

SEGURO COLECTIVO MÉDICO HOSPITALARIO

ANEXO No.

GASTOS DENTALES

HACEMOS CONSTAR QUE: Mediante el pago de la prima correspondiente a esta cobertura adicional y en consideración a la solicitud del Contratante_____, la Compañía conviene pagar al Asegurado Titular y/o dependientes, un límite máximo anual, bajo las condiciones a continuación descritas:

Beneficios		Descripción	
No. Póliza:			
Vigencia:	Desde:	Hasta:	
Límite Máximo año Póliza		L.	
Deducible por año póliza		L.	
MAXIMO A REEMBOLSAR			
Fase I	Tratamientos Preventivos	% de L.	
Fase II	Tratamientos Restaurativos Menores	% de L.	
Fase III	Tratamientos Restaurativos Mayores	% de L.	
PRIMA MENSUAL			
Titular		L.	
Con Dependiente		L.	
Total Titular más Dependiente.			
Período de carencia para nuevos ingresos de ____.			

Para la presentación de los reclamos de gastos incurridos por tratamientos dentales concluidos, el Asegurado deberá presentar las radiografías tomadas por el médico tratante antes y después del tratamiento.

La Compañía se reserva el derecho de solicitar la evaluación por sus médicos filtros, del trabajo efectuado al Asegurado.

DEFINICIONES APLICABLES EN GASTOS DENTAL

Excepto lo establecido en las exclusiones, mas adelante descritas, los cargos por gastos dentales elegibles consistirán en gastos incurridos con respecto al tratamiento dental por cualquiera de los servicios suministrados o tratamientos siguientes:

FASE I TRATAMIENTO PREVENTIVOS.

- Exámenes orales: rutinarios incluyendo diagnóstico, pero no mas de dos exámenes con respecto al mismo individuo asegurado durante cualquier año póliza.



EQUIDAD

Compañía de Seguros S. A.

- Profilaxis que incluye la limpieza, raspado de dientes y pulimiento, pero no mas de dos veces durante cualquier año póliza con respecto al mismo individuo asegurado.
- Aplicaciones de fluoruro limitado a los niños de 14 años de edad o menores.
- Rayos X, de toda la dentadura, pero no mas de una serie de Rayos X en un periodo de tres años, y rayos X con una placa sostenida paralela a los dientes pero no mas de dos veces por año póliza.
- Pruebas de laboratorios y otros exámenes para diagnóstico.

FASE II TRATAMIENTOS RESTAURATIVOS MENORES

Como tratamiento restaurativo se entiende lo siguiente:

- Sostenedores de espacio
- Tratamiento paliativo de emergencia
- Extracciones simples rutinarias y quirúrgicas
- Cirugía oral
- Alveolotomía
- Anestesia necesaria para los tratamientos
- Inyecciones Terapéuticas
- Restauración : Relleno de amalgama o proceso sintético pero excluyendo específicamente lo siguiente:
 - Corona o calza posterior o anterior, e
 - Instalación inicial de dentadura completa o parcial y reposición de dentaduras o unidades de puente fijo
- Tratamiento de Endodoncia
- Periodontología
 - a- El monto total de beneficios pagaderos durante la vida de cada individuo asegurado por cualquier diagnóstico, servicio de cirugía o adicionales relacionados con enfermedad periodontal no excederá en ningún caso el máximo de periodontología indicado en el cuadro de seguro, y
 - b- El monto de los beneficios (incluyendo beneficios relacionados con tratamiento de periodontología) pagadero por gastos dentales cubiertos incurridos durante cualquier año póliza, no excederá en ningún caso el máximo del año póliza indicado en el cuadro de seguro.

FASE III SERVICIOS RESTAURATIVOS MAYORES

- Incrustaciones
 - Calzadas
 - Coronas
 - Reparación de dentadura y puentes
 - Prótesis, incluyendo puentes y dentaduras necesarias
1. La instalación o adición a trabajo de dentaduras completas o parciales o puente fijo serán elegibles siempre que:
 - a. Dicha instalación o adición sea requerida como resultado de la extracción de uno o más dientes naturales debido a un accidente o enfermedad en o



después de la fecha efectiva del seguro del individuo asegurado bajo esta póliza.

- b. La instalación o adición arriba mencionada incluyendo la reposición de dicho diente extraído, y
- c. El trabajo de dicha dentadura sea completado dentro de los doce (12) meses siguientes a la extracción.

El trabajo de dentadura o puente será considerado como instalado inicialmente, solo si dichas dentaduras o puentes no reponen a cualquier dentadura o puente existente.

2. El reemplazo o alteración de dentaduras completas o parciales o puente fijo se consideran pagaderos si la reposición es necesaria, si ocurrió o después de la fecha efectiva del seguro del individuo asegurado bajo esta póliza y si es completado dentro de los doce (12) meses después de:
 - a. Una lesión accidental que requiera tratamiento quirúrgico, o
 - b. Cirugía oral para aditamentos musculares, o la extracción de un tumor, quiste, elevaciones pequeñas o tejidos redundantes.
3. El reemplazo de una dentadura completa o parcial cuando el mismo es requerido como resultado de un cambio estructural en la boca, siempre que:
 - a. El reemplazo sea efectuado después de cinco (5) años de la fecha de instalación de la dentadura, y
 - b. Cualquier reemplazo no se efectuará en ningún caso si el seguro del individuo asegurado bajo esta póliza no ha estado en vigor por lo menos dos (2) años.

EXCLUSIONES DE GASTOS DENTALES

No se hará pago alguno por los siguientes cargos para gastos dentales:

1. Aquellos servicios no cobrados al individuo asegurado o cualquier gasto por servicios o suministros que son o pueden ser obtenidos sin costo, conforme las leyes o regulaciones de cualquier gobierno o agencia gubernamental, excepto en el caso en que exista un cargo por el cual el individuo asegurado esta legalmente obligado a pagar. (Gobierno se refiere a cualquier nación comunidad estatal, gobierno territorial o provisional, o cualquier subdivisión política).
2. Aquellos cargos por servicios recibidos del departamento dental o médico de cualquier patrono, unión, gremio, sindicato y asociación para beneficio del empleado, administrador y organización similar, o por servicios de un dentista o clínica contratado para o por cualquier organización de esa índole.
3. Aquellos cargos por cuidado o servicios que fueren necesarios como resultado de cualquier acto atribuible al individuo asegurado, por cometer o por la intención de cometer un asalto, agresión, felonía o acto de agresión, insurrección rebelión o participación en una revuelta, o como resultado de un acto de o en el curso de una guerra, declarada o no.
4. Aquellos cargos por reemplazo de dientes extraídos antes de la fecha efectiva de la cobertura del individuo asegurado bajo esta póliza, a menos que el reemplazo reúna una de las condiciones enumeradas bajo la estipulación "Beneficios" de esta póliza.
5. Aquellos cargos por dentadura, coronas, incrustaciones, calzadas, puentes o instrumentos o servicios para aumentar las dimensiones verticales.



EQUIDAD

Compañía de Seguros S. A.

6. Aquellos cargos por ajustes de dentaduras o puentes dentro de seis (6) meses de la instalación de una dentadura o puente
7. Aquellos cargos por reemplazo de prótesis perdidas, robo o por una prótesis duplicada.
8. Aquellos cargos por higiene oral, dietética o programas e instrucciones de control de placas.
9. Aquellos cargos por lesión o enfermedad originadas por cualquier empleo o en el curso de éste o por cualquier trabajo con fines de remuneración o ganancia.
10. Aquellos cargos por protectores bucales atléticos.
11. Aquellos cargos por coronas enchapadas de porcelana o poéticas sobre o para reemplazar un diente o dientes posterior a la bicúspide segunda, que exceden la cantidad pagadera razonables y acostumbrada para coronas enchapadas de acrílico o pónicas.
12. Aquellos Cargos por dentaduras o puentes temporales que cuando combinados con el cargo por dentadura o puente permanente, exceden la cantidad pagadera razonable y acostumbrada por la dentadura o puente permanente.
13. Aquellos cargos cobrados por el dentista en concepto de visitas, a la cual el paciente no acudió.
14. Aquellos cargos por implantología
15. Aquellos cargos por drogas o medicinas excepto antibióticos inyectables administrados por un dentista o doctor como resultado de tratamiento dental.
16. Aquellos cargos por procedimientos, servicios o suministros que no llenan los requisitos aceptables establecidos en la práctica dental, incluyendo cargos por procedimientos, servicios o suministros de naturaleza experimental.

En testimonio de lo cual, la Compañía emite el presente Anexo en la Ciudad de _____, el día ____ de _____ del 20 ____

FIRMA AUTORIZADA