Best Meridian Insurance Company
PÓLIZA DE VIDA COLECTIVO EN COLONES – CONTRATO TIPO

ADITAMENTO DE SERVICIO ODONTOLÓGICO
ADITAMENTO DE SERVICIO ODONTOLÓGICOPLAN AMPLIO (copago)

Las Reglas, Términos y Definiciones incluidas en la Póliza quedan aquí incorporadas. Los beneficios estarán disponibles cuando estos estén cubiertos bajo los términos de la Póliza.

COMPROMISO DE LA ASEGURADORA

Best Meridian Insurance Company, Cédula Jurídica 3-012-622635, aseguradora autorizada por la Superintendencia General de Seguros de Costa Rica e inscrita mediante resolución SGS-R-408-2010 bajo la licencia A10, en lo sucesivo denominada “La Compañía”, otorga el presente Aditamento que será adherido a la Póliza de Vida Colectivo en Colones – 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.

En ese sentido, la Aseguradora por este medio se compromete a observar, respetar y hacer cumplir los términos y condiciones del presente Aditamento. Empero, el derecho a disfrutar de las prestaciones detallas en la misma, se supedita al cumplimiento de los términos, condiciones y demás estipulaciones detallados en las condiciones generales, particulares, especiales y/o cualquier otro documento que detalle obligaciones a cargo del Tomador y/o Asegurado.

Este Aditamento forma parte de la póliza sí: 1) Se indica en el Certificado de Seguro; 2) Se indica en las Condiciones Particulares; y 3) Se ha solicitado por escrito. Los beneficios contemplados en este Aditamento están sujetos al pago de prima adicional y a los términos y condiciones de la póliza, excepto cuando este Aditamento disponga otra cosa.

Si el contenido de este Aditamento o de sus modificaciones no concordare con las condiciones ofrecidas, el Tomador podrá solicitar su rectificación dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la entrega al Tomador de un ejemplar firmado por la Compañía. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las condiciones del Contrato o de sus modificaciones. El Tomador deberá devolver a la Aseguradora este Aditamento debidamente firmado en un plazo de treinta (30) días naturales.

FIRMA

PÓLIZA DE VIDA COLECTIVO EN COLONES – CONTRATO TIPO
ADITAMENTO DE SERVICIO ODONTOLÓGICO

PLAN AMPLIO (copago)

Best Meridian Insurance Company, denominada en adelante la Compañía, otorga el presente Aditamento que será adherido a la Póliza 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. - TÉRMINOS Y DEFINICIONES

Los términos, palabras o frases que se indican a continuación, están definidos tal como deben entenderse o ser usados en esta cobertura.

- **AMALGAMA:** Es una aleación de mercurio con uno o más metales que fundidos a temperatura ambiente adoptan una cristalización característica, confiriéndole determinadas propiedades, empleada para restaurar dientes permanentes o temporales en el sector posterior.
- **CAPIELO**: Técnica que consiste en la eliminación completa de la pulpa cameral y radicular en dientes temporales y la posterior obturación con zinquenol.
- **CURAS FORMOCRESOLADAS:** Se basa en la aplicación de una solución de formocresol a la pulpa radicular, se coloca un apósito antiséptico (pasta trío: Óxido de Zinc, eugenol y formocresol) antes de restaurar el diente.
- **DIAGNÓSTICO**: Identificación de la enfermedad, afección o lesión que sufre el paciente, de su localización y su naturaleza, llegando a la identificación por los diversos síntomas y signos presentes en el enfermo.
- **ENDODONCIA O TRATAMIENTO DE NERVIOS:** Procedimiento clínico para eliminar el contenido de tejido nervioso y vascular que hay dentro de los dientes anteriores y su posterior sellado con un material biocompatible. Puede ser monorradiculares, birradiculares o multirradiculares, dependiendo del número de raíces que conforman el diente.
- **EMERGENCIA ODONTOLÓGICA:** Se define como cualquier ocasión inesperada o repentina que amerita atención odontológica paliativa urgente o apremiante y que origine procedimientos o servicios amparados por esta cobertura y que sean indicados para tratar el dolor originado por las siguientes causas: infecciones, abscesos, caries, pulpitis, inflamación o hemorragia. Los tipos de emergencias son: emergencias endodónticas, emergencias periodontales, emergencias protésicas.
- **EMERGENCIAS ENDODÓNTICAS:** Corresponden con un dolor agudo en un diente o zona determinada de la cavidad bucal; obedecen al daño originado por la caries en el órgano pulpar (nervio). Pueden ir acompañadas de inflamación producto de la formación de un absceso (colección localizada de pus o acumulación de pus). Son atendidas a través de eliminación de caries, recubrimiento pulpar directo e indirecto, obturación provisional, obturación con amalgama, resina fotocurada o vidrio monomérico de acuerdo al caso y tratamientos de conducto mono y multiradiculares.
- **EMERGENCIAS PERIODONTALES:** Son aquellas que involucran el tejido de soporte del diente (encía y hueso). Su origen se encuentra relacionado con la enfermedad periodontal, así como a traumatismos, apretamiento y rechinado de los dientes (Bruxismo). En algunas casiones se presentan en forma combinada con una emergencia endodóntica. También se observa dolor, inflamación y abscesos. Son atendidas a través de una tartrectomías simples.
- **EMERGENCIAS PROTÉSICAS:** Son menos frecuentes que las emergencias periodontales y están vinculadas con pacientes portadores de prótesis fijas (coronas y puentes fijos), removibles (puentes con ganchos) y totales (planchas). Se llevan a cabo cementados provisionales o definitivo de prótesis fijas y/o reparación de prótesis removibles (únicamente sustitución de dientes).

- **EXODONCIA O EXTRACCIÓN SIMPLE EN DIENTES PERMANENTES O TEMPORALES**: Procedimiento en el que se practica la remoción de la estructura dentaria permanente o temporal de su alvéolo mediante el uso de técnicas simples e instrumental específico.
- **HISTORIA CLÍNICA:** Documento médico legal que se realiza para determinar las diferentes patologías (enfermedades) buco dentales presentes en un determinado individuo. Usualmente se apoya en el estudio de los modelos, para lo cual se toma una impresión a las arcadas dentarias del paciente (rebordes maxilares) y en un estudio radiográfico, para detectar enfermedad no visible al ojo clínico (vista común).
- **PLAN DE TRATAMIENTO:** Secuencia de medidas terapéuticas propuestas por el odontólogo tratante para controlar la dolencia del paciente.
- **PRONÓSTICO:** Indicios de recuperación para un paciente cuyo diagnóstico ha sido anteriormente establecido.
- **PULPOTOMIA EN DIENTES TEMPORALES:** En los niños, por consideraciones anatómicas, de formación y de erupción dentaria se realiza un procedimiento que consiste en la eliminación de la pulpa cameral (nervio de la corona) y aplicación de curas formocresoladas.
- **PULPECTOMÍA:** Eliminación de toda la pulpa cameral y de los productos radiculares.
- **RADIOGRAFÍA ODONTOLÓGICA:** Es una imagen registrada en una placa o película fotográfica. En dicha imagen se pueden observar los tejidos duros del diente, evidenciando la existencia de patológicas bucales, tales como la caries dental, reabsorción ósea (pérdida de hueso), imágenes apicales entre otras.
- **RADIOGRAFÍA CORONAL:** Técnica exploratoria radiológica intrabucal, complemento para el diagnóstico de caries interproximales y permite evaluar la progresión de la lesión.
- **RADIOGRAFÍA PERIAPICAL:** Técnica exploratoria radiológica intrabucal que permite apreciar los ápices de los dientes (puntas de las raíces) y la zona circundante.
- **RESINAS FOTOCURADAS:** La resina es un material utilizado para restaurar los daños causados por la caries o por traumatismos en los dientes anteriores o posteriores, conformado por un componente orgánico llamado matriz (polímeros) y un componente inorgánico formado por minerales (relleno). Sus propiedades estéticas, así como de resistencia a las diferentes fuerzas masticatorias, le convierte en un material ideal para restaurar el sector anterior. Se denomina fotocurada, porque su endurecimiento se produce por la aplicación de luz ultravioleta.
- **TARTRECTOMÍA SIMPLE:** Procedimiento mediante el cual se retira el cálculo dental (sarro), depósitos blandos (placa) y manchas de los dientes. Este proceso se puede llevar a cabo supra o subgingivalmente.
- **VIDRIO IONOMÉRICO:** Material restaurador que se utiliza frecuentemente para tratar lesiones en el cuello de los dientes producidas por la migración de la encía a ese nivel lo que produce sensibilidad. Tiene propiedades estéticas que le confieren una gran aceptación desde este punto de vista. A su vez por su composición química es capaz de producir un mecanismo de adhesión al diente sumamente estable y liberar flúor, lo que a su vez le proporciona cualidades preventivas para evitar la caries. También se utiliza para regularizar el piso de cavidades en los dientes que van a ser restaurados con amalgama o resina fotocurada, procurando una mejor distribución de las fuerzas masticatorias.

CLÁUSULA 2. - COBERTURA

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

a. Prevención: el asegurado podrá acudir al odontólogo en el momento que él así lo requiera y recibir cualquiera de los procedimientos que se describen a continuación; el uso del servicio no se limita a un evento de emergencia aun y cuando adicionalmente se ofrece en el plan, la atención de eventos de este tipo.

Cobertura de Prevención

- **Medicina Bucal:** Exámen Clínico (Diagnóstico, Pronóstico y Plan de Tratamiento).
- **Periodoncia:** Tartrectomía simple (limpieza sencilla) y profilaxis dental(pulido).
- **Prevención:** Sellantes de fosas y fisuras, aplicaciones tópicas de flúor.
- **Restauración y Operatoria:** Amalgamas en dientes posteriores, Resinas Fotocuradas en dientes anteriores y Vidrio Ionoméricos en los cuellos de los dientes.

- **Cirugía:** Exodoncias o extracciones simples de dientes temporales y permanentes.
- **Endodoncia:** Tratamientos de conductos monorradiculares, birradiculares 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.

Para efectos de este Aditamento se otorgará cobertura en caso que el Asegurado sufra una emergencia odontológica tal como se define la Cláusula Términos y Definiciones de esta cobertura.

b. Emergencia: 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.

También se otorgará cobertura cuando la emergencia odontológica sea producto de un traumatismo o accidente; en cuyo caso se tendrá como finalidad solucionar la situación de emergencia con los tratamientos antes descritos, excluyendo los tratamientos posteriores requeridos a causa del accidente o traumatismo.

Los tratamientos que se utilizarán para atender las Emergencias previamente descritas son los mencionados en la **Cobertura de Prevención.**

Cualquier reclamo, observación o queja en relación a los servicios prestados de las coberturas descritas anteriormente, deberá ser realizada por escrito a la Aseguradora 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 dicho reclamo.

CLÁUSULA 3. - 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 2 - 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 2 - Cobertura.

h. Servicios Odontológicos recibidos fuera de la República de Costa Rica a excepción de emergencias odontológicas en aquellos países con presencia de Sigma Dental.

i. Hospitalizaciones.

j. Metales Preciosos.

k. Medicamentos o tratamientos post a la atención de la emergencia prescritos por el odontólogo tratante para afecciones bucodentales.
l. Cualquier otro(s) tratamiento(s) no contemplado(s) específicamente en la Cláusula 2 - 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 respecto de sus tarifas normales, debiendo el ASEGURADO pagar todos los costos que se generen por dichos tratamientos no amparados.

CLÁUSULA 4. - PREEXISTENCIA

Los Asegurados recibirán tratamientos derivados de las afecciones Buco-Dentales, según lo establecido en la Cláusula 2- 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 5. - 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. 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.
d. 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.
e. 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.
f. El Asegurado debe indicar a la persona que le atiende la siguiente información:
   - ✓ Nombre y Apellidos.
   - ✓ Fecha de Nacimiento.
   - ✓ Número de documento que acrediten su identidad.
   - ✓ Tipo de asistencia requerida. Detalles del problema y naturaleza de la afección.
   - ✓ Dirección y teléfono del lugar donde se encuentra.
g. En caso de emergencias nocturnas, días festivos y fines de semana:
   - El Operador del Proveedor de Servicios consultará el listado de doctores de guardia con la finalidad de canalizar la atención telefónica del paciente, el odontólogo dará indicaciones médicas para el momento y se gestionará la atención en el consultorio más cercano a la ubicación del Asegurado a primera hora del día siguiente.
   - Una vez que el Asegurado acude a la cita programada, el odontólogo consultará con el Operador a fin de verificar que efectivamente el Asegurado cuenta con la cobertura vigente. Si el Asegurado no se encontrara en la base de datos de Asegurados, el Operador brindará el servicio hasta tanto se verifique que la póliza del Asegurado se encuentra vigente. Si el seguro ya no estuviera vigente, se procederá a suspender el servicio odontológico.
   - Una vez canalizada la atención para la valoración odontológica a través de los odontólogos adscritos a la Red de Proveedores, el profesional deberá enviar al Proveedor de Servicio la Historia Clínica y el Presupuesto de los procedimientos requeridos por el Asegurado a fin de que el mismo sea

autorizado con base a la cobertura establecidas.

CLÁUSULA 6. - ATENCIÓN FUERA DE LA RED DE PROVEEDORES

Los servicios prestados en otros centros y/o por odontólogos diferentes a la red establecida o no autorizados, no darán derecho a reembolsos de ningún tipo.

CLÁUSULA 7. - 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.

CLÁUSULA 8. - DEDUCIBLE, COPAGOS Y LIMITES DE COBERTURA

Para esta cobertura no se aplica ningún tipo de deducible.

En caso que aplique alguno de los siguientes tratamientos bajo la cobertura de este Aditamento, el Asegurado deberá cancelar un copago del veinte por ciento (20%):

Cobertura Amplia:

- **Medicina Bucal:** examen clínico (diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento).
- **Periodoncia:** tartrectomía simple (limpieza sencilla) y profilaxis dental (pulido).
- **Prevención:** sellantes de fosas y fisuras, aplicaciones tópicas de flúor.
- **Restauradora y Operatoria:** amalgamas en dientes posteriores, resinas fotocuradas en dientes anteriores y vidrio Ionoméricos en los cuellos de los dientes.
- **Endodoncia:** tratamientos de conductos monorradiculares, birradiculares y multiradiculares, pulpotomías, pulpectomías, curas formocresoladas y capielos.
- **Cirugía:** exodoncias o extracciones simples en dientes permanentes y exodoncias o extracciones simples en dientes temporales.
- **Radiografías:** periapicales individuales y coronales requeridas para realizar los tratamientos amparados en la cobertura, realizadas en el consultorio del odontólogo tratante.

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 registro número P14-26-A10-585 de fecha 24/11/2014”.

MUESTRA

BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY
Sucursal: San Rafael de Escazú, Edificio BMI, calle paralela a la Ruta 27. San José, Costa Rica Tel. CR (506) 2228-6069, 0800-200-20-20
E-mail: soportepremiercr@bmicos.com Web:www.segurosbmicr.com