FACULTADES MENTALES.

¿CÓMO USAR LA ASISTENCIA?

PARA HACER USO DE LA ASISTENCIA DEBERÁ LLAMAR A LOS TELÉFONOS **228203490** LAS 24 HORAS, LOS 365 DÍAS DEL AÑO.

GSA 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 CLIENTE.

VIGENCIA DE LA ASISTENCIA SALA DE URGENCIA Y HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE

LA VIGENCIA DE LA “ASISTENCIA SALA DE URGENCIA Y HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE” COMENZARÁ A REGIR A LAS 72 HORAS CONTADOS DESDE LA FECHA SEÑALADA AL INICIO DE ESTE INSTRUMENTO. EL PRESENTE CONTRATO TENDRÁ UNA DURACIÓN ANUAL RENOVABLE AUTOMATICAMENTE SIN PERJUICIO DE LO CUAL, CUALQUIERA DE LAS PARTES PODRÁ PONERLE TÉRMINO EN CUALQUIER MOMENTO, SIN EXPRESIÓN DE CAUSA, MEDIANTE UNA COMUNICACIÓN ESCRITA A LA OTRA PARTE INDICANDO LA FECHA DE TAL TERMINACIÓN, EL BENEFICIARIO PODRÁ UTILIZAR CUALQUIERA DE LOS MEDIOS PUESTOS A DISPOSICIÓN POR GSA O ALTURA SEGUROS SPA PARA GENERAR LA SOLICITUD DE RENUNCIA.