

CONDICIONADO

PLAN DENTAL ELEMENTAL - AMERINS

Mediante el presente CONDICIONADO, AMERINS junto a SIGMA DENTAL SAC se obligan a cubrir los gastos por servicios odontológicos indicados como cubiertos en el siguiente **ARTÍCULO 1**, que sean prestados a las personas afiliadas a este plan.

PLAN DENTAL ELEMENTAL	FECHA DE SUSCRIPCIÓN / /	CONTRATO
NOMBRES Y APELLIDOS:		DNI TITULAR
DIRECCIÓN:		DISTRITO
PROVINCIA	E-MAIL:	TELÉFONO

ARTICULO 1.- COBERTURA DE EMERGENCIA AL 100%

El presente PLAN cubre los gastos incurridos por el asegurado a consecuencia de una **emergencia odontológica**, entendiéndose como tal cualquiera de los siguientes tratamientos o atenciones médico odontológicas, siempre que se adecuen a la definición de emergencia odontológica indicada en el **ARTÍCULO 3** de este **CONDICIONADO** y que se limitarán a la(s) pieza(s) que ocasionen la emergencia.

Importante: el carácter de emergencia odontológica de la atención o tratamiento será definido por el odontólogo tratante.

Los procedimientos cubiertos serán los siguientes:

- Medicina Bucal:
En la que se realizarán: Examen Clínico e Historia Clínica.
- Radiografías Periapicales y Bitewing de diagnóstico requeridas para realizar los tratamientos cubiertos en este PLAN, realizadas en el consultorio.
- Odontología Restauradora y Operatoria:
Resinas en piezas dentales anteriores y posteriores.
Ionómeros de Vidrio en Clase V (cuellos).
- Endodoncia:
Tratamientos de Conductos o Endodoncias en piezas dentales Monorradiculares, Birradiculares y Multirradiculares.
No están cubiertos los retratamientos de endodoncias ni las endodoncias rotacionales.
Pulpotomías en piezas dentales deciduas.
- Cirugía:
En los casos que la causa de la emergencia sea una pieza dental o resto dental y ya no se pueda realizar otro tipo de tratamiento para evitar la exodoncia, siempre y cuando la exodoncia sea un procedimiento simple. Se pueden realizar los siguientes tipos de exodoncia:
Exodoncias o Extracciones simples en dientes permanentes.
Exodoncias o Extracciones simples en dientes temporales.
Exodoncias o Extracciones simples en dientes restos radiculares.
Exodoncias o Extracciones simples en dientes fracturados.
No están cubiertas en este plan las exodoncias complejas o de terceras molares (llamadas "muelas del juicio").

- Emergencias:

Emergencias Endodónticas: Eliminación de caries, Recubrimiento pulpar directo o indirecto, Intrusión, Extrusión, Avulsión, Fractura Dentaria, Abscesos, Pulpitis reversibles e irreversibles.

Emergencias Periodontales: Detartraje simple localizado o de todas las piezas dentales en boca, siempre y cuando la emergencia lo requiera, 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 fracturas en la porción acrílica de dentaduras parciales o totales realizadas en el consultorio o pulido de áreas metálicas que estén causando irritación o inflamación, Medicación en el caso de Estomatitis Sub-protésica.

Cuando la Emergencia sea producto de un traumatismo o accidente 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 que no se mencionen anteriormente.

Cuando el asegurado requiera de tratamientos y/o procedimientos no originados por una emergencia odontológica, definida en el ARTÍCULO 3 de este CONDICIONADO, tiene derecho a atenciones ambulatorias (electivas) pagando un copago según el cuadro siguiente:

PLAN DENTAL ELEMENTAL - AMERINS			
Servicios y Procedimientos *	Urgencias y/o Emergencias**	Atenciones Ambulatorias (COPAGO POR PIEZA DENTAL)	Máximo de Eventos por año
Consulta telefónica 24 horas	Cubierto al 100%	Cubierto al 100%	Sin Límite
Servicio de citas a través de nuestra línea gratuita a nivel nacional	Cubierto al 100%	Cubierto al 100%	Sin Límite
Atenciones de Emergencias y/o urgencias dentales 24 horas	Cubierto al 100%	Cubierto al 100%	Sin Límite
Consulta con el odontólogo general (incluye odontograma)	Cubierto al 100%	Cubierto al 100%	Sin Límite
Equipos de Protección Personal ****	Cubierto al 100%	Cubierto al 100%	Sin Límite
Radiografías periapical (diagnóstico)	Cubierto al 100%	S/. 8,00	Sin Límite
Radiografías bitewing (diagnóstico)	Cubierto al 100%	S/. 8,00	Sin Límite
Radiografías oclusal (diagnóstico)	Cubierto al 100%	S/. 8,00	Sin Límite
Exodoncia (extracción) simple de piezas dentales	Cubierto al 100%	S/. 50,00	Sin Límite
Obturación anterior o posterior con resina simple	Cubierto al 100%	S/. 40,00	Sin Límite
Obturación anterior o posterior con resina compuesta	Cubierto al 100%	S/. 60,00	Sin Límite
Obturación anterior o posterior con resina compleja	Cubierto al 100%	S/. 90,00	Sin Límite
Curación en cuello de dientes con vidrio ionomérico	Cubierto al 100%	S/. 30,00	Sin Límite
Pulpotomías: endodoncias para niños (dientes de leche)	Cubierto al 100%	S/. 60,00	Sin Límite

Pulpectomías: endodoncias para niños (dientes de leche)	Cubierto al 100%	S/. 60,00	Sin Límite
Endodoncia en dientes anteriores ***	Cubierto al 100%	S/. 120,00	Sin Límite
Endodoncia en dientes premolares ***	Cubierto al 100%	S/. 160,00	Sin Límite
Endodoncia en dientes molares ***	Cubierto al 100%	S/. 200,00	Sin Límite
Fluorización en niños menores de 12 años	Solo ambulatorio	S/. 15,00	Dos veces al año
Destartraje simple (eliminación de sarro) + Profilaxis o pulido de dientes	Solo ambulatorio	S/. 25,00	Dos veces al año
Sellantes por pieza	Solo ambulatorio	S/. 15,00	Dos veces al año
Reembolso al 100% para emergencias y urgencias	Solo en localidades donde no haya centros afiliados a Sigma Dental		
Tratamientos garantizados	1 año		
Tratamientos adicionales: prótesis, ortodoncia (brackets), blanqueamiento, etc.	Descuento 20%		
Red odontológica	Centros odontológicos en Lima y Provincias		
Cobertura Internacional para emergencias al 100%	Panamá, Costa Rica, Colombia, Ecuador y Chile		
<p>* No incluye prótesis, implantes, exodoncias complejas ni retratamientos de endodoncias.</p> <p>** Solo de la(s) pieza(s) que originan la emergencia o urgencia.</p> <p>*** No están cubiertas las endodoncias rotacionales, solo están cubiertas las convencionales.</p> <p>**** Cubre todas las atenciones de urgencia/emergencia. En casos de atenciones ambulatorias cubre dos consultas por tratamiento.</p>			

TARIFAS MENSUALES

Los valores detallados a continuación serán cargados mensualmente en el medio de pago que el cliente tenga disponible, puede ser tarjeta de crédito

VALORES MENSUALES CLIENTE	IGV INCLUIDO
TITULAR	S/19.9
TITULAR +1	S/37.81
TITULAR +2	S/55.72
TITULAR +3	S/73.63
TITULAR +4	S/91.54
TITULAR + 5	S/109.45

ARTICULO 2.- EXCLUSIONES

Este plan no cubre los gastos incurridos y los servicios originados directa ni indirectamente como consecuencia de:

1. Tratamientos y/o controles para las especialidades siguientes: cirugía, radiología, rehabilitación oral y prótesis, periodoncia, ortopedia funcional de los maxilares, ortodoncia, endodoncia, odontopediatría y *cualquier otra no contemplada específicamente en el **ARTICULO 1.***
2. Emergencias quirúrgicas mayores: originadas por traumatismos severos que suponen fracturas maxilares o de la cara y pérdida de tejido blando, sustancia calcificada y dientes. Este PLAN no cubre este tipo de emergencias, ya que se considera una emergencia médica, amparada 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.
3. Anestesia general o sedación en niños y adultos (no obstante, no tendrán costo alguno los procedimientos realizados y cubiertos de acuerdo al ARTICULO 1, luego de estar el paciente bajo los efectos de la anestesia general o sedación).
4. Medicinas (a excepción de la anestesia infiltrativa local que se requiera para los servicios cubiertos).
5. Defectos físicos, enfermedades y tratamientos de distonías maxilofaciales, radioterapia y/o quimioterapia. Atención o tratamientos médico odontológicos que no se ajusten a la definición de emergencia odontológica indicada en el ARTICULO 3 de este PLAN.

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 por lo menos un 20%, respecto de sus tarifas normales, debiendo el asegurado pagar todos los costos que se generen por dichos tratamientos no cubiertos.

ARTICULO 3.- DEFINICIONES

Para todos los fines y efectos relacionados con este PLAN, queda expresamente convenido que se entiende por:

Emergencia Odontológica:

Cualquier ocasión inesperada o repentina que amerita atención odontológica paliativa urgente o apremiante y que origine procedimientos o servicios cubiertos por este PLAN y que sean indicados para tratar el dolor originado por las siguientes causas: infecciones, abscesos, caries, pulpitis, inflamación o hemorragia.

Red de Proveedores:

Proveedores de servicios odontológicos con los cuales SIGMA DENTAL SAC ha establecido convenios para la prestación de servicios relacionados con el objeto de este contrato.

Gastos Razonables:

Se refiere al promedio calculado por SIGMA DENTAL SAC de los gastos odontológicos facturados en centros, consultorios y odontólogos afiliados a la Red de Proveedores, de categoría equivalente a

aquel donde fue atendido EL AFILIADO, en la misma zona geográfica y por un tratamiento odontológico de equivalente naturaleza, libre de complicaciones, cubierto o amparado por este PLAN. Dicho Promedio será calculado sobre la base de las estadísticas que tenga SIGMA DENTAL SAC de los gastos facturados en el mes calendario inmediatamente anterior a la fecha en que EL AFILIADO incurrió en dichos gastos, o las tarifas previamente acordadas con los Centros, Consultorios y Odontólogos, afiliados a la Red de Proveedores, que se encuentren vigentes para la mencionada fecha. Cuando este promedio no pueda ser obtenido el gasto razonable será el monto facturado.

Vigencia:

La vigencia es mensual y comenzará a regir desde la fecha de contratación hasta el día en que se dé término por parte del Cliente o AMERINS. La renovación del servicio es automática, por un nuevo periodo igual y sucesivo de un mes, salvo que alguna de las partes le ponga termino anticipado.

Carencia:

El cliente puede hacer uso del servicio transcurridos 2 días desde la Fecha de Inicio en caso de urgencias y luego de 30 días para los demás procedimientos.

Método de Pago:

Débito o Crédito; o cualquier método de pago que establezca el canal digital de QUEPLAN.PE.

El precio se pagará mediante cargo automático (PAT) en la Tarjeta de Crédito o Débito informada por el cliente. La fecha de pago de las cuotas será aquella que tenga como fecha de pago el estado de cuenta de la Tarjeta de Crédito o Débito. En caso de dudas sobre aspectos relacionados con la cobranza, el cliente deberá contactar a QUEPLAN al número +5117303007 o al WhatsApp +51993114740.

ARTICULO 4.- PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Los tratamientos cubiertos descritos en el **ARTICULO 1** del presente PLAN serán prestados de acuerdo con las siguientes condiciones:

Los tratamientos deberán ser realizados por los Odontólogos afiliados a la red establecida por SIGMA DENTAL SAC.

SIGMA DENTAL SAC 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.

Los Odontólogos y Centros Odontológicos atenderán a LOS AFILIADOS en los horarios especificados en el listado de la Red de Proveedores.

En caso de requerir referencia a algún especialista, su odontólogo le proporcionará la información necesaria. El paciente no debe acudir al especialista sin referencia previa del odontólogo general que lleva su tratamiento.

Cuando EL AFILIADO requiera alguno de los tratamientos cubiertos por éste contrato, deberá ponerse en contacto con SIGMA DENTAL SAC, donde un funcionario lo referirá al odontólogo perteneciente a la Red cuyo Centro o consultorio quede ubicado en un lugar conveniente para EL AFILIADO.

El AFILIADO deberá dirigirse al Centro o consultorio escogido donde, previamente identificado con

su documento nacional de identidad (D.N.I.) o licencia de conducir, recibirá la atención del odontólogo seleccionado por él. Dicho profesional solicitará a SIGMA DENTAL SAC, la clave de autorización para iniciar el tratamiento al asegurado.

Para emergencias nocturnas o durante fines de semana o días festivos, LOS AFILIADOS deberán comunicarse con SIGMA DENTAL SAC a través de su servicio telefónico **0800-10270 (línea gratuita) o al 4162840** donde serán guiados por un funcionario de SIGMA DENTAL SAC, quien estará encargado de referirlos a un Centro o consultorio disponible, donde recibirán la atención necesaria para el tratamiento de la emergencia odontológica.

ARTICULO 5.- CASOS EXCEPCIONALES DE REEMBOLSO

En caso de que EL AFILIADO requiera de un tratamiento de emergencia odontológica, según la definición en el ARTICULO 3, y no existan, en la localidad donde él se encuentre, Centros, Consultorios y Odontólogos afiliados a la red de proveedores establecida por SIGMA DENTAL SAC, EL AFILIADO podrá recibir el Servicio odontológico necesario para la atención de la emergencia en el centro odontológico, consultorio o por parte del odontólogo escogido por él.

Los gastos razonables y justificados incurridos por EL AFILIADO por tal servicio de emergencia le serán reembolsados por SIGMA DENTAL SAC, una vez que presente la factura original, informe odontológico, radiografías correspondientes y cualquier otro documento que pudiese requerir.

SIGMA DENTAL SAC puede solicitar información adicional hasta en una (1) oportunidad más, en un tiempo máximo de quince (15) días hábiles contados desde la fecha de entrega del último recaudo solicitado.

Se entiende por “gastos razonables” el promedio calculado por SIGMA DENTAL SAC de gastos odontológicos facturados durante los últimos sesenta (60) días en centros, consultorios y odontólogos afiliados a la red de proveedores, de categoría equivalente a aquel donde fue atendido EL AFILIADO, en la misma zona geográfica y por un tratamiento odontológico de equivalente naturaleza libre de complicaciones, cubierto o amparado por este PLAN.

Queda entendido, según los términos de este CONDICIONADO, que el pago contra reembolso será única y exclusivamente en el caso referido en éste ARTICULO y cuyos gastos se originen en Perú.

ARTICULO 6.- OBLIGACIONES DEL AFILIADO EN RELACIÓN CON EL SERVICIO PRESTADO EN EL PRESENTE PLAN

LOS AFILIADOS deberán presentar un documento de identificación con fotografía (DNI o Licencia de conducir) al acudir al consultorio o centro odontológico a recibir la atención. En el caso de los menores de edad deberán conocer el número de DNI del titular, el cual deberán proporcionar al momento de la atención.

LOS AFILIADOS que no puedan acudir a las citas previamente convenidas con el Odontólogo tratante o que no puedan hacerlo a la hora establecida, deberán notificarlo con al menos cuatro (04) horas de anticipación.

El AFILIADO está obligado a someterse a cualquier tipo de examen que le sea exigido por el Odontólogo para realizar los tratamientos cubiertos.

EL AFILIADO está obligado a entregar todas las facturas requeridas por SIGMA DENTAL SAC en caso de que proceda el reembolso de los gastos incurridos por la atención de la Emergencia Odontológica y a someterse a las evaluaciones necesarias solicitadas por SIGMA DENTAL SAC, para proceder al reembolso de “gastos razonables” a los cuales se hace referencia en el **ARTICULO 5** del presente PLAN.

En caso de requerir referencia a algún especialista, su odontólogo le proporcionará la información necesaria. El paciente no debe acudir al especialista sin referencia previa del odontólogo general que lleva su tratamiento.

ARTICULO 7.- EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD.

Tanto AMERINS como SIGMA DENTAL SAC se eximen en su responsabilidad en cuanto al diagnóstico y posterior tratamiento realizado a EL AFILIADO, así como por cualquier negligencia por parte del Odontólogo o Centro Odontológico, asumiendo estos su responsabilidad frente a EL AFILIADO.

Por cuanto los servicios profesionales que se brindan en virtud del presente PLAN están a cargo de Odontólogos egresados de universidades, quienes actúan en libre ejercicio de sus facultades y experiencia profesional. Es clara y perfectamente entendido que la responsabilidad contractual aquí asumida por SIGMA DENTAL SAC en ningún caso y bajo ninguna circunstancia se extiende a cubrir la responsabilidad profesional que les corresponde a los odontólogos en razón y con fundamento en el o los tratamientos que practiquen o hagan a LOS AFILIADOS.

EL AFILIADO TITULAR perderá el derecho de reembolso establecido en el **ARTICULO 5**, si no se hiciera la reclamación por reembolso correspondiente ante SIGMA DENTAL SAC en el lapso indicado en el **ARTÍCULO 8**, a menos que se demuestre que tal incumplimiento se deba a causa extraña no imputable a EL AFILIADO.

ARTICULO 8.- PLAZO PARA RECLAMACIONES

Cualquier reclamación, observación o queja con relación a los servicios prestados deberá ser realizada 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 dicho reclamo a SIGMA DENTAL SAC.