# SEGURO DE VIDA COLECTIVO EN DÓLARES – CONTRATO TIPO
# ADITAMENTO DE SERVICIO ODONTOLÓGICO

## PLAN EMERGENCIA Y PREVENCIÓN

Best Meridian Insurance Company, denominada en adelante la Compañía, otorga el presente Aditamento que será adherido a la Póliza de Seguro de Vida Colectivo en Dólares – Contrato Tipo, sujeto a sus estipulaciones, exclusiones y a las siguientes condiciones y previo al pago de la prima adicional establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza:

### CLÁUSULA 1. - COBERTURA

Para efectos de este plan, se otorgará servicio odontológico de:

**a. <u>Emergencia:</u>** tratamiento inicial y medicación en los casos de:

- **Emergencias Endodónticas:** eliminación de caries, recubrimiento pulpar directo, fractura dentaria, abscesos, pulpitis reversibles e irreversibles.
- **Emergencias Periodontales:** curetaje radicular localizado, eliminación de contacto prematuro, medicación en caso de dolor muscular y abscesos.
- **Emergencias Protésicas:** cementado provisional de coronas y puentes fijos, reparación de dentaduras parciales o totales realizadas en el consultorio (únicamente sustitución de dientes), medicación en el caso de estomatitis sub-protésica.

  Los tratamientos que se utilizarán para atender las Emergencias previamente descritas son los siguientes:

- **Medicina Bucal:** Historia Clínica de emergencia (Diagnóstico, Pronóstico y Plan de Tratamiento).
- **Periodoncia:** Tartrectomía Simple (limpieza sencilla).
- **Restauradora y Operatoria:** Amalgamas en dientes posteriores, Resinas Fotocuradas en dientes anteriores y posteriores, Vidrios Ionoméricos en los cuellos de los dientes.
- **Cirugía:** Exodoncias Simples de dientes temporales y permanentes.
- **Endodoncia:** Tratamientos Endodónticos Monorradiculares y Multiradiculares, Pulpotomías, Pulpectomías, Curas formocresoladas y Capielos.
- **Radiografías:** Periapicales y Coronales de diagnóstico, requeridas para los tratamientos amparados en la cobertura y realizadas en el consultorio del profesional adscrito a la red de proveedores.

**b. <u>Prevención:</u>** podrá ser usado por el asegurado en el momento que él así lo requiera y realizarse cualquiera de los tratamientos preventivos descritos a continuación:

**Cobertura de Prevención:**

- **Medicina Bucal:** examen clínico (diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento) una vez al año.
- **Periodoncia:** Tartrectomía simple (limpieza sencilla) y profilaxis dental (pulido).
- **Prevención:** Sellantes de fosas y fisuras, aplicaciones tópicas de flúor, enseñanza de las técnicas de cepillado e higiene bucal.
- **Radiografías:** Periapicales individuales y coronales de diagnóstico.

### CLÁUSULA 2. - EXCLUSIONES

**Sin perjuicio de las exclusiones contenidas en las Condiciones Generales de la Póliza, quedan excluidos del alcance de este Aditamento los gastos incurridos y los servicios originados directa o indirectamente como consecuencia de:**

**a. Tratamientos y/o controles para las especialidades siguientes: cirugía, radiología, prostodoncia, periodoncia, ortopedia funcional de los maxilares, ortodoncia, endodoncia, odontopediatría y cualquier otra no contemplada específicamente en Cláusula 1- Cobertura.**

**b. Emergencias quirúrgicas mayores: Originadas por traumatismos severos que suponen fracturas maxilares o de la cara y pérdida de sustancia calcificada y dientes. La póliza no cubre este tipo de emergencias, ya que es considerada una emergencia médica, ampara por pólizas**

**de accidentes personales y/o hospitalización y cirugía. Además requiere de la intervención de un equipo médico multidisciplinario (cirujanos plásticos, traumatólogos, cirujanos maxilofaciales y anestesiólogos) y el uso de tecnología y equipos de diagnóstico sofisticados. El tratamiento es comúnmente quirúrgico y se realiza hospitalariamente, es decir no se hace en un consultorio odontológico.**

c. **Anestesia general o sedación en niños y adultos (no obstante no tendrán costo alguno los procedimientos realizados y amparados de acuerdo a la Cláusula 1 - Cobertura, luego de estar el paciente bajo los efectos de la anestesia general o sedación).**
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 Emergencia Odontológica indicada en la Cláusula 1 - Cobertura.**
h. **Servicios Odontológicos recibidos fuera de la República de Costa Rica.**
i. **Medicamentos o tratamientos post a la atención de la emergencia preescritos por el odontólogo tratante para afecciones bucodentales.**
j. **Cualquier otro(s) tratamiento(s) no contemplado(s) específicamente en la Cláusula 1 - Cobertura.**

**No obstante si el Asegurado requiere tratamientos o servicios que no se incluyan en el presente contrato, podrá solicitarlos directamente a los odontólogos especialistas de la red, quienes efectuarán un descuento de entre un 10% y un 30%, respecto de sus tarifas normales, debiendo el ASEGURADO pagar todos los costos que se generen por dichos tratamientos no amparados.**

## CLÁUSULA 3. - PREEXISTENCIA

Los Asegurados recibirán tratamientos derivados de las afecciones Buco-Dentales, según lo establecido en la Cláusula 1- Cobertura, aun cuando su origen sea preexistente, es decir, anterior a la fecha de emisión de las pólizas por parte de la Compañía en beneficio de los Asegurados.

## CLÁUSULA 4. - PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Los Asegurados que requieran los servicios profesionales odontológicos ofrecidos con base en lo establecido en la Cláusula 1 - Cobertura de este Aditamento, podrán solicitarlos atendiendo las siguientes condiciones:

a. Los tratamientos deberán ser realizados por los Odontólogos afiliados a la red establecida por el Proveedor de Servicios. El Asegurado podrá seleccionar el Odontólogo de su preferencia o conveniencia, siempre que sea de los autorizados por el Proveedor de Servicios. El Proveedor de Servicios no será responsable por tratamientos realizados en otros Centros Odontológicos o por otros Odontólogos diferentes a los de la red, ni por los tratamientos no contemplados en este contrato, aun cuando los mismos sean realizados en los Centros autorizados.
b. Los Odontólogos y Centros Odontológicos atenderán a los Asegurados en los horarios especificados en el listado de la Red de Proveedores.
c. Para emergencias en horario nocturno, fines de semana o días feriados, la prestación del servicio se llevará a cabo solamente en ciertos Centros Odontológicos pertenecientes a la red odontológica, los cuales serán previamente especificados a la Compañía y los Asegurados.
d. Cuando el Asegurado requiera alguno de los tratamientos amparados por éste contrato, deberá ponerse en contacto con el Proveedor de Servicios, donde un funcionario lo referirá al odontólogo perteneciente a la Red cuyo Centro o consultorio quede ubicado en un lugar conveniente para el Asegurado. El Asegurado deberá dirigirse al Centro o consultorio escogido, donde, previamente identificado con su cédula de ciudadanía, recibirá la atención del odontólogo seleccionado por él. Dicho profesional solicitará al Proveedor de Servicios la clave de autorización para iniciar el tratamiento al asegurado.
e. Para emergencias nocturnas o durante fines de semana o días festivos, los Asegurados deberán comunicarse con el Proveedor de Servicios a través de su servicio telefónico

donde serán guiados por un funcionario del Proveedor de Servicios quien estará encargado de referirlos telefónicamente a un odontólogo de Guardia (Emergencias Nocturnas) o a un Centro o consultorio disponible, donde recibirán la atención necesaria para el tratamiento de la emergencia odontológica.

f. Los Asegurados que no puedan acudir a las citas previamente acordadas con el odontólogo tratante, deberán notificarlo con al menos cuatro (4) horas de antelación.
g. Cualquier reclamación, observación o queja en relación con los servicios recibidos, deberá realizarlos el Asegurado al Proveedor de Servicios (con copia a la Compañía) por escrito y dentro de un plazo no mayor de diez (10) días, después de haberse recibido el servicio o de la ocurrencia de la causa que origina dicha reclamación.
h. La Red de Proveedores podrá ser consultada en la dirección web http://sdsigma.com/, y a los teléfonos 2521-5757 y 800-SIGMACR(7446227). Los casos de emergencia serán atendidos a esos mismos números.

**CLÁUSULA 5. - CASOS EXCEPCIONALES DE REEMBOLSO**

Para los efectos de este Aditamento queda convenido entre las partes que el Asegurado no recibirá servicios odontológicos contratados bajo la modalidad de reembolso. La única salvedad a este acuerdo es en caso de que el Asegurado, debido a una emergencia, requiera de los tratamientos cubiertos por este contrato y no existan, en la localidad donde él se encuentre, centros, consultorios y odontólogos afiliados a la red de proveedores establecida por el Proveedor de Servicios, o en el centro, consultorio u odontólogo afiliado a dicha red de proveedores no presten los servicios requeridos y descritos en este contrato. En ambos casos el Asegurado podrá recibir el servicio odontológico necesario para la atención de emergencia, en el centro odontológico, consultorio o por parte del odontólogo escogido por él.

Los gastos razonables incurridos por el Asegurado por tal servicio de emergencia le serán reembolsados exclusivamente por el Proveedor de Servicios, una vez que presente los requisitos establecidos para tal fin: factura original, informe odontológico, radiografías correspondientes y cualquier otro documento que pudiese requerir el Proveedor de Servicios.

Se entiende por gastos razonables al promedio establecido por el Proveedor de Servicios de los gastos odontológicos facturados durante los últimos treinta (30) días en centros, consultorio y odontólogos afiliados de categoría equivalente a aquel donde fue atendido el Asegurado, en la misma zona geográfica y por un tratamiento odontológico de equivalente naturaleza, libre de complicaciones, en las condiciones de servicio establecido en el presente contrato.

Dicho Promedio será calculado cumpliendo con las regulaciones establecidas por el Colegio de Cirujanos Dentistas de Costa Rica para las tarifas mínimas y con base a las estadísticas que tenga el Proveedor de Servicios de los gastos facturados en el mes calendario inmediatamente anterior a la fecha en que el Asegurado incurrió en dichos gastos, incrementados según el Índice de Precios al Consumidor (en lo sucesivo “I.P.C”) o las tarifas previamente acordadas con los centros, consultorios y odontólogos, afiliados a la red, que se encuentren vigentes para la mencionada fecha. Cuando este promedio no pueda ser obtenido el gasto razonable será el monto facturado.

Queda entendido, según los términos de este contrato, que el pago contra reembolso será único y exclusivamente en el caso referido en este artículo y que se origine en la República de Costa Rica.

**CLÁUSULA 6. - PRIMA**

Será la indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza y deberá ser pagada bajo las mismas condiciones que se establecen en las Condiciones Generales de la póliza a la cual se adhiere este Aditamento.

Todos los demás términos, condiciones y estipulaciones de la póliza original y sus Aditamentos continúan vigentes y sin modificación alguna.

“La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el(los) registro(s) número P14-26-A10-500 de fecha 04 de febrero de 2014.”

MUESTRA