

**CONDICIONADO
PLAN DENTAL SILVER - AMERINS**

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

CONDICIONES GENERALES

DEFINICIONES

Programa de Asistencia Dental - Plan Dental Silver: Conjunto de servicios odontológicos ofrecidos y contratados por el AFILIADO y que serán ofrecidos a través de la Red de Prestadores de E-Dental Perú. El programa es anual, con pago mensual y renovación automática.

Urgencia Odontológica: Manejo de dolores agudos o inflamaciones a través de consulta para indicaciones y prescripción de medicamentos. Curaciones temporales en caso de fractura dental o de la obturación

Tratamientos Odontológicos cubiertos: Aquellos incluidos en forma expresa en el “Programa de Asistencia Dental - Plan Dental Silver” del AFILIADO y especificados en el ítem COBERTURA Y BENEFICIOS.

Tratamientos adicionales: Aquellos no incluidos ni cubiertos por el “Programa de Asistencia Dental - Plan Dental Silver” y respecto de los cuales los AFILIADOS cuentan con un descuento del 20% en la Red de Prestadores sin incluir trabajos de laboratorio y materiales cuando aplique.

Red de Prestadores: Proveedores de servicios odontológicos con los cuales E- Dental Perú ha establecido convenios para la prestación de servicios relacionados al “Programa de Asistencia Dental - Plan Dental Silver”.

AFILIADO Titular: Es la persona que contrata el programa de asistencia dental.

Afiliación Familiar: El titular podrá afiliar a cualquier persona sin importar el parentesco o la edad.

Fecha de Inicio: Fecha a partir de la cual los servicios que ofrece E- Dental Perú, estarán a disposición del AFILIADO.

COBERTURA Y BENEFICIOS

Los servicios odontológicos cubiertos por el Programa “ASISTENCIA DENTAL - PLAN DENTAL SILVER” contratado por el AFILIADO y pago a través de cuotas mensuales que se cargan en el medio de pago que indique al momento de la venta son los siguientes:

1. EMERGENCIA O URGENCIA ODONTOLÓGICA

Cubre las medidas terapéuticas destinadas a la atención y manejo de dolor intenso y/o de procesos inflamatorios agudos que afecten la cavidad oral tejidos duros y blandos de cavidad oral causados por agentes infecciosos, traumáticos o cáusticos y que justifiquen una atención inmediata. Estos eventos incluyen, examen clínico y diagnóstico de urgencia, alivio de dolor y medicación, radiografía periapical de la pieza afectada, exéresis pulpar (retiro del nervio), ferulización por luxación dentaria, retiro de cuerpo extraño, complicaciones post-exodoncia tratamiento por hemorragia o alveolitis, operculectomía (remoción de capuchones peri coronarios, drenaje absceso intra oral, extracción simple o compleja por urgencia (excepto terceras molares), colocación de cemento temporal (obturbación provisional). En los casos en que se presenten celulitis (proceso infeccioso que causa inflamación) o abscesos de origen dental que invadan espacios aponeuróticos (espacios virtuales entre nervios y músculos) solo se prescribirán medicamentos y se realizará la respectiva remisión si se requiere, para el manejo intrahospitalario de estos pacientes. Cuando la emergencia sea producto de un traumatismo o accidente se tendrá como finalidad solucionar la situación de emergencia con los tratamientos antes descritos, sin extenderse a cubrir los tratamientos posteriores requeridos a causa del accidente o traumatismo

2. EMERGENCIAS PROTÉSICAS

Cubre los procedimientos necesarios para reparar de manera temporal la fractura o desajuste de una prótesis dental fija o removible. Contempla acciones como, reparación de prótesis en consultorio, rebases y re- cementación de coronas o provisionales como medida de urgencia, siempre y cuando el procedimiento pueda realizarse en el consultorio. No se cubren reparaciones que requieran laboratorio.

3. RADIOLOGIA

Cubre radiografías periapicales o coronales (piezas sintomáticas) utilizadas como ayudas diagnósticas de los tratamientos a realizar e igualmente las radiografías periapicales de control necesarias durante la realización de procedimientos de endodoncia, cirugía oral o cualquier otro que sea objeto de cobertura. Las radiografías cubiertas serán las necesarias para el diagnóstico, la ejecución y control de los tratamientos dentales. Están excluidos juegos periapicales y radiografías panorámicas o cualquier otra radiografía diferente a las descrita en las coberturas

4. DIAGNÓSTICO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Contempla el examen clínico, diagnóstico y la entrega del plan integral de tratamiento realizado por profesional en odontología general o especialista adscrito a la red de prestadores E-dental Perú

Se incluyen procedimientos enfocados en prevenir las enfermedades orales y promover el auto cuidado de la salud oral. Incluye instrucción en higiene oral personalizada, (control de placa bacteriana, enseñanza técnica de cepillado y uso de seda dental), limpieza dental profesional adultos (detartraje o remoción de cálculos) cada 6 meses, profilaxis o limpieza placa blanda) cada 6 meses, limpieza dental profesional en niños (profilaxis) cada 6 meses y aplicación de flúor en gel como tratamiento preventivo en menores de 14 años. Cada 6 meses

5. RESTAURACIÓN

Cubre los procedimientos y medidas terapéuticas necesarias para la reparación de la anatomía y función de cualquier pieza dental afectada por caries, fracturas o desalajo de restauraciones previas. Está incluida la restauración en resina de fotocurado de una a cuatro superficies, restauración en resina Clase V o ionómero de vidrio para cuellos (lesiones cervicales). Se cubrirá la restauración siempre y cuando esté indicada y pueda garantizarse su correcta realización, dientes con pérdidas de tejido superiores al 50% pueden requerir otro manejo (incrustación o corona).

6. CIRUGIA ORAL

Cubre los procedimientos quirúrgicos necesarios para aliviar alteraciones producidas en los maxilares relacionadas con traumas, fracturas, procesos infecciosos o inflamatorios, defectos anatómicos en los que se requiere intervención quirúrgica para la recuperación de la salud oral. Las coberturas contemplan, exodoncia simple, exodoncia compleja, exodoncia profiláctica (por ortodoncia). Excluye todo procedimiento de cirugía en terceros molares incluidas y dientes retenidos. En ningún caso se cubrirá procedimientos bajo sedación, en caso de requerirlos estos serán por cuenta del paciente

8. ODONTOPEDIATRÍA

Cubre las prácticas para la promoción de la salud y las buenas prácticas de higiene oral en los niños. Contempla profilaxis (limpieza dental profesional), aplicación de flúor en gel, sellantes en menores de 12 años, exodoncia o extracción de diente temporal, cubre los tratamientos necesarios para manejo de caries, fracturas o desalajo de restauraciones en cuyo caso contempla obturaciones en resina y/o restauración en ionómero de vidrio. Está cubierta la pulpotomía que es un tratamiento para proteger el nervio de los dientes temporales. Excluye endodoncia del diente temporal (Pulpectomía).

9. BENEFICIO ADICIONAL

Para todo tratamiento no cubierto por la asistencia el cliente accede a un descuento del 20% sobre la tarifa promedio del mercado. Este descuento se denomina Tarifa Preferencial y solo aplica en la red de prestadores autorizada por E-DENTAL PERÚ.

Esta asistencia solo se refiere a servicios odontológicos que sean necesarios para la recuperación de la salud oral del paciente, debido a la presencia de patologías dentales activas, adecuadamente diagnosticadas por el profesional y sin incluir, acciones de carácter estético o profiláctico u otras prestaciones de fomento y control diferentes a las enunciadas.

Se deja constancia de que el número máximo de eventos por cada procedimiento al año, así como el monto de las coberturas por cada tratamiento se encuentran especificadas en el cuadro siguiente:

DETALLE DE TRATAMIENTOS	TIEMPO ESPERA (DIAS)	PLAN DENTAL SILVER
ATENCION URGENCIA		Por Urgencia
Examen Clínico y Diagnóstico de Urgencia	2	100%
Urgencias odontológicas (alivio de dolor, medicación)	2	100%
Exéresis pulpar (retiro de nervio)	2	100%
Ferulización por luxación dental	2	100%
Retiro de cuerpo extraño	2	100%
Drenaje absceso intraoral	2	100%
Sutura de tejidos bucales lacerados	2	100%
Tratamiento Alveolitis	2	100%
Operculectomía (remoción capuchones peri coronarios)	2	100%
Obturación provisional (cemento temporal)	2	100%
ATENCION EMERGENCIAS PROTESICAS		Por Urgencia
Rebase prótesis en consultorio	2	100%
Reparación prótesis en consultorio	2	100%
Re- cementación temporal coronas (urgencia)	2	100%
RADIOLOGIA		Ilimitado
Radiografías Periapicales (diente sintomático)	2	100%
Radiografías Bite Wing (diente sintomático)	2	100%
CONTROL Y PREVENCIÓN	30	Ilimitado
Examen clínico y plan de tratamiento	30	100%
Fisioterapia oral (instrucción higiene oral)	30	100%
		cada 6 meses
Limpieza dental (detartraje supragingival + profilaxis)	30	S/35
RESTAURACIÓN		Ilimitado
Obturación de resina: simple, compuesta o compleja (1 a 4 superficies)	30	S/35
CIRUGIA ORAL		Ilimitado
Exodoncia simple	30	100%
Exodoncia compleja (excluye tercer molar)	30	100%
Exodoncia simple de premolares por tratamiento de ortodoncia	30	100%
ODONTOPEDIATRIA		
Fase higiénica niños (Profilaxis)	30	100%
Aplicación Flúor en gel (menores de 14 años)	30	100%
Sellantes de fotocurado (menores de 12 años)	30	100%
Exodoncia diente temporal	30	100%
Resinas dientes temporales	30	100%
Restauración de ionómero en dientes temporales	30	100%
Pulpotomía	30	100%

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/32.90
TITULAR +1	S/62.80
TITULAR +2	S/92.70
TITULAR +3	S/122.60
TITULAR +4	S/152.50
ADICIONAL	S/29.90

PROCEDIMIENTO DE ATENCION

El AFILIADO que requiera los servicios profesionales odontológicos ofrecidos con base en lo establecido en este documento, podrán solicitarlos, atendiendo las siguientes condiciones:

- A) **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.
- B) **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.
- C) Cuando el AFILIADO requiera alguno de los tratamientos cubiertos por el Programa “ASISTENCIA DENTAL - PLAN DENTAL SILVER”, deberá llamar al call center de servicio de E- Dental Perú al (51)17096355 de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 8:00 p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., donde un ejecutivo lo referirá al Centro Odontológico o Consultorio que quede en un lugar conveniente para el AFILIADO según disponibilidad, ubicación y horario que elija entre las disponibilidades que se le ofrezcan.
- D) Tanto AMERINS como E-Dental Perú no serán responsables por tratamientos realizados en otros Centros Odontológicos o por otros Odontólogos diferentes a los de la Red de Prestadores.
- E) En caso de que el AFILIADO requiera referencia de algún especialista, el call center de servicio de e-Dental Perú le proporcionará la información necesaria. El AFILIADO no debe acudir al especialista sin referencia previa.

- F) Para emergencias nocturnas, durante fines de semana o días festivos, el AFILIADO deberá comunicarse al Call Center de servicio de e-Dental Perú donde serán guiados por un ejecutivo, quien se encargará de atenderlo y entregar toda la información que corresponda para referirlo al Centro Odontológico o Consultorio que se encuentre de guardia, donde recibirá la atención necesaria para el tratamiento de la urgencia odontológica.
- G) Reembolso en caso de Urgencia dental: cuando el cliente solicite al Administrador de la Red de Servicios Odontológicos una o varias atenciones de Emergencia o Urgencia y el Administrador de la Red le manifieste que por causas de fuerza mayor, en la zona geográfica y en el momento de la solicitud no hay disponibilidad de un Odontólogo, Consultorio, clínica, centro de salud oral o institución de salud y odontología autorizada por la Red de Servicios Odontológicos que pueda atender su Emergencia o Urgencia odontológica, E-dental le reembolsará al Titular de la asistencia el valor de los servicios odontológicos efectivamente recibidos y facturados hasta por la suma de **ciento cincuenta soles (s/150)** por vigencia. El Administrador de la Red de Servicios Odontológicos de la Compañía siempre indicará al Titular de la asistencia el valor del reembolso autorizado y le asignará un código o número de autorización que el Titular de la asistencia deberá presentar al momento de solicitar el respectivo reembolso. El valor del reembolso no excederá el valor del pago que haga el titular y que esté debidamente soportado por una factura legal emitida por el prestador del servicio. Como circunstancias de fuerza mayor se entiende:
- Cuando ocurran fallas en las redes externas de telecomunicaciones comprobables ante la empresa de teléfonos del lugar o cuando el Administrador de la Red de Servicios Odontológicos no cuente con red de clínicas en el lugar donde se encuentra el paciente que requiere la urgencia.

El valor señalado anteriormente será reconocido a la persona que previamente demuestre haber sufragado los gastos correspondientes, a través de la presentación ante la Compañía de los siguientes documentos en un plazo máximo de 15 días calendario posteriores al evento:

Facturas originales de los servicios pagados

Resumen de atención firmado por el profesional tratante en donde se describan los procedimientos de urgencia realizados.

- H) Para tener derecho a las Coberturas y Beneficios del programa, los clientes deberán identificarse al momento de la cita en los centros odontológicos de la Red en convenio con su DNI para validar su calidad de beneficiarios del programa.

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.

OBLIGACIONES DEL AFILIADO

- El AFILIADO TITULAR realizará el pago mensual; el precio mensual del presente contrato se pagará mediante cargo automático (PAT) en la Tarjeta de Crédito o Débito informada por el cliente. El atraso del pago determinará el término de contrato, por tanto, no estarán cubiertos los procedimientos.
- El AFILIADO debe seguir el procedimiento de atención indicado en este documento.
- El AFILIADO que no pueda acudir a las citas previamente convenidas con el Odontólogo tratante o que no puedan hacerlo a la hora establecida, deberá notificarlo con al menos 8 horas de anticipación.
- El AFILIADO está obligado a someterse a la evaluación que requiera el Odontólogo con la finalidad de realizar un adecuado diagnóstico y proceder a realizar los tratamientos cubiertos.
- El AFILIADO debe autorizar la consulta por parte de E- Dental Perú de su información médica, incluyendo exámenes de diagnóstico, firma de consentimientos informados (cuando aplique), y la toma de fotografías intraorales con fines administrativos y de auditoría.
- En caso de que el AFILIADO requiera referencia sobre alguna especialidad, deberá solicitarla al call center de servicio de e- Dental Perú quien le proporcionará la información necesaria. El TITULAR no debe acudir al especialista sin referencia previa.

EXCLUSIONES

El Programa “ASISTENCIA DENTAL – PLAN DENTAL SILVER” no cubre los gastos incurridos y los servicios originados directa ni indirectamente de procedimientos odontológicos no indicados en el punto “COBERTURA Y BENEFICIOS” del presente documento, entre los cuales a título enunciativo se encuentran los siguientes:

- A) Emergencias quirúrgicas mayores: Originadas por traumatismos severos que suponen fracturas maxilares o de la cara y de tejido blando, sustancia calcificada y dientes. Este resumen no cubre este tipo de emergencias, ya que se considera una emergencia médica, amparada por pólizas de accidentes personales y/o hospitalización y cirugía. El tratamiento es comúnmente quirúrgico y se realiza hospitalariamente, es decir no se hace en un consultorio odontológico.
- B) Anestesia general o sedación en niños y adultos.
- C) Trastornos de la ATM, desarmonías neura-musculares de la ATM, bruxismo y patologías asociadas.
- D) Enfermedad periodontal crónica y aguda en todas sus variantes y clasificaciones.
- E) Patologías asociadas a tratamientos a fracasos endodónticos (realizados por terceros) o no restaurados adecuadamente. Endodoncia técnica rotatoria no está contemplada
- F) Maloclusiones (Ortodoncia).
- G) Cirugía maxilofacial (remoción de quistes, granulomas, exodoncias de terceros molares erupcionados, semi-impactadas e impactadas, capuchones peri-coronarios, curetaje apical,

apiceptomía, escisión de torus (palatino o mandibular bilateral), frenectomía, fracturas Le Ford, cirugías ortognáticas, etc).

H) Implantes dentales de titanio u otros materiales.

I) Rehabilitaciones protésicas sobre implantes unitaria o múltiples.

J) Tratamientos de carácter estético en los que no está comprometida la función masticatoria y funcional en general.

K) No se cubrirá farmacia (antibióticos, analgésicos, antiinflamatorios, etc).

L) Radiografías panorámicas, estudios radiográficos, modelos de estudio, etc.

EXONERACION DE RESPONSABILIDAD

Por cuanto los servicios profesionales que se brindan en virtud del presente contrato están a cargo de un Centro Odontológico y de sus respectivos Odontólogos debidamente colegiados, quienes actúan en libre ejercicio de sus facultades y experiencia profesional, es clara y perfectamente entendido que la responsabilidad contractual aquí asumida por E- Dental Perú y AMERINS en ningún caso y bajo ninguna circunstancia se extiende a cubrir, directa ni indirectamente así como próxima o remotamente, 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.

Se exime de responsabilidad a E- Dental Perú y AMERINS en cuanto al diagnóstico y posterior tratamiento realizado al afiliado por el Centro Odontológico y sus respectivos Odontólogos, así como por cualquier negligencia por parte del Odontólogo o Centro Odontológico frente al afiliado.

CONSULTAS, QUEJAS Y RECLAMOS

AMERINS recibirá las consultas, quejas y reclamos de los afiliados, a través de su call center de servicio llamando al (51)17096355 de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 8:00 p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 5:00 pm, donde el AFILIADO será atendido de inmediato.

TÉRMINO DE LA COBERTURA

La cobertura del Programa de Asistencia Dental - Plan Dental Silver terminará al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

- A) La cancelación de la tarjeta del afiliado a la cual se le carga el monto del Programa de Asistencia Dental – Plan Dental Silver; o el incumplimiento del pago por parte del afiliado.
- B) Tanto AMERINS como E- Dental Perú podrán poner término al presente contrato de acuerdo a las causales y casos que autoriza la ley y circunstancias como el incumplimiento grave a las estipulaciones del presente contrato, notificando con este fin por escrito al cliente mediante carta certificada. En tal caso la terminación se producirá a los 10 días de despachada la carta. A partir de ese momento cesará automáticamente la obligación del cliente de pagar las cuotas y la de E- Dental Perú de cubrir prestaciones.



Mayores informaciones pueden ser obtenidas a través de nuestra línea de servicio al cliente (51)17096355.

E-DENTAL PERÚ S.A.C
AMERINS