

## **CONDICIONADO PARTICULAR**

### **SEGURO AD + DENTAL PLAN 2 – HEALTHATOM**

LAS PRESENTES CONDICIONES PARTICULARES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA DE SEGUROS JUNTO CON SUS CONDICIONES GENERALES DEPOSITADAS EN LA COMISIÓN PARA EL MERCADO FINANCIERO, SEGÚN EL CÓDIGO POL 320240020 PARA LAS COBERTURAS DE PRESTACIONES DENTALES, Y POL 320170243, LETRA A PARA LA COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL.

EL PRESENTE SEGURO SE COMERCIALIZARÁ DE MANERA PRESENCIAL DE FORMA DIRECTA Y LA SOLICITUD DE INCORPORACIÓN DEL ASEGURADO SE CONSIDERARÁ PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA, EN TANTO HAYA CONSTANCIA FEHACIENTE DE ELLA Y CUENTE CON LA FIRMA DEL ASEGURADO Y TODOS LOS DATOS EN ELLA SOLICITADOS.

#### **COMPAÑÍA ASEGURADORA**

CHUBB SEGUROS CHILE S.A.

RUT: 99.225.000-3

DIRECCIÓN: PRESIDENTE RIESCO N°5435 PISO 7, LAS CONDES

#### **CONTRATANTE**

HEALTHATOM COLLECTIONS SPA

RUT: 77.642.985-6

DIRECCIÓN: AV. APOQUINDO 5400 OF 1801, LAS CONDES

#### **AGENTE DE VENTA**

ENGENIS SPA.

RUT: 76.090.231-4

DIRECCIÓN: AV. APOQUINDO 5400 OF 1801, LAS CONDES

#### **COMISIONES**

- DE RECAUDACIÓN EN FAVOR DEL CONTRATANTE: 0% NETO + IVA POR CADA PRIMA RECAUDADA.
- DE VENTA EN FAVOR DEL AGENTE: 0% NETO + IVA POR CADA PRIMA RECAUDADA.

#### **ASEGURADOS**

##### **ASEGURADO TITULAR**

PERSONAS NATURALES QUE CUMPLAN CON LOS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD ESTABLECIDOS EN EL PRESENTE CONDICIONADO PARTICULAR.

##### **ASEGURADOS ADICIONALES**

PUEDEN INCORPORARSE COMO ASEGURADOS ADICIONALES AL CÓNYUGE, CONVIVIENTE CIVIL, PAREJA E HIJOS DEL ASEGURADO TITULAR (MÁXIMO DE 5 ASEGURADOS ADICIONALES), CUMPLIENDO CON LOS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD.

##### **AVISO DE APLICABILIDAD DE LAS NORMAS DE SANCIONES DE LOS EE. UU.**

CHUBB ES UNA SUBSIDIARIA DE UNA COMPAÑÍA ESTADOUNIDENSE. COMO RESULTADO, CHUBB ESTÁ SUJETO A CIERTAS LEYES Y REGULACIONES DE LOS EE. UU., ADEMÁS DE LAS RESTRICCIONES DE SANCIONES NACIONALES, DE LA UE Y DE LA ONU, QUE PUEDEN PROHIBIRLE PROPORCIONAR COBERTURA O PAGAR RECLAMACIONES DE SINIESTROS A CIERTAS PERSONAS O ENTIDADES O ASEGURAR CIERTOS TIPOS DE ACTIVIDADES RELACIONADAS CON CIERTOS PAÍSES COMO IRÁN, SIRIA, COREA DEL NORTE, REGIÓN DE CRIMEA Y CUBA.

**REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD**

ASEGURADO TITULAR, CÓNYUGE, CONVIVIENTE CIVIL O PAREJA:

- EDAD MÍNIMA DE INGRESO: 18 AÑOS.
- EDAD MÁXIMA DE INGRESO: 59 AÑOS Y 364 DÍAS.
- EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA: 64 AÑOS Y 364 DÍAS.

HIJOS:

- EDAD MÍNIMA DE INGRESO: 14 DÍAS.
- EDAD MÁXIMA DE INGRESO: 17 AÑOS Y 364 DÍAS.
- EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA: 24 AÑOS Y 364 DÍAS.

**BENEFICIARIO**

ASEGURADO TITULAR Y SU GRUPO FAMILIAR.

**DEFINICIONES – SEGURO DE GASTOS DENTALES Y MUERTE ACCIDENTAL**

- GASTOS DENTALES RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS:** EL MONTO QUE HABITUALMENTE SE COBRA POR PRESTACIONES ODONTOLÓGICAS DE CARÁCTER SIMILAR EN LA LOCALIDAD DONDE ÉSTAS SON EFECTUADAS; CONSIDERANDO, ADEMÁS, QUE SEAN LAS PRESTACIONES ODONTOLÓGICAS QUE ORDINARIAMENTE SE SUMINISTRAN PARA EL TRATAMIENTO DENTAL SEGÚN LA PATOLOGÍA PRESENTADA; LA CARACTERÍSTICA Y NIVEL DE LOS TRATAMIENTOS Y SERVICIOS OTORGADOS; Y LA EXPERIENCIA DE LAS PERSONAS ENCARGADAS DE LA ATENCIÓN. PARA ESTOS EFECTOS, SE TENDRÁ EN ESPECIAL CONSIDERACIÓN EL TIPO DE ATENCIÓN SUMINISTRADA Y EL VALOR REFERENCIAL DE ESTA, EL CUAL LA COMPAÑÍA PONDRÁ A DISPOSICIÓN DEL ASEGURADO, EN LA FORMA QUE SEÑALE ESTE CONDICIONADO PARTICULAR, DENOMINADO "ARANCEL DE REFERENCIA".
- ARANCEL DE REFERENCIA:** CORRESPONDE A UN ARANCEL REFERENCIAL DETERMINADO POR LA COMPAÑÍA ASEGURADORA PARA LAS DISTINTAS PRESTACIONES ODONTOLÓGICAS QUE TIENEN COBERTURA, MEDIANTE EL CUAL SE ESTABLECE UN VALOR MÁXIMO PARA DICHAS PRESTACIONES ODONTOLÓGICAS, EL CUAL LA COMPAÑÍA PONDRÁ A DISPOSICIÓN DEL ASEGURADO, EN LA FORMA QUE SEÑALE ESTE CONDICIONADO PARTICULAR.
- PRESTADOR ODONTOLÓGICO PREFERENTE:** CORRESPONDE A LOS ESTABLECIMIENTOS ODONTOLÓGICOS Y A LOS CIRUJANOS-DENTISTAS LOS CUALES LA COMPAÑÍA PONDRÁ A DISPOSICIÓN DEL ASEGURADO, EN LA FORMA QUE SEÑALE ESTE CONDICIONADO PARTICULAR, RESPECTO DE LOS CUALES OPERARÁN LAS COBERTURAS DE ESTA PÓLIZA.
- ACCIDENTE ODONTOLÓGICO:** TODO SUCESO IMPREVISTO, INVOLUNTARIO, REPENTINO Y FORTUITO, CAUSADO POR MEDIOS EXTERNOS QUE IMPACTEN DIRECTAMENTE DE FORMA BRUSCA O AGRESIVA, QUE AFECTE EL ORGANISMO DEL ASEGURADO OCASIONÁNDOLE UNA O MÁS LESIONES DE TIPO ODONTOLÓGICO, QUE SE MANIFIESTEN POR HERIDAS VISIBLES O CONTUSIONES INTERNAS, INCLUYÉNDOSE ESTADOS SEPTICÉMICOS E INFECCIONES QUE SEAN LA CONSECUENCIA DE HERIDAS EXTERNAS E INVOLUNTARIAS Y HAYAN PENETRADO POR ELLAS EN EL ORGANISMO O BIEN SE HAYAN DESARROLLADO POR EFECTO DE CONTUSIONES, REVELADOS POR LOS EXÁMENES DENTALES CORRESPONDIENTES.
- ENFERMEDAD ODONTOLÓGICA:** TODA ENFERMEDAD O ALTERACIÓN DE CARÁCTER ODONTOLÓGICO, QUE AFECTE AL DIENTE, ENCÍA, PERIODONTO Y HUESO ALVEOLAR, CUYO DIAGNÓSTICO Y CONFIRMACIÓN SEA EFECTUADO POR UN CIRUJANO DENTISTA LEGALMENTE RECONOCIDO. NO SE INCLUYEN LAS AFECCIONES DE TIPO ESQUELÉTICA Y MUSCULARES.

- f) **CIRUJANO - DENTISTA:** TODO PROFESIONAL HABILITADO Y AUTORIZADO LEGALMENTE PARA PRACTICAR LA ODONTOLOGÍA Y QUE ESTÁ CALIFICADA PARA EFECTUAR EL TRATAMIENTO REQUERIDO, SEGÚN EL ARTÍCULO 112 DEL CÓDIGO SANITARIO O LA DEFINICIÓN LEGAL QUE REEMPLACE DICHO PRECEPTO.
- g) **GASTO DENTAL:** CORRESPONDE AL COSTO DE LA PRESTACIÓN ODONTOLÓGICA RECIBIDA POR EL ASEGURADO, HASTA EL LÍMITE ESTABLECIDO EN EL "ARANCEL DE REFERENCIA", DESCONTANDO LAS SUMAS REEMBOLSADAS, FINANCIADAS O BONIFICADAS POR UNA INSTITUCIÓN DE SALUD PREVISIONAL, FONASA O SISTEMAS DE BIENESTAR, COMO ASIMISMO OTROS SISTEMAS O INSTITUCIONES AL CUAL PERTENEZCA EL ASEGURADO Y QUE LE OTORQUE BENEFICIOS SIMILARES A LAS COBERTURAS DESCRITAS EN ESTE CONDICIONADO PARTICULAR.
- h) **DEDUCIBLE:** CORRESPONDE AL MONTO DE LOS GASTOS DENTALES CUBIERTOS POR ESTE SEGURO QUE SERÁN SIEMPRE DE CARGO DEL ASEGURADO O CONTRATANTE, Y CUYO MONTO, FORMA Y PERÍODO DE ACUMULACIÓN SE ESTABLECE EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA, PUDIÉNDOSE ESTABLECER UN DEDUCIBLE POR ASEGURADO, GRUPO FAMILIAR, U OTRO GRUPO DE ASEGURADOS, ASÍ COMO TAMBIÉN PARA CADA UNA DE LAS COBERTURAS CONTRATADAS, PRESTACIONES O GRUPOS DE PRESTACIONES ODONTOLÓGICAS CUBIERTAS.
- i) **PERÍODO DE ACUMULACIÓN:** EL PERIODO DE TIEMPO QUE SE CONSIDERA PARA CONTABILIZAR EL MONTO MÁXIMO DEL DEDUCIBLE O DEL PAGO DIRECTO AL PRESTADOR ODONTOLÓGICO PREFERENTE, EL CUAL SE ENCUENTRA ESPECIFICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA, LO CUAL PODRÁ O NO ESTAR RESTRINGIDO A UNO O MÁS BENEFICIOS.
- j) **EXÁMENES REGULARES:** SE CONSIDERAN EN ESTA CATEGORÍA LOS SIGUIENTES:
  - i. EXÁMENES ORALES RUTINARIOS: ESTO IMPLICA UNA REVISIÓN VISUAL DE LA BOCA, LOS DIENTES, LAS ENCÍAS Y OTROS TEJIDOS BUCALES PARA DETECTAR CUALQUIER SIGNO DE PROBLEMAS DENTALES, ENFERMEDADES DE LAS ENCÍAS U OTROS TRASTORNOS.
  - ii. RADIOGRAFÍAS DENTALES: LAS RADIOGRAFÍAS SON HERRAMIENTAS IMPORTANTES PARA EVALUAR LA SALUD DENTAL. PUEDEN AYUDAR A IDENTIFICAR CARIES, INFECCIONES, PROBLEMAS EN LAS RAÍCES DE LOS DIENTES Y OTRAS AFECCIONES QUE NO SON VISIBLES A SIMPLE VISTA.
  - iii. EVALUACIÓN DE LA MORDIDA Y LA ALINEACIÓN DENTAL: SE PUEDE REALIZAR UN ANÁLISIS DE LA MORDIDA Y LA POSICIÓN DE LOS DIENTES PARA DETECTAR PROBLEMAS COMO MALOCLUSIONES O APIÑAMIENTO DENTAL.
- k) **URGENCIA DENTAL:** PARA EFECTOS DE ESTA PÓLIZA, SE DEFINE COMO LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA IMPREVISTA REQUERIDA ANTE UNA SITUACIÓN CLÍNICA DE APARICIÓN FORTUITA Y AGUDA, QUE GENERA DOLOR INTENSO RELACIONADO A UNA INFECCIÓN, SANGRADO Y/O COMPROMISO FUNCIONAL (CAPACIDAD DE COMER O HABLAR) Y QUE EXIGE ASISTENCIA PROFESIONAL INMEDIATA PARA ESTABILIZAR EL CUADRO CLÍNICO. LA COBERTURA BAJO ESTE CONCEPTO SE LIMITA EXCLUSIVAMENTE AL TRATAMIENTO DE LA FASE AGUDA DESTINADO A ELIMINAR EL DOLOR, DETENER LA HEMORRAGIA O CONTROLAR LA INFECCIÓN PRIMARIA. QUEDAN EXPRESAMENTE EXCLUIDOS DE LA COBERTURA DE URGENCIA, TODOS LOS TRATAMIENTOS DEFINITIVOS, RESTAURATIVOS O REHABILITADORES DERIVADOS DE DICHA ATENCIÓN INICIAL.
- l) **CARENCIA:** ES EL PERIODO DE TIEMPO DESDE EL INICIO DE VIGENCIA DE LA COBERTURA, DURANTE EL CUAL EL ASEGURADO NO TIENE DERECHO ALGUNO A INDEMNIZACIÓN. 90 DÍAS PARA LA PRESENTE PÓLIZA, EXCEPTO PARA PROTESIS REMOVIBLES, FIJAS E IMPLANTES LAS CUALES TIENEN UN PERIODO DE CARENCIA DE 180 DÍAS. BLANQUEAMIENTO MANTIENE UNA CARENCIA DE 365 DÍAS. LA COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL NO CONTEMPLA CARENCIA.

- m) **ENFERMEDAD:** TODA ALTERACIÓN DE LA SALUD CUYO DIAGNÓSTICO Y CONFIRMACIÓN SEA EFECTUADO POR UN MÉDICO LEGALMENTE RECONOCIDO. TODAS LAS ENFERMEDADES QUE EXISTAN SIMULTÁNEAMENTE, DEBIDAS A LA MISMA CAUSA O A OTRA RELACIONADAS ENTRE SÍ, SERÁN CONSIDERADAS COMO UNA MISMA ENFERMEDAD.
- n) **ACCIDENTE:** PARA LOS EFECTOS DE ESTE SEGURO SE ENTIENDE POR ACCIDENTE, TODO SUCESO IMPREVISTO, INVOLUNTARIO, REPENTINO Y FORTUITO, CAUSADO POR MEDIOS EXTERNOS, QUE AFECTE EL ORGANISMO DEL ASEGURADO PROVOCÁNDOLE LESIONES, QUE SE MANIFIESTEN POR HERIDAS VISIBLES O CONTUSIONES INTERNAS, INCLUYÉNDOSE ASIMISMO EL AHOGAMIENTO Y LA ASFIXIA, TORCEDURA Y DESGARRAMIENTOS PRODUCIDOS POR ESFUERZOS REPENTINOS, COMO TAMBIÉN ESTADOS SEPTICÉMICOS E INFECCIONES QUE SEAN LA CONSECUENCIA DE HERIDAS EXTERNAS E INVOLUNTARIAS Y HAYAN PENETRADO POR ELLAS AL ORGANISMO O BIEN SE HAYAN DESARROLLADO POR EFECTO DE CONTUSIONES.
- o) **ENFERMEDAD PREEXISTENTE:** CUALQUIER LESIÓN, ENFERMEDAD O DOLENCIA QUE AFECTE AL ASEGURADO, CONOCIDA O DIAGNOSTICADA CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE CONTRATACIÓN DE LA PÓLIZA, SEGÚN CORRESPONDA.
- p) **COPAGO:** MONTO O PORCENTAJE DEL VALOR DE UNA ATENCIÓN MÉDICA, EXÁMEN O TRATAMIENTO QUE DEBE PAGAR EL ASEGURADO, UNA VEZ DESCONTADA LA COBERTURA ENTREGADA POR SU SEGURO DE SALUD.

#### MATERIA ASEGURADA

PERSONAS NATURALES, USUARIOS QUE CONTRATARON LOS SERVICIOS DE LA CLINICA MENCIONADA EN EL CERTIFICADO DE COBERTURA PERTENECIENTE A LA RED HEALTHATOM, QUE CONTRATEN EL PRESENTE SEGURO Y QUE SE PUEDAN VER AFECTADOS POR LOS RIESGOS CUBIERTOS POR ESTA PÓLIZA.

#### DEDUCIBLE

EL DEDUCIBLE APLICABLE ES DE UF 0,5 POR ASEGURADO Y POR AÑO DE VIGENCIA INDIVIDUAL DE LA PÓLIZA. UNA VEZ APLICADOS LOS PORCENTAJES ESTABLECIDOS, SE APLICA EL DEDUCIBLE A LA SUMA DE LOS MONTOS INDEMNIZABLES.

#### RESUMEN DE COBERTURAS

| COBERTURAS        | ACTIVACIÓN DE COBERTURAS                                                                                                                                                                                                                                                                   | POL                    | LÍMITE DE COBERTURA                                        |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------------------------------------------|
| GASTOS DENTALES   | PARA URGENCIAS DESDE LAS 24 HORAS DESDE EL INICIO DE VIGENCIA Y OTRAS PRESTACIONES DESDE EL DÍA 91 DESDE EL INICIO DE VIGENCIA. PROTESIS REMOVIBLES, FIJAS E IMPLANTES SE ACTIVA DESDE EL DÍA 181 DESDE EL INICIO DE VIGENCIA. PARA BLANQUEAMIENTO DESDE EL DÍA 366 DE INICIO DE VIGENCIA. | POL 320240020          | LÍMITE ÚNICO Y COMBINADO DE HASTA UF 40 POR CADA ASEGURADO |
| MUERTE ACCIDENTAL | DURANTE LOS 3 PRIMEROS MESES                                                                                                                                                                                                                                                               | POL 320170243, LETRA A | UF 200                                                     |

**NOTA:** LAS UF 40 CONSTITUYEN EL TOPE ANUAL POR ASEGURADO. ES IMPORTANTE DESTACAR QUE UNA VEZ UTILIZADAS LAS UF 40 EN UN AÑO DE VIGENCIA, EL ASEGURADO QUEDARÍA SIN COBERTURA EN LA PÓLIZA HASTA EL PERÍODO DE RENOVACIÓN SIGUIENTE.

**COBERTURAS****GASTOS DENTALES (POL 320240020)**

LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PAGARÁ DIRECTAMENTE AL PRESTADOR ODONTOLÓGICO PREFERENTE, LOS GASTOS DENTALES RAZONABLES, ACOSTUMBRADOS E INCURRIDOS POR EL ASEGURADO A CONSECUENCIA ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE DE LAS PRESTACIONES ODONTOLÓGICAS QUE SE DETALLAN EN LAS PRESENTES CONDICIONES PARTICULARES, SIEMPRE QUE LA PÓLIZA SE ENCUENTRE VIGENTE.

LAS COBERTURAS ASOCIADAS A ESTE SEGURO SE APLICARÁN SOLO EN CASO DE ENFERMEDAD O ACCIDENTE ODONTOLÓGICO, CON LA EXCEPCIÓN DE LAS PRESTACIONES QUE NO TENGAN ESTE ORIGEN Y SE INDIQUEN CUBIERTAS EN EL ANEXO 3 DE ESTE CONDICIONADO PARTICULAR. ADEMÁS, ES NECESARIO QUE LAS PRESTACIONES HAYAN SIDO OTORGADAS Y PRESCRITAS POR UN CIRUJANO-DENTISTA PREFERENTE, DE ACUERDO CON LOS PORCENTAJES Y LÍMITES ESTABLECIDOS EN EL PLAN DE COBERTURAS CONTRATADO, SEGÚN EL ARANCEL DE REFERENCIA DENTAL. LAS PRESTACIONES QUE NO ESTÉN INCORPORADAS EN EL ARANCEL DE REFERENCIA NO TENDRÁN COBERTURA POR PARTE DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA.

LA COMPAÑÍA ASEGURADORA O EL PROVEEDOR DEL SERVICIO DENTAL PODRÁ ESTABLECER EL ÁMBITO TEMPORAL Y TERRITORIAL DE LA COBERTURA SIN QUE ELLO AFECTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA MEDIANTE ESTE CONDICIONADO PARTICULAR. ES DECIR, PODRÁ DEFINIR HORARIOS, DÍAS Y ZONAS GEOGRÁFICAS ESPECÍFICAS EN LAS QUE OTORGARÁ LA COBERTURA, ASÍ COMO AQUELLAS EN LAS QUE NO OPERARÁ ESTA COBERTURA. LA COBERTURA DEL SEGURO SOLO SE OTORGARÁ EN TERRITORIO CHILENO.

SE CONSIDERARÁ, PARA EFECTOS DEL PAGO AL PRESTADOR ODONTOLÓGICO PREFERENTE QUE EMITA LA COMPAÑÍA, EL 100% DEL VALOR DE ACUERDO CON EL ARANCEL DE REFERENCIA DENTAL, MONTO SOBRE EL CUAL SE APLICARÁN LOS PORCENTAJES DE PRESTACIÓN, DEDUCIBLE Y TOPES DEFINIDOS EN ESTAS CONDICIONES PARTICULARES.

EN CASO DE QUE EL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD ESPECÍFICAMENTE DESIGNADO PARA LA COBERTURA DE LA PRESENTE PÓLIZA SUSPENDA TOTAL O PARCIALMENTE SUS OPERACIONES, SE GARANTIZARÁ LA CONTINUIDAD DE COBERTURA DE LAS PRESTACIONES ASEGURADAS.

EN TALES SUPUESTOS, EL ASEGURADO Y SUS BENEFICIARIOS PODRÁN ACCEDER A LAS COBERTURAS OTORGADAS POR ESTA PÓLIZA A TRAVÉS DE CUALQUIERA DE LOS PRESTADORES DE SALUD DENTAL QUE INTEGREN LA RED VIGENTE DE LA COMPAÑÍA, MANTENIÉNDOSE INALTERADAS LAS CONDICIONES, COBERTURAS, LÍMITES, EXCLUSIONES Y BENEFICIOS ORIGINALMENTE PACTADOS. ESTA SUSTITUCIÓN NO IMPLICARÁ COSTOS ADICIONALES, APLICACIÓN DE NUEVOS DEDUCIBLES NI IMPOSICIÓN DE PERÍODOS DE CARENIA.

LA COMPAÑÍA DISPONDRÁ DE UN PLAZO MÁXIMO DE TREINTA (30) DÍAS HÁBILES CONTADOS DESDE LA OCURRENCIA DEL HECHO QUE ORIGINE EL REEMPLAZO DEL PRESTADOR PARA GARANTIZAR EL ACCESO EFECTIVO A UN NUEVO PRESTADOR HABILITADO DENTRO DE LA RED.

SI, DEBIDO A RAZONES DE ÍNDOLE GEOGRÁFICA O DE DISPONIBILIDAD, NO EXISTIERE EN LA RED DE LA COMPAÑÍA OTRO PRESTADOR HABILITADO EN LA ZONA DE RESIDENCIA HABITUAL DEL ASEGURADO, ÉSTE PODRÁ, CON PREVIA AUTORIZACIÓN ESCRITA DE LA COMPAÑÍA, RECIBIR ATENCIÓN EN UN PRESTADOR EXTERNO, CASO EN EL CUAL LA COMPAÑÍA REEMBOLSARÁ AL ASEGURADO LOS GASTOS INCURRIDOS, HASTA EL MONTO QUE HABRÍA CORRESPONDIDO CUBRIR EN UN PRESTADOR DE SU RED.

LA COMPAÑÍA INFORMARÁ OPORTUNAMENTE AL ASEGURADO RESPECTO DEL CAMBIO DE PRESTADOR Y DE LOS PROCEDIMIENTOS NECESARIOS PARA ACCEDER A LAS PRESTACIONES CONTINUADAS BAJO ESTA PÓLIZA

EL PRESTADOR DENTAL Y SU FUNCIONAMIENTO ESTARÁ DETALLADO EN EL CERTIFICADO DE COBERTURA.

**DETALLE DE PRESTACIONES CONTENIDAS EN LA COBERTURA DE GASTOS DENTALES:**

| ESPECIALIDAD         | % DE COBERTURA | % DE COPAGO |
|----------------------|----------------|-------------|
| URGENCIA             | 70%            | 30%         |
| ACCIONES GENERALES   |                |             |
| ODONTOPEDIATRÍA      |                |             |
| OPERATORIA           |                |             |
| PERIODONCIA          |                |             |
| RADIOLOGIA           |                |             |
| CIRUGIA MAXILOFACIAL |                |             |
| ENDODONCIA           |                |             |
| IMPLANTOLOGIA        |                |             |
| PROTESIS FIJA        |                |             |
| PROTESIS REMOVIBLE   |                |             |

1. **ATENCIÓN URGENCIA PRIORITARIA:** TIPO DE ATENCIÓN DENTAL QUE SE CONSIDERA URGENTE Y QUE REQUIERE ATENCIÓN INMEDIATA. ESTO PUEDE INCLUIR SITUACIONES ODONTOLÓGICAS COMO: FUERTE DOLOR, INFECCIÓN AGUDA, FRACTURA, SANGRADO O CUALQUIER OTRO PROBLEMA QUE CAUSE UN DOLOR INTENSO O AFECTE LA CAPACIDAD DE COMER O HABLAR ADECUADAMENTE. ES IMPORTANTE PARA ABORDAR EL PROBLEMA DE MANERA RÁPIDA Y EVITAR COMPLICACIONES ADICIONALES. PARA REVISAR TODAS LAS PRESTACIONES DIRÍJASE AL ANEXO 3, LETRA A.
2. **ACCIONES GENERALES:** PARA EFECTOS DE ESTA PÓLIZA LAS ACCIONES GENERALES CONSIDERARÍAN LAS SIGUIENTES PRESTACIONES;
  - i. PROVISIÓN DE EXÁMENES REGULARES PARA EVALUAR EL ESTADO DENTAL DE LOS ASEGURADOS.
  - ii. PROPORCIONAR UN PLAN DE TRATAMIENTO DETALLADO JUNTO CON UN PRESUPUESTO ESTIMADO PARA CUALQUIER PROCEDIMIENTO NECESARIO.
  - iii. APLICACIÓN DE FLUORURO PARA FORTALECER EL ESMALTE DENTAL Y PREVENIR LA FORMACIÓN DE CARIES. ESTAS PRESTACIONES AYUDARÁN A MANTENER UNA BUENA SALUD BUCAL Y PREVENIR PROBLEMAS DENTALES A LARGO PLAZO.
  - iv. LIMPIEZA DENTAL: PROCEDIMIENTO DENTAL REALIZADO POR UN DENTISTA PARA REMOVER LA PLACA BACTERIANA Y EL SARRO QUE SE ACUMULA EN LOS DIENTES Y ENCÍAS. ES NECESARIA PARA ELIMINAR LA ACUMULACIÓN DE PLACA Y SARRO QUE NO SE PUEDE ELIMINAR FÁCILMENTE CON LA HIGIENE ORAL DIARIA.

PARA REVISAR TODAS LAS PRESTACIONES ASOCIADAS A ESTA ESPECIALIDAD DIRÍJASE AL ANEXO 3, LETRA B.
3. **ODONTOPEDIATRÍA:** ES UNA ESPECIALIDAD DE LA ODONTOLOGÍA QUE SE CENTRA EN EL CUIDADO ORAL DE LOS NIÑOS DESDE SU INFANCIA HASTA LOS 14 AÑOS Y 364 DÍAS. EL OBJETIVO PRINCIPAL DE LA ODONTOPEDIATRÍA ES PROPORCIONAR UNA ATENCIÓN DENTAL ESPECIALIZADA Y ADECUADA A LOS MENORES, CON EL FIN DE MANTENER UNA BUENA SALUD BUCAL Y PREVENIR POSIBLES PROBLEMAS DENTALES A LARGO PLAZO. PARA REVISAR TODAS LAS PRESTACIONES ASOCIADAS A ESTA ESPECIALIDAD DIRÍJASE AL ANEXO 3, LETRA C.

4. **OPERATORIA DENTAL:** SE ENFOCA EN EL DIAGNÓSTICO, PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES Y AFECCIONES DE LOS DIENTES. SU OBJETIVO PRINCIPAL ES RESTAURAR LA FUNCIÓN UTILIZANDO DIFERENTES TÉCNICAS Y MATERIALES. LA OPERATORIA DENTAL INCLUYE PROCEDIMIENTOS COMO OBTURACIONES DENTALES PARA TRATAR LAS CARIES, PARA MEJORAR EL ASPECTO DE LOS DIENTES INVOLUCRA TRATAMIENTOS DE BLANQUEAMIENTO DENTAL Y REPARACIÓN DE FRACTURAS DENTALES. PARA REVISAR TODAS LAS PRESTACIONES ASOCIADAS A ESTA ESPECIALIDAD DIRÍJASE AL ANEXO 3, LETRA D.

5. **PERIODONCIA:** DIAGNÓSTICO, PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES, QUE AFECTAN LOS TEJIDOS QUE SOPORTAN LOS DIENTES COMO: ENCÍAS, HUESO ALVEOLAR Y LIGAMENTOS PERIODONTALES. EL OBJETIVO PRINCIPAL DE LA PERIODONCIA ES MANTENER LA SALUD DE LOS TEJIDOS DE SOPORTE, PREVENIR LA PROGRESIÓN DE LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES Y TRATAR LAS CONDICIONES EXISTENTES PARA RESTAURAR LA FUNCIÓN Y ESTABILIDAD DE LOS DIENTES.

EJ: LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES MÁS COMUNES SON LA GINGIVITIS, QUE ES UNA INFLAMACIÓN REVERSIBLE DE LAS ENCÍAS, Y LA PERIODONTITIS, UNA AFECCIÓN QUE PUEDE LLEVAR A LA PÉRDIDA DE DIENTES SI NO SE TRATA ADECUADAMENTE. PARA REVISAR TODAS LAS PRESTACIONES ASOCIADAS A ESTA ESPECIALIDAD DIRÍJASE AL ANEXO 3, LETRA E.

6. **RADIOLOGÍA:** TÉCNICAS DE IMAGEN PARA EXAMINAR Y DIAGNOSTICAR PROBLEMAS RELACIONADOS CON LOS DIENTES, LOS HUESOS Y LOS TEJIDOS BLANDOS DE LA BOCA. ESTAS TÉCNICAS INCLUYEN RADIOGRAFÍAS DIGITALES, TOMOGRAFÍAS COMPUTARIZADAS (TC) Y ESCÁNERES INTRAORALES. PARA REVISAR TODAS LAS PRESTACIONES ASOCIADAS A ESTA ESPECIALIDAD DIRÍJASE AL ANEXO 3, LETRA F.

7. **CIRUGÍA DENTAL MAXILOFACIAL (SIMPLE O COMPLEJA):** LA CIRUGÍA DENTAL SIMPLE HACE REFERENCIA A LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DENTALES DE MENOR COMPLEJIDAD QUE SE REALIZAN EN LA CONSULTA DEL DENTISTA. ESTOS PROCEDIMIENTOS PUEDEN INCLUIR EXTRACCIÓN DE DIENTES TEMPORALES (DE LECHE), EXTRACCIÓN DE DIENTES PERMANENTES CON UNA ERUPCIÓN PARCIAL O TOTAL.

POR OTRO LADO, LA CIRUGÍA DENTAL COMPLEJA ES UN PROCEDIMIENTO MÁS COMPLEJO QUE INCLUYE PROCEDIMIENTOS COMO LA EXTRACCIÓN DE DIENTES IMPACTADOS, EXTRACCIÓN DE TERCEROS MOLARES (MUELAS DEL JUICIO), INJERTOS ÓSEOS, QUE NO SON REALIZADOS A NIVEL HOSPITALARIO. TANTO LA CIRUGÍA DENTAL SIMPLE COMO LA COMPLEJA REQUIEREN EL USO DE ANESTESIA LOCAL Y SON REALIZADAS EN LA CONSULTA ODONTOLÓGICA Y NO EN CENTROS HOSPITALARIOS. LA DECISIÓN SOBRE QUÉ TIPO DE CIRUGÍA DENTAL SE NECESITA SE BASA EN LA EVALUACIÓN CLÍNICA Y RADIOGRÁFICA REALIZADA POR EL DENTISTA. PARA REVISAR TODAS LAS PRESTACIONES ASOCIADAS A ESTA ESPECIALIDAD DIRÍJASE AL ANEXO 3, LETRA G.

8. **ENDODONCIA:** DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES QUE AFECTAN EL TEJIDO PULPAR DE LOS DIENTES, COMÚNMENTE CONOCIDO COMO EL "NERVIO DEL DIENTE". EL OBJETIVO PRINCIPAL DE LA ENDODONCIA ES SALVAR LOS DIENTES NATURALMENTE CUANDO HAN SIDO COMPROMETIDOS POR LESIONES, INFECCIONES O CARIES PROFUNDAS QUE HAN LLEGADO A AFECTAR LA PULPA DENTAL. PARA REVISAR TODAS LAS PRESTACIONES ASOCIADAS A ESTA ESPECIALIDAD DIRÍJASE AL ANEXO 3, LETRA H.

9. **IMPLANTES DENTALES:** INCLUYE EL TRATAMIENTO DE IMPLANTES DENTARIOS Y LOS PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS Y DE LABORATORIO PARA SU INDICACIÓN, EJECUCIÓN Y REHABILITACIÓN, INDICADOS EN EL ARANCEL DE REFERENCIA.

- 10. PROTESIS FIJA UNITARIA:** INCLUYE EL TRATAMIENTO PARA REPARAR UNA O MÁS PIEZAS DENTARIAS, USANDO LAS PIEZAS REMANENTES NATURALES COMO INSERCIÓN. ESTÁN INCLUIDOS LAS CORONAS Y LOS MÉTODOS PARA OBTENER ANCLAJE COMO TAMBIÉN LOS PROCEDIMIENTOS QUE INVOLUCREN EL USO DE MÉTODO INDIRECTO CONVENCIONAL Y EL USO DE LABORATORIO PARA LAS RESTAURACIONES MENCIONADAS ANTERIORMENTE. ESTÁN EXCLUIDAS LAS REHABILITACIONES SOBRE IMPLANTES, LAS PRÓTESIS FIJAS PLURALES, Y SUS COSTOS DE INSUMOS Y LABORATORIO.
- 11. PROTESIS FIJA PLURAL:** INCLUYE EL TRATAMIENTO PARA REPARAR UNA O MÁS PIEZAS DENTARIAS O REPONER PIEZAS AUSENTES, CUANDO EL ASEGURADO HA SUFRIDO EL DAÑO EN LA PIEZA DENTARIA QUE DA LUGAR A LA REPARACIÓN, O BIEN HA SUFRIDO LA PÉRDIDA DE LA PIEZA DURANTE LA COBERTURA DE ESTA PÓLIZA, USANDO LAS PIEZAS REMANENTES NATURALES COMO INSERCIÓN. ESTÁN INCLUIDOS LAS CORONAS, PUENTES Y LOS MÉTODOS PARA OBTENER ANCLAJE, COMO TAMBIÉN LOS PROCEDIMIENTOS QUE INVOLUCREN EL USO DE MÉTODO INDIRECTO CONVENCIONAL Y EL USO DE LABORATORIO PARA LAS RESTAURACIONES MENCIONADAS ANTERIORMENTE. ESTÁN EXCLUIDAS LAS REHABILITACIONES SOBRE IMPLANTES Y SUS COSTOS DE INSUMOS Y LABORATORIO.
- 12. PROTESIS REMOVIBLES:** INCLUYE EL TRATAMIENTO PARA REPONER PARCIAL O TOTALMENTE LA DENTADURA PERDIDA MEDIANTE PRÓTESIS REMOVIBLES SOPORTADAS EN MUCOSA O DIENTES NATURALES. ESTÁN INCLUIDAS LAS PRÓTESIS REMOVIBLES PARCIALES O TOTALES. ESTÁN EXCLUIDAS LAS REHABILITACIONES SOBRE IMPLANTES Y SUS COSTOS DE INSUMOS Y LABORATORIO.

#### **MUERTE ACCIDENTAL (POL 320170243, ALTERNATIVA A)**

EN VIRTUD DE ESTA COBERTURA, EL ASEGURADOR PAGARÁ A LOS BENEFICIARIOS EL MONTO DE UF 200, INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE RECIBIDAS Y APROBADAS LAS PRUEBAS EN CUANTO A QUE EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO TITULAR SE PRODUJO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA COBERTURA, COMO CONSECUENCIA DIRECTA E INMEDIATA DE UN ACCIDENTE.

SE ENTENDERÁ COMO FALLECIMIENTO INMEDIATO AQUEL QUE OCURRA A MÁS TARDAR DENTRO DE LOS TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO (365) DÍAS SIGUIENTES DE OCURRIDO EL ACCIDENTE.

LA DURACIÓN DE ESTA COBERTURA ES DE 3 MESES DESDE EL INICIO DE LA CONTRATACIÓN DEL SEGURO, LA QUE TERMINARÁ UNA VEZ FINALIZADO EL PERÍODO DE CARENIA EN LA COBERTURA DENTAL.

#### **EXCLUSIONES**

##### **EXCLUSIONES COBERTURA DE GASTOS DENTALES (POL 320240020)**

ESTA PÓLIZA NO PAGARÁ DIRECTAMENTE AL PRESTADOR ODONTOLÓGICO PREFERENTE, NI REEMBOLSARÁ AL ASEGURADO LOS GASTOS DENTALES, CUANDO ELLOS PROVENGAN O SE ORIGINEN POR:

- A. LESIONES AUTO INFERIDAS, ATENTADOS CONTRA SU PROPIA VIDA, AUTOMUTILACIÓN O AUTOLESIÓN.
- B. PROCEDIMIENTOS DENTALES REALIZADOS POR PERSONAS O CIRUJANOS-DENTISTAS NO HABILITADOS NI AUTORIZADOS LEGALMENTE PARA PRACTICAR LA ODONTOLOGÍA HUMANA.
- C. GASTOS DENTALES QUE NO ESTÉN EXPRESAMENTE INDICADOS EN EL CUADRO DE BENEFICIOS DETALLADOS EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA.
- D. CUALQUIER GASTO POR CONCEPTO DE UN TRATAMIENTO DENTAL CUYA FINALIDAD SEA DE EMBELLECIMIENTO, ESTÉTICA O PARA CORREGIR MALFORMACIONES PRODUCIDAS POR ENFERMEDADES O ACCIDENTES ANTERIORES A LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA COBERTURA DEL ASEGURADO.
- E. CUALQUIER GASTO DENTAL POR CONCEPTO DE UNA PRESTACIÓN Y/O ATENCIÓN QUE SE HAYA INICIADO CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA COBERTURA DEL ASEGURADO O, CON POSTERIORIDAD A LA FECHA DE TÉRMINO DE DICHA VIGENCIA.
- F. CUALQUIER GASTO DENTAL POR CONCEPTO DE UN REEMPLAZO DE DENTADURA NATURAL, EXCEPTO EN EL CASO EN QUE TALES DENTADURAS SEAN NECESARIAS PARA REEMPLAZAR PIEZAS DENTALES EXTRAÍDAS MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE AMPARADO POR ESTA COBERTURA.

G. CUALQUIER GASTO DENTAL POR CONCEPTO DE AQUELLAS PRESTACIONES ODONTOLÓGICAS QUE TENGAN LUGAR A CONSECUENCIA DE LA OCUPACIÓN DEL ASEGURADO, CUBIERTA POR LA LEGISLACIÓN DE ACCIDENTES DEL TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES.

H. ESTE SEGURO NO OTORGA COBERTURA EN AQUELLOS CASOS EN QUE EL TOMADOR, ASEGURADO, BENEFICIARIO O AFIANZADO, O SUS EMPLEADOS O PERSONAS RELACIONADAS, TENGA ALGUNA RELACIÓN O SE ENCUENTRE INCLUIDO EN ACTIVIDADES RELACIONADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON ACTIVIDADES TERRORISTAS, LAVADO DE ACTIVOS O DE SIMILAR NATURALEZA, INCLUYENDO, PERO SIN ESTAR LIMITADAS, A LAS LISTAS O SANCIONES DISPUESTAS POR LA OFICINA DE CONTROL DE ACTIVOS EXTRANJEROS (OFAC, SEGÚN SUS SIGLAS EN INGLÉS) DEL DEPARTAMENTO DEL TESORO DE LOS EEUU. SE EXCLUYEN DE COBERTURA, EXPRESAMENTE, AQUELLOS SINIESTROS Y TODA Y CUALQUIER PÉRDIDA RELACIONADA DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON OPERACIONES, NEGOCIOS, CONTRATOS O VÍNCULOS DE CUALQUIER NATURALEZA CON PAÍSES O PERSONAS INCLUIDAS EN DICHAS LISTAS, O CUYO PAGO DEBA SER EFECTUADO A PERSONAS O PAÍSES DESIGNADOS (SPECIALLY DESIGNATED NATIONALS LIST, SDN). EN DEFINITIVA, ESTE SEGURO NO SE APLICA EN LA MEDIDA EN QUE LAS SANCIONES ECONÓMICAS O COMERCIALES U OTRAS LEYES O REGULACIONES PROHÍBAN A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PROPORCIONAR EL SEGURO, INCLUIDO, ENTRE OTROS, EL PAGO DE RECLAMACIONES.

**SIN PERJUICIO DE LO ANTERIOR, A PESAR DE QUE LAS COBERTURAS DE TRATAMIENTO DENTAL POR EMBELLECIMIENTO O ESTETICOS SE ENCUENTRAN EXCLUIDOS EN LA LETRA D) DEL APARTADO EXCLUSIONES, SE CUBRIRÁ EL BLANQUEAMIENTO DENTAL SOLO UNA VEZ TRANSCURRIDOS 365 DÍAS DE VIGENCIA ININTERRUMPIDA POR PARTE DEL ASEGURADO EN LA PÓLIZA.**

**EXCLUSIONES COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL (POL 320170243, ALTERNATIVA A)**

RIGEN EXCLUSIONES DEL ARTÍCULO 3º DEL POL320170243 Y QUE SE RESUMEN A CONTINUACIÓN:

- 1) EFECTOS DE GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL, DECLARADA O NO DECLARADA, INVASIÓN, ACCIÓN DE UN ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES U OPERACIONES BÉLICAS, YA SEA CON O SIN DECLARACIÓN DE GUERRA.
- 2) ACTOS CALIFICADOS COMO DELITO COMETIDOS, EN CALIDAD DE AUTOR O CÓMPLICE, POR EL ASEGURADO, POR UN BENEFICIARIO O POR QUIEN PUDIERE RECLAMAR EL MONTO ASEGURADO O LA INDEMNIZACIÓN; ASÍ COMO TAMBIÉN LA PARTICIPACIÓN ACTIVA DEL ASEGURADO EN ACTOS DE REBELIÓN, REVOLUCIÓN, SUBLEVACIÓN, ASONADAS, MOTÍN, CONMOCIÓN CIVIL, SUBVERSIÓN Y TERRORISMO
- 3) SUICIDIO, INTENTO DE SUICIDIO, INTOXICACIONES O HERIDAS CAUSADAS A SÍ MISMO, YA SEA ESTANDO EN SU PLENO JUICIO O ENAJENADO MENTALMENTE.
- 4) PRESTACIÓN DE SERVICIOS DEL ASEGURADO EN LAS FUERZAS ARMADAS O FUNCIONES POLICIALES DE CUALQUIER TIPO.
- 5) PARTICIPACIÓN EN LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES O DEPORTES: PASAJERO EN AVIACIÓN PRIVADA, PARACAIDISMO, ALAS DELTA, PARAPENTE, BUNJEE JUMPING, ALPINISMO, ESCALADA, MOTOCICLISMO, ARTES MARCIALES, BOXEO, LUCHA, RODEO, RUGBY, EQUITACIÓN, POLO, Y AQUELLAS OTRAS QUE SE EXCLUYAN EXPRESAMENTE EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA.
- 6) ENCONTRARSE EL ASEGURADO EN ESTADO DE EBriedAD, O BAJO LOS EFECTOS DE CUALQUIER NARCÓTICO A MENOS QUE HUBIESE SIDO ADMINISTRADO POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA. ESTOS ESTADOS DEBERÁN SER CALIFICADOS POR LA AUTORIDAD COMPETENTE.
- 7) DESEMPEÑARSE EL ASEGURADO COMO PILOTO O TRIPULANTE DE AVIONES CIVILES O COMERCIALES, A MENOS QUE EXPRESA Y ESPECÍFICAMENTE SE PREVEA Y ACEPTE SU COBERTURA POR EL ASEGURADOR.
- 8) RIESGOS DE RADIACIÓN, REACCIÓN NUCLEAR O ATÓMICA, O CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA.
- 9) ANOMALÍAS CONGÉNITAS, Y LOS TRASTORNOS QUE SOBREVENGAN POR TALES ANOMALÍAS O SE RELACIONEN CON ELLAS.
- 10) INFECCIONES BACTERIANAS, EXCEPTO LAS INFECCIONES PIOGÉNICAS QUE SEAN CONSECUENCIA DE UNA HERIDA, CORTADURA O AMPUTACIÓN ACCIDENTAL. ESTA EXCLUSIÓN NO SE APLICA A LA ALTERNATIVA DE COBERTURA ALTERNATIVA L DEL ARTÍCULO SEGUNDO INCISO NÚMERO II.- DE ESTE CONDICIONADO GENERAL.
- 11) HERNIAS Y SUS CONSECUENCIAS, SEA CUAL FUERE LA CAUSA DE QUE PROVENGAN.

- 12) TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS DISTINTOS DE LOS NECESARIOS A CONSECUENCIA DE LESIONES O ENFERMEDAD CUBIERTAS POR ESTA PÓLIZA.
- 13) HOSPITALIZACIÓN A CONSECUENCIA DE EMBARAZO O MATERNIDAD, ALUMBRAMIENTO O LA PÉRDIDA QUE RESULTE DEL MISMO.
- 14) EXÁMENES MÉDICOS DE RUTINA.
- 15) CIRUGÍA PLÁSTICA O COSMÉTICA, A MENOS QUE SEA NECESITADA POR UNA LESIÓN ACCIDENTAL QUE OCURRA MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE AMPARADO POR LA PÓLIZA.
- 16) CUALQUIER TIPO DE ENFERMEDAD MENTAL O NERVIOSA.
- 17) CURAS DE REPOSO, CUIDADO SANITARIO, PERÍODOS DE CUARENTENA O AISLAMIENTO.
- 18) UNA INFECCIÓN OPORTUNÍSTICA, O UN NEOPLASMA MALIGNO, SI AL MOMENTO DE LA MUERTE O ENFERMEDAD EL ASEGURADO SUFRÍA DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA. CON TAL PROPÓSITO, SE ENTENDERÁ POR: "SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA", LO DEFINIDO PARA TAL EFECTO POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. COPIA DE DICHA DEFINICIÓN ESTÁ ARCHIVADA EN LAS OFICINAS PRINCIPALES DE LA COMPAÑÍA EN SANTIAGO, CHILE. INFECCIÓN OPORTUNÍSTICA INCLUYE, PERO NO DEBE LIMITARSE A NEUMONÍA CAUSADA POR PNEUMOCYSTIS CARINII, ORGANISMO DE ENTERITIS CRÓNICA, INFECCIÓN VÍRICA O INFECCIÓN MICOBACTERIANA DISEMINADA. NEOPLASMA MALIGNO INCLUYE, PERO NO DEBE LIMITARSE AL SARCOMA DE KAPOSÍ, AL LINFOMA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL O A OTRAS AFECCIONES MALIGNAS YA CONOCIDAS O QUE PUEDAN CONOCERSE COMO CAUSAS INMEDIATAS DE MUERTE EN PRESENCIA DE UNA INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA. SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA DEBE INCLUIR ENCEFALOPATÍA (DEMENCIA) DE V.I.H. (VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANO) Y SÍNDROME DE DESGASTE POR V.I.H. (VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANO).
- 19) ENFERMEDADES, LESIONES O CONDICIONES MÉDICAS PREEXISTENTES QUE HAYAN SIDO CONOCIDAS O DIAGNOSTICADAS CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE CONTRATACIÓN DE LA PÓLIZA, O A LA FECHA DE INCORPORACIÓN DEL ASEGURADO A LA MISMA, SEGÚN CORRESPONDA.
- 20) LOS TRATAMIENTOS ESTÉTICOS PLÁSTICOS, DENTALES, DE ORTODONCIA, ORTOPÉDICOS Y OTROS TRATAMIENTOS QUE SEAN PARA FINES DE EMBELLECIMIENTO O PARA CORREGIR MALFORMACIONES PRODUCIDAS POR ENFERMEDADES O ACCIDENTES ANTERIORES A LA FECHA DE VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.
- 21) TRATAMIENTOS POR ADICCIÓN A DROGAS O ALCOHOLISMO, LESIÓN, ENFERMEDAD O TRATAMIENTO CAUSADO POR INGESTIÓN VOLUNTARIA DE SOMNÍFEROS, BARBITÚRICOS, DROGAS Y DEMÁS SUSTANCIAS DE EFECTOS ANÁLOGOS O SIMILARES.
- 22) PARTICIPACIÓN EN CARRERAS, APUESTAS, COMPETENCIAS Y DESAFÍOS QUE SEAN REMUNERADOS O SEAN LA OCUPACIÓN PRINCIPAL DEL ASEGURADO.
- 23) EPIDEMIAS OFICIALMENTE DECLARADAS.
- 24) PARA LA COBERTURA DESCRITA EN LA ALTERNATIVA J, DEL ARTÍCULO SEGUNDO INCISO NÚMERO II, QUEDAN EXCLUIDAS LAS FRACTURAS DEBIDAS U OCASIONADAS POR EL DESGASTE NATURAL DE LOS HUESOS U OSTEOPOROSIS, ASÍ COMO TAMBIÉN FRACTURAS PATOLÓGICAS EN ASEGURADOS CON CUALQUIERA DE LAS ENFERMEDADES DE BASE QUE CAUSEN DEBILITAMIENTO Y PÉRDIDA DE LA DENSIDAD ÓSEA Y QUE NO SEA CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE.
- 25) PARA LA COBERTURA DESCRITA EN LA ALTERNATIVA J DEL NUMERAL II, SE EXCLUYE EL REEMBOLSO DE GASTOS POR TRATAMIENTOS KINESIOLÓGICOS.
- 26) PARA LAS COBERTURAS DESCRITAS EN LAS ALTERNATIVAS K, DEL ARTÍCULO SEGUNDO, INCISO NÚMERO II, QUEDAN EXCLUIDAS LAS QUEMADURAS OCASIONADAS POR FUEGOS ARTIFICIALES, EXCEPTO SI EL ACCIDENTE OCURRE POR EVENTOS EN LUGARES DEBIDAMENTE ACREDITADOS POR LAS AUTORIDADES.

27) ADEMÁS, ESTE SEGURO NO OTORGA COBERTURA EN AQUELLOS CASOS EN QUE EL TOMADOR, ASEGURADO, BENEFICIARIO O AFIANZADO, O SUS EMPLEADOS O PERSONAS RELACIONADAS, TENGA ALGUNA RELACIÓN O SE ENCUENTRE INCLUIDO EN ACTIVIDADES RELACIONADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON ACTIVIDADES TERRORISTAS, LAVADO DE ACTIVOS O DE SIMILAR NATURALEZA, INCLUYENDO, PERO SIN ESTAR LIMITADAS, A LAS LISTAS O SANCIONES DISPUESTAS POR LA OFICINA DE CONTROL DE ACTIVOS EXTRANJEROS (OFAC, SEGÚN SUS SIGLAS EN INGLÉS) DEL DEPARTAMENTO DEL TESORO DE LOS EEUU. SE EXCLUYEN DE COBERTURA, EXPRESAMENTE, AQUELLOS SINIESTROS Y TODA Y CUALQUIER PÉRDIDA RELACIONADA DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON OPERACIONES, NEGOCIOS, CONTRATOS O VÍNCULOS DE CUALQUIER NATURALEZA CON PAÍSES O PERSONAS INCLUIDAS EN DICHAS LISTAS, O CUYO PAGO DEBA SER EFECTUADO A PERSONAS O PAÍSES DESIGNADOS (SPECIALLY DESIGNATED NATIONALS LIST, SDN).

**CLÁUSULA ESPECIAL – BENEFICIO DE PRIMERA VISITA DE DIAGNÓSTICO SIN COSTO**  
EN VIRTUD DEL PRESENTE CONTRATO Y COMO BENEFICIO ADICIONAL PARA EL ASEGURADO, SE INCORPORA LA SIGUIENTE COBERTURA ESPECIAL:

LA PÓLIZA INCLUYE UNA (1) VISITA DE DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN ODONTOLÓGICA SIN COSTO PARA EL ASEGURADO, LA CUAL DEBERÁ SER REALIZADA EXCLUSIVAMENTE EN LA CLÍNICA DENTAL DESIGNADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, Y DENTRO DEL PERÍODO DE VIGENCIA DEL SEGURO.

ESTA VISITA COMPRENDE UNA REVISIÓN CLÍNICA GENERAL POR PARTE DE UN PROFESIONAL HABILITADO, CON EL OBJETIVO DE EVALUAR EL ESTADO BUCODENTAL DEL ASEGURADO. NO SE INCLUYEN DENTRO DE ESTE BENEFICIO PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS, TRATAMIENTOS, NI EXÁMENES COMPLEMENTARIOS, LOS CUALES SE REGIRÁN POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DEL SEGURO.

ESTE BENEFICIO NO ESTARÁ SUJETO A DEDUCIBLE NI COPAGO Y PODRÁ SER UTILIZADO UNA ÚNICA VEZ POR ASEGURADO DURANTE EL PERÍODO DE COBERTURA ANUAL.  
EL BENEFICIO ES PERSONAL, INTRANSFERIBLE, Y SOLO PODRÁ SER UTILIZADO POR QUIENES FIGUREN COMO BENEFICIARIOS INDIVIDUALES DE LA PÓLIZA, NO SIENDO VÁLIDO PARA FAMILIARES, TERCEROS U OTRAS PERSONAS NO ASEGURADAS.

## PRIMA MENSUAL

| TRAMO DE EDAD: HASTA LOS 39 AÑOS |                   |         |             |             |             |             |             |
|----------------------------------|-------------------|---------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Nº                               | COBERTURAS        | TITULAR | TITULAR + 1 | TITULAR + 2 | TITULAR + 3 | TITULAR + 4 | TITULAR + 5 |
| 1                                | GASTOS DENTALES   | 0,581   | 1,162       | 1,757       | 2,355       | 2,954       | 3,552       |
| 2                                | MUERTE ACCIDENTAL | 0,019   | 0,019       | 0,019       | 0,019       | 0,019       | 0,019       |
| PRIMA NETA MENSUAL               |                   | 0,600   | 1,181       | 1,776       | 2,374       | 2,973       | 3,571       |
| IVA                              |                   | 0,110   | 0,221       | 0,334       | 0,447       | 0,561       | 0,675       |
| PRIMA BRUTA MENSUAL              |                   | 0,710   | 1,402       | 2,109       | 2,822       | 3,534       | 4,246       |

| TRAMO DE EDAD: DESDE LOS 40 HASTA LOS 59 AÑOS |                   |         |             |             |             |             |             |
|-----------------------------------------------|-------------------|---------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Nº                                            | COBERTURAS        | TITULAR | TITULAR + 1 | TITULAR + 2 | TITULAR + 3 | TITULAR + 4 | TITULAR + 5 |
| 1                                             | GASTOS DENTALES   | 0,684   | 1,369       | 1,964       | 2,561       | 3,158       | 3,755       |
| 2                                             | MUERTE ACCIDENTAL | 0,019   | 0,019       | 0,019       | 0,019       | 0,019       | 0,019       |
| PRIMA NETA MENSUAL                            |                   | 0,703   | 1,388       | 1,983       | 2,580       | 3,177       | 3,774       |
| IVA                                           |                   | 0,130   | 0,260       | 0,373       | 0,487       | 0,600       | 0,713       |
| PRIMA BRUTA MENSUAL                           |                   | 0,834   | 1,648       | 2,356       | 3,066       | 3,777       | 4,487       |

| TRAMO DE EDAD: DESDE LOS 60 HASTA LOS 65 AÑOS |                   |         |             |             |             |             |             |
|-----------------------------------------------|-------------------|---------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Nº                                            | COBERTURAS        | TITULAR | TITULAR + 1 | TITULAR + 2 | TITULAR + 3 | TITULAR + 4 | TITULAR + 5 |
| 1                                             | GASTOS DENTALES   | 0,730   | 1,460       | 2,053       | 2,650       | 3,247       | 3,844       |
| 2                                             | MUERTE ACCIDENTAL | 0,019   | 0,019       | 0,019       | 0,019       | 0,019       | 0,019       |
| PRIMA NETA MENSUAL                            |                   | 0,749   | 1,479       | 2,072       | 2,669       | 3,266       | 3,863       |
| IVA                                           |                   | 0,139   | 0,277       | 0,390       | 0,503       | 0,617       | 0,730       |
| PRIMA BRUTA MENSUAL                           |                   | 0,888   | 1,756       | 2,462       | 3,172       | 3,883       | 4,593       |

### FORMA DE PAGO DE PRIMA

EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ MENSUAL Y SE CARGARÁ AUTOMÁTICAMENTE EN LA TARJETA DE CRÉDITO BANCARIA DEL ASEGURADO TITULAR U OTRO EMISOR DE TARJETAS DE CRÉDITO DE LA CUAL SEA TITULAR O ADICIONAL.

LA COMPAÑÍA NO SERÁ RESPONSABLE POR LAS OMISIONES O FALTAS DE DILIGENCIA QUE PRODUZCAN ATRASO EN EL PAGO DE LA PRIMA, AUNQUE ÉSTE SE EFECTÚE MEDIANTE EL CARGO CONVENIDO.

EL ATRASO EN MÁS DE 60 DÍAS EN EL PAGO DE LA PRIMA GENERARÁ LA POSIBILIDAD DE QUE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS RESUELVA EL CONTRATO DE SEGURO.

**NOTAS:**

- LA PRIMA SE HA CALCULADO EN BASE A TODO EL PERÍODO EFECTIVO DE COBERTURA INDIVIDUAL, CONSIDERANDO QUE ALGUNAS DE LAS COBERTURAS DE ESTA PÓLIZA TIENEN UN PERÍODO DE CARENCIA, COMO QUEDA CLARAMENTE ESPECIFICADO EN ESTAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA. EN CASO DE RENUNCIA O CANCELACIÓN VOLUNTARIA CUYA FECHA SEA POSTERIOR AL PERÍODO DE RETRACTACIÓN, PROCEDERÁ LA DEVOLUCIÓN DE LA PRIMA NO DEVENGADA PROPORCIONAL AL TIEMPO NO CUBIERTO POR LA PÓLIZA, INCLUYENDO EL TIEMPO CORRESPONDIENTE AL PERÍODO DE CARENCIA
- LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA DE SEGURO DENTAL NO SE VERÁ AFECTADA POR CAMBIOS EN EL TRAMO DE EDAD DEL ASEGURADO TITULAR. EL VALOR ACORDADO EN EL MOMENTO DE LA CONTRATACIÓN SE MANTENDRÁ CONSTANTE A LO LARGO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA. SIN EMBARGO, ES IMPORTANTE TENER EN CUENTA QUE LA PRIMA PODRÍA CAMBIAR SI SE MODIFICA EL GRUPO FAMILIAR ASEGURADO.
- PARA EFECTOS DE LA DETERMINACIÓN DE LA PRIMA MENSUAL A PAGAR SE CONSIDERAN CONJUNTAMENTE AMBAS COBERTURAS DESDE EL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA, SIN PERJUICIO DE QUE LA COBERTURA DENTAL SE ENCUENTRA SUJETA A CARENCIA.

LA PRIMA DE ESTE SEGURO SE DETERMINA DE ACUERDO CON EL ASEGURADO TITULAR DE MAYOR EDAD DEL GRUPO FAMILIAR ASEGURADO, SIENDO ESTE EL ASEGURADO TITULAR. LA PRIMA MENSUAL ASÍ DETERMINADA NO CAMBIA DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, SIEMPRE QUE EL ASEGURADO TITULAR DE MAYOR EDAD SE MANTENGA Y SEA EL MISMO.

EN NINGÚN CASO, EL PAGO Y RECEPCIÓN DE LA PRIMA POR PARTE DE LA COMPAÑÍA DESPUÉS DE HABER TERMINADO LA COBERTURA CORRESPONDIENTE A ESTA PÓLIZA, DARÁ DERECHO AL PAGO DEL BENEFICIO ASOCIADO A LA COBERTURA. EN TAL CASO LA PRIMA SERÁ DEVUELTA AL ASEGURADO TITULAR EN LA MONEDA CORRIENTE Y SIN INTERESES AL VALOR QUE TENGA LA MONEDA DE ESTA PÓLIZA AL DÍA DE LA DEVOLUCIÓN EFECTIVA, EN UN PLAZO MÁXIMO DE 30 (TREINTA) DÍAS.

**CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD**

CHUBB ES UNA SUBSIDIARIA DE CHUBB LIMITED, QUE ES UNA ENTIDAD QUE COTIZA EN LA BOLSA DE NUEVA YORK. POR CONSIGUIENTE, CHUBB ESTÁ SUJETA A CIERTAS LEYES Y REGULACIONES[ADEMÁS DE LAS RESTRICCIONES DE SANCIONES DE LA UNIÓN EUROPEA, LAS NACIONES UNIDAS Y NACIONALES] DE ESTADOS UNIDOS,QUE PUEDEN PROHIBIR LA PRESTACIÓN DE COBERTURA O EL PAGO DE SINIESTROS A DETERMINADAS PERSONAS O ENTIDADES O ASEGURAR CIERTOS TIPOS DE ACTIVIDADES RELACIONADAS CON DETERMINADOS PAÍSES COMO IRÁN,SIRIA, COREA DEL NORTE, SUDÁN DEL NORTE Y CUBA O QUE LA EXPONGA A CUALQUIER SANCIÓN ECONÓMICA Y COMERCIAL, LEY O REGULACIÓN APLICABLE.

EL ASEGURADOR NO PROPORCIONARÁ COBERTURA NI SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR NINGUNA RECLAMACIÓN O PROPORCIONAR NINGÚN BENEFICIO SEÑALADO EN LA PÓLIZA, EN LA MEDIDA EN QUE LA DISPOSICIÓN DE DICHA COBERTURA, EL PAGO DE DICHA RECLAMACIÓN O LA DISPOSICIÓN DE DICHO BENEFICIO EXPONGA AL ASEGURADOR A CUALQUIER SANCIÓN ECONÓMICA Y COMERCIAL, LEY O REGULACIÓN APLICABLE.

**DERECHO A RETRACTACIÓN DEL SEGURO**

EL CONTRATANTE O ASEGURADOS PODRÁN, SIN EXPRESIÓN DE CAUSA NI PENALIZACIÓN ALGUNA, RETRACTARSE DEL SEGURO CONTRATADO DENTRO DEL PLAZO DE 35 DÍAS, CONTADO DESDE QUE RECIBA LA PÓLIZA. DICHA RETRACTACIÓN DEBERÁ COMUNICARSE, A LA COMPAÑÍA O A LA CORREDORA, POR CUALQUIER MEDIO QUE PERMITA LA EXPRESIÓN FEHACIENTE DE DICHA VOLUNTAD.\_NO OBSTANTE, PODRÁ CAMBIARSE DE PLAN UNA VEZ TRANSCURRIDO 1 AÑO DE INICIO DE VIGENCIA ININTERRUMPIDA EN LA PÓLIZA.

**VIGENCIA****VIGENCIA DE LA PÓLIZA COLECTIVA**

LA PRESENTE PÓLIZA COLECTIVA TENDRÁ VIGENCIA DESDE 01 DE JUNIO DE 2026 HASTA EL 31 DE MAYO DE 2027 Y SE RENOVARÁ AUTOMÁTICAMENTE POR PERIODOS IGUALES Y SUCESIVOS.

SE ENTENDERÁ RENOVADA AUTOMÁTICAMENTE, BAJO LAS MISMAS CONDICIONES, LA PÓLIZA POR UN NUEVO PERÍODO DE IGUAL DURACIÓN, SI NINGUNA DE LAS PARTES AVISASE A LA OTRA DE SU DECISIÓN DE NO RENOVAR CON UNA ANTICIPACIÓN DE A LO MENOS 60 DÍAS, A LA FECHA DE TÉRMINO DE CADA PERÍODO MEDIANTE CARTA CERTIFICADA ENVIADA A LA DIRECCIÓN O CORREO ELECTRÓNICO DE LA OTRA PARTE.

**VIGENCIA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL**

- a) LA VIGENCIA INDIVIDUAL DEL ASEGURADO COMENZARÁ A REGIR A PARTIR DE LA FECHA INDICADA EN LA PROPUESTA DE INCORPORACIÓN Y SERÁ ANUAL, DE RENOVACIÓN AUTOMÁTICA POR NUEVOS PERÍODOS ANUALES. LAS PRESTACIONES DENTALES POR URGENCIAS INICIARÁN SU VIGENCIA PASADAS 24 HORAS DESDE SU CONTRATACIÓN.
- b) LA PÓLIZA INDIVIDUAL PODRÁ TERMINAR ANTICIPADAMENTE EN LOS SIGUIENTES CASOS:
  - 1. EL SEGURO TERMINARÁ A LA FECHA DE LA PRÓXIMA RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA INDIVIDUAL DEL AÑO EN QUE EL ASEGURADO TITULAR CUMPLA LOS 70 AÑOS DE EDAD. ESTO CONSIDERA QUE LA PÓLIZA COLECTIVA SE HAYA MANTENIDO VIGENTE A ESTA DICHA ÉPOCA Y EL ASEGURADO TITULAR SE MANTENGA AL DÍA EN EL PAGO DE LAS PRIMAS.
  - 2. POR NO RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA COLECTIVA CON PREVIO AVISO DE LA COMPAÑÍA ASEGURADO. EL PLAZO DE AVISO ES DE 30 DÍAS ANTES DE LA RENOVACIÓN.

**EL CONTRATO DE SEGURO PODRÁ SER TERMINADO ANTICIPADAMENTE Y DE FORMA UNILATERAL POR LA COMPAÑÍA O EL ASEGURADO, EN VIRTUD DE LAS SIGUIENTES CIRCUNSTANCIAS:**

LA COMPAÑÍA PODRÁ PONER TÉRMINO ANTICIPADAMENTE AL CONTRATO DE SEGURO EN CASO DE CONCURRIR UNA CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES CAUSALES:

TERMINARÁ LA COBERTURA INDIVIDUAL DEL(LOS) ASEGURADO(S) EN CASO DE NO PAGO DE PRIMA, DE ALCANZAR LA EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA ESTIPULADA EN ESTAS CONDICIONES PARTICULARES. ASIMISMO, SE PONDRÁ TÉRMINO A LA PÓLIZA O A LA COBERTURA INDIVIDUAL EN EL CASO QUE EL INTERÉS ASEGURABLE NO LLEGARE A EXISTIR O CESARE DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO, O BIEN CUANDO EL CONTRATANTE O ASEGURADO PUSIERA TÉRMINO AL CONTRATO O A SU COBERTURA COMUNICÁNDOLO ASÍ AL ASEGURADOR EN LOS TÉRMINOS INDICADOS EN LAS CONDICIONES GENERALES.

EN CUALQUIERA DE ESTOS CASOS, LA TERMINACIÓN SE PRODUCIRÁ A LA EXPIRACIÓN DEL PLAZO DE 30 DÍAS CONTADOS DESDE LA FECHA DE ENVÍO DE LA RESPECTIVA COMUNICACIÓN DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO DÉCILOSEXTO DE LAS CONDICIONES GENERALES.

A SU TURNO, EL ASEGURADO PODRÁ PONER TÉRMINO ANTICIPADO AL CONTRATO, SALVO LAS EXCEPCIONES LEGALES, COMUNICÁNDOLO AL ASEGURADOR EN LA FORMA ESTABLECIDA EN EL ARTÍCULO DÉCILOSEXTO DE LAS CONDICIONES GENERALES.

EN CASO DE TÉRMINO ANTICIPADO, LA PRIMA SE REDUCIRÁ EN FORMA PROPORCIONAL AL PLAZO CORRIDO, PERO EN CASO DE HABER OCURRIDO UN SINIESTRO, SE ENTENDERÁ DEVENGADA TOTALMENTE.

**PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO PARA LAS COBERTURAS DE SEGURO DENTAL CON PRESTADOR PREFERENTE:**

SEGÚN LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO N° 12 DEL CONDICIONADO GENERAL (POL 3 2024 0020), EL PAGO DE LOS MONTOS QUE POR APLICACIÓN DE ESTA COBERTURA DEBAN EFECTUARSE, SE REALIZARÁN EN FORMA DIRECTA AL PRESTADOR ODONTOLÓGICO PREFERENTE CONFORME A LOS PORCENTAJES DEL PLAN CONTRATADO SEGÚN LA PRESTACIÓN SOLICITADA.

PARA TALES CASOS, EL ASEGURADO Y/O CARGAS DEBEN ASISTIR A PRESTADOR DENTRO DE LA RED, INDICAR SU RUT PARA VALIDAR LA CALIDAD DE ASEGURADO. EN CASO DE QUE EL PROVEEDOR DE LA RED PREFERENTE BONIFIQUE DE FORMA AUTOMÁTICA, EL ASEGURADO NO DEBERÁ PRESENTAR FORMULARIO DE REEMBOLSO DE GASTOS DENTALES.

SOLO EN CASOS EXCEPCIONALES SE PODRÁ REALIZAR EL DENUNCIO DEL SINIESTRO VÍA FORMULARIO DE REEMBOLSO DE GASTOS DENTALES. EN LOS CASOS QUE SEA EL ASEGURADO EL QUE TRAMITE SU REEMBOLSO, SE RESPETARÁ EL PORCENTAJE DE COBERTURA DEFINIDO PARA PRESTADORES PREFERENTES.

**NOTA:** ES IMPORTANTE DESTACAR QUE, EN CASO DE PRESENTARSE CUALQUIER DECLARACIÓN FALSA, ERRÓNEA O UNA MERA RETICENCIA POR PARTE DEL ASEGURADO, EXISTE EL RIESGO DE QUE SE INVALIDE LA COBERTURA DEL SINIESTRO. EN OTRAS PALABRAS, SI EL ASEGURADO PROPORCIONA INFORMACIÓN INCORRECTA, OMITE DATOS CRUCIALES O DEFRAUDA A LA COMPAÑÍA ASEGURADORA, ESTO PUEDE RESULTAR EN LA ANULACIÓN DE LA RECLAMACIÓN.

#### **DENUNCIA DE SINIESTRO**

PRODUCIDO UN SINIESTRO, EL INTERESADO DEBERÁ COMUNICARLO AL ASEGURADOR TAN PRONTO SEA POSIBLE. SALVO EN CASO DE FUERZA MAYOR DEBIDAMENTE JUSTIFICADA, CASO EN EL CUAL DEBERÁ NOTIFICARLO CUANDO TOME CONOCIMIENTO DE ÉSTE.

EL INTERESADO O RECLAMANTE DEBERÁ DENUNCIAR EL SINIESTRO EN EL SIGUIENTE LINK [HTTPS://WWW.CHUBB.COM/CL-ES/SINIESTROS/REPORTA-UN-SINIESTRO.HTML](https://www.chubb.com/cl-es/siniestros/reporta-un-siniestro.html); DONDE SE LE INSTRUIRÁ PARA DAR CURSO AL PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACIÓN.

PARA TENER DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN EL INTERESADO O RECLAMANTE DEBERÁ ACREDITAR LA SITUACIÓN INVOCADA, CON LOS ANTECEDENTES JUSTIFICATIVOS DE LA MISMA. SE ENTENDERÁ COMO FECHA DE OCURRENCIA DEL SINIESTRO PARA CADA UNA DE LAS COBERTURAS LA SIGUIENTE:

MUERTE ACCIDENTAL: FECHA DEL ACCIDENTE QUE OCASIONÓ EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO.

**NOTA:** DENUNCIA DE SINIESTRO APLICA SOLO PARA MUERTE ACCIDENTAL.

#### **PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO PARA LAS COBERTURAS DE MUERTE ACCIDENTAL:**

- A) CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ORIGINAL DEL ASEGURADO;
- B) FOTOCOPIA CÉDULA DE IDENTIDAD DEL ASEGURADO O CERTIFICADO DE NACIMIENTO ORIGINAL;
- C) INFORME MÉDICO;
- D) PARTE POLICIAL Y ALCOHOLEMIA (SI CORRESPONDIESE);
- E) OTROS ANTECEDENTES TALES COMO: INFORMES, DECLARACIONES Y CERTIFICADOS DESTINADOS A ACREDITAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y SUS CIRCUNSTANCIAS.

**NOTA:** LA COMPAÑÍA SE RESERVA EL DERECHO DE SOLICITAR CUALQUIER DOCUMENTO QUE ESTIME NECESARIO PARA LA CORRECTA EVALUACIÓN DEL SINIESTRO.

#### **PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN**

EL PAGO DE INDEMNIZACIONES SERÁ EFECTUADO POR LA COMPAÑÍA ASEGURADORA AL ASEGURADO (DENTAL) O BENEFICIARIO(S) (MUERTE ACCIDENTAL), CONTANDO PARA ELLO CON UN PLAZO MÁXIMO DE 6 DÍAS HÁBILES CONTADOS DESDE LA FECHA DE RECEPCIÓN DEL INFORME DE LIQUIDACIÓN CORRESPONDIENTE QUE SEÑALE LA PROCEDENCIA DEL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

#### **COMUNICACIONES**

CUALQUIER COMUNICACIÓN, DECLARACIÓN O NOTIFICACIÓN QUE DEBA EFECTUAR EL ASEGURADOR AL CONTRATANTE O EL ASEGURADO CON MOTIVO DE ESTA PÓLIZA, DEBERÁ EFECTUARSE ENVIANDO LA COMUNICACIÓN A LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO O TRAVÉS DE MENSAJE DE TEXTO AL TELÉFONO CELULAR, QUE HAYA INDICADO EL ASEGURADO EN LA PROPUESTA O SOLICITUD DE INCORPORACIÓN, SALVO QUE ÉSTE NO DISPUSIERE DE CORREO ELECTRÓNICO O DISPUSIERE OTRA FORMA DE NOTIFICACIÓN AL MOMENTO DE LA CONTRATACIÓN DEL SEGURO.

EN CASO DE DESCONOCERSE SU CORREO ELECTRÓNICO O DE RECIBIR UNA CONSTANCIA DE QUE DICHO CORREO NO FUE ENVIADO O RECIBIDO EXITOSAMENTE, O SI NO CUENTA CON TELÉFONO CELULAR, LAS COMUNICACIONES DEBERÁN EFECTUARSE MEDIANTE EL ENVÍO DE CARTA DIRIGIDA AL DOMICILIO DEL CONTRATANTE O EL ASEGURADO.

**DOMICILIO**

PARA LOS EFECTOS DE ESTE CONTRATO SE FIJA COMO DOMICILIO LA CIUDAD DE SANTIAGO.

**SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE**

PARA CUALQUIER CONSULTA Y/O RECLAMO, EL ASEGURADO PUEDE LLAMAR AL CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE AL FONO (**800 800 068**) DE CHUBB SEGUROS CHILE S.A. EL HORARIO DE ATENCIÓN ES DE LUNES A VIERNES DE 9:00 A 18:00 HORAS. NO HAY ATENCION LOS FINES DE SEMANA NI DIAS FERIADOS.

**NOTAS:**

- LA COMPAÑÍA TENDRÁ SIEMPRE EL DERECHO DE SOLICITAR, YA SEA AL ASEGURADO, CUALQUIER OTRO ANTECEDENTE O DOCUMENTO QUE SE NECESITE, O QUE ESTIME NECESARIO, ADEMÁS Y SIN PERJUICIO DE LOS YA CITADOS, PARA LA EVALUACIÓN DEL SINIESTRO Y EL AJUSTE CORRESPONDIENTE SI PROCEDIERE.
- ESTE CONTRATO NO CUENTA CON SELLO SERNAC DEL ART. 55 DE LA LEY 19.496.
- SE INCLUYE ANEXO RELATIVO A PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS.

**ANEXO N.º 1: INFORMACIÓN SOBRE ATENCIÓN DE CLIENTES Y PRESENTACIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS**

EN VIRTUD DE LA CIRCULAR N° 2131 DE 28 DE NOVIEMBRE DE 2013, LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS, CORREDORES DE SEGUROS Y LIQUIDADORES DE SINIESTROS, DEBERÁN RECIBIR, REGISTRAR Y RESPONDER TODAS LAS PRESENTACIONES, CONSULTAS O RECLAMOS QUE SE LES PRESENTEN DIRECTAMENTE POR EL CONTRATANTE, ASEGURADO, BENEFICIARIOS O LEGÍTIMOS INTERESADOS O SUS MANDATARIOS.

LAS PRESENTACIONES PUEDEN SER EFECTUADAS EN TODAS LAS OFICINAS DE LAS ENTIDADES EN QUE SE ATIENDA PÚBLICO, PRESENCIALMENTE, POR CORREO POSTAL, MEDIOS ELECTRÓNICOS, O TELEFÓNICAMENTE, SIN FORMALIDADES, EN EL HORARIO NORMAL DE ATENCIÓN.

RECIBIDA UNA PRESENTACIÓN, CONSULTA O RECLAMO, ÉSTA DEBERÁ SER RESPONDIDA EN EL PLAZO MÁS BREVE POSIBLE, EL QUE NO PODRÁ EXCEDER DE 20 DÍAS HÁBILES CONTADOS DESDE SU RECEPCIÓN.

EL INTERESADO, EN CASO DE DISCONFORMIDAD RESPECTO DE LO INFORMADO, O BIEN CUANDO EXISTA DEMORA INJUSTIFICADA DE LA RESPUESTA, PODRÁ RECURRIR A LA COMISIÓN DE MERCADOS FINANCIEROS, ÁREA DE PROTECCIÓN AL INVERSIONISTA Y ASEGURADO, CUYAS OFICINAS SE ENCUENTRAN UBICADAS EN AV. LIBERTADOR BERNARDO O'HIGGINS N° 1449, PISO 1°, SANTIAGO, O A TRAVÉS DEL SITIO WEB [WWW.CMFCHILE.CL](http://WWW.CMFCHILE.CL).

CHUBB SEGUROS CHILE S.A. SE ENCUENTRA ADHERIDA VOLUNTARIAMENTE AL CÓDIGO DE AUTORREGULACIÓN Y AL COMPENDIO DE BUENAS PRACTICAS DE LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS, CUYO PROPÓSITO ES PROPENDER AL DESARROLLO DEL MERCADO DE LOS SEGUROS, EN CONSONANCIA CON LOS PRINCIPIOS DE LIBRE COMPETENCIA Y BUENA FE QUE DEBE EXISTIR ENTRE LAS EMPRESAS, Y ENTRE ÉSTAS Y SUS CLIENTES.

COPIA DEL COMPENDIO DE BUENAS PRÁCTICAS CORPORATIVAS DE LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS SE ENCUENTRA A DISPOSICIÓN DE LOS INTERESADOS EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS DE CHUBB SEGUROS CHILE S.A. Y EN [WWW.AACH.CL](http://WWW.AACH.CL).

ASIMISMO, CHUBB SEGUROS CHILE S.A. SE ENCUENTRA ADHERIDA VOLUNTARIAMENTE A LA INSTITUCIÓN DEL DEFENSOR DEL ASEGURADO DEPENDIENTE DEL CONSEJO DE AUTORREGULACIÓN DE LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS, CUANDO LOS CLIENTES LE PRESENTEN RECLAMOS EN RELACIÓN A LOS CONTRATOS CELEBRADOS CON ELLA. LOS CLIENTES PUEDEN PRESENTAR SUS RECLAMOS ANTE EL DEFENSOR DEL ASEGURADO UTILIZANDO LOS FORMULARIOS DISPONIBLES EN LAS OFICINAS DE CHUBB SEGUROS CHILE S.A. O A TRAVÉS DE LA PÁGINA WEB [WWW.DDACHILE.CL](http://WWW.DDACHILE.CL).

**ANEXO N°2: PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS (CIRCULAR N° 2106 COMISIÓN PARA EL MERCADO FINANCIERO)****1) OBJETO DE LA LIQUIDACIÓN**

LA LIQUIDACIÓN TIENE POR FIN ESTABLECER LA OCURRENCIA DE UN SINIESTRO, DETERMINAR SI EL SINIESTRO ESTÁ CUBIERTO EN LA PÓLIZA CONTRATADA EN UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS DETERMINADA, Y CUANTIFICAR EL MONTO DE LA PÉRDIDA Y DE LA INDEMNIZACIÓN A PAGAR. EL PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACIÓN ESTÁ SOMETIDO A LOS PRINCIPIOS DE CELERIDAD Y ECONOMÍA PROCEDIMENTAL, DE OBJETIVIDAD Y CARÁCTER TÉCNICO Y DE TRANSPARENCIA Y ACCESO.

**2) FORMA DE EFECTUAR LA LIQUIDACIÓN**

LA LIQUIDACIÓN PUEDE EFECTUARLA DIRECTAMENTE LA COMPAÑÍA O ENCOMENDARLA A UN LIQUIDADOR DE SEGUROS. LA DECISIÓN DEBE COMUNICARSE AL ASEGURADO DENTRO DEL PLAZO DE TRES DÍAS HÁBILES CONTADOS DESDE LA FECHA DE LA DENUNCIA DEL SINIESTRO.

**3) DERECHO DE OPOSICIÓN A LA LIQUIDACIÓN DIRECTA**

EN CASO DE LIQUIDACIÓN DIRECTA POR LA COMPAÑÍA, EL ASEGURADO O BENEFICIARIO PUEDE OPONERSE A ELLA, SOLICITÁNDOLE POR ESCRITO QUE DESIGNE UN LIQUIDADOR DE SEGUROS, DENTRO DEL PLAZO DE CINCO DÍAS HÁBILES CONTADOS DESDE LA NOTIFICACIÓN DE LA COMUNICACIÓN DE LA COMPAÑÍA. LA COMPAÑÍA DEBERÁ DESIGNAR AL LIQUIDADOR EN EL PLAZO DE DOS DÍAS HÁBILES CONTADOS DESDE DICHA OPOSICIÓN.

#### **4) INFORMACION AL ASEGURADO DE GESTIONES A REALIZAR Y PETICIÓN DE ANTECEDENTES**

EL LIQUIDADOR O LA COMPAÑÍA DEBERÁ INFORMAR AL ASEGURADO, POR ESCRITO, EN FORMA SUFICIENTE Y OPORTUNA, AL CORREO ELECTRÓNICO (INFORMADO EN LA DENUNCIA DEL SINIESTRO) O POR CARTA CERTIFICADA (AL DOMICILIO SEÑALADO EN LA DENUNCIA DE SINIESTRO), DE LAS GESTIONES QUE LE CORRESPONDE REALIZAR, SOLICITANDO DE UNA SOLA VEZ, CUANDO LAS CIRCUNSTANCIAS LO PERMITAN, TODOS LOS ANTECEDENTES QUE REQUIERE PARA LIQUIDAR EL SINIESTRO.

#### **5) PRE-INFORME DE LIQUIDACIÓN**

EN AQUELLOS SINIESTROS EN QUE SURGIEREN PROBLEMAS Y DIFERENCIAS DE CRITERIOS SOBRE SUS CAUSAS, EVALUACIÓN DEL RIESGO O EXTENSIÓN DE LA COBERTURA, PODRÁ EL LIQUIDADOR, ACTUANDO DE OFICIO O A PETICIÓN DEL ASEGURADO, EMITIR UN PRE-INFORME DE LIQUIDACIÓN SOBRE LA COBERTURA DEL SINIESTRO Y EL MONTO DE LOS DAÑOS PRODUCIDOS, EL QUE DEBERÁ PONERSE EN CONOCIMIENTO DE LOS INTERESADOS. EL ASEGURADO O LA COMPAÑÍA PODRÁN HACER OBSERVACIONES POR ESCRITO AL PRE-INFORME DENTRO DEL PLAZO DE CINCO DÍAS HÁBILES DESDE SU CONOCIMIENTO.

#### **6) PLAZO DE LIQUIDACIÓN**

DENTRO DEL MÁS BREVE PLAZO, NO PUDIENDO EXCEDER DE **45 DÍAS** CORRIDOS DESDE FECHA DENUNCIO, A EXCEPCIÓN DE;

A) SINIESTROS QUE CORRESPONDAN A SEGUROS INDIVIDUALES SOBRE RIESGOS DEL PRIMER GRUPO CUYA PRIMA ANUAL SEA SUPERIOR A 100 UF: **90 DÍAS** CORRIDOS DESDE FECHA DENUNCIO;

B) SINIESTROS MARÍTIMOS QUE AFECTEN A LOS CASCOS O EN CASO DE AVERÍA GRUESA: **180 DÍAS** CORRIDOS DESDE FECHA DENUNCIO;

#### **7) PRORROGA DEL PLAZO DE LIQUIDACIÓN**

LOS PLAZOS ANTES SEÑALADOS PODRÁN, EXCEPCIONALMENTE SIEMPRE QUE LAS CIRCUNSTANCIAS LO AMERITEN, PRORROGARSE, SUCESIVAMENTE POR IGUALES PERÍODOS, INFORMANDO LOS MOTIVOS QUE LA FUNDAMENTEN E INDICANDO LAS GESTIONES CONCRETAS Y ESPECÍFICAS QUE SE REALIZARÁN, LO QUE DEBERÁ COMUNICARSE AL ASEGURADO Y A LA COMISIÓN PARA EL MERCADO FINANCIERO, PUDIENDO ESTA ÚLTIMA DEJAR SIN EFECTO LA AMPLIACIÓN, EN CASOS CALIFICADOS, Y FIJAR UN PLAZO PARA ENTREGA DEL INFORME DE LIQUIDACIÓN. NO PODRÁ SER MOTIVO DE PRÓRROGA LA SOLICITUD DE NUEVOS ANTECEDENTES CUYO REQUERIMIENTO PUDO PREVERSE CON ANTERIORIDAD, SALVO QUE SE INDIQUEN LAS RAZONES QUE JUSTIFIQUEN LA FALTA DE REQUERIMIENTO, NI PODRÁN PRORROGARSE LOS SINIESTROS EN QUE NO HAYA EXISTIDO GESTIÓN ALGUNA DEL LIQUIDADOR, REGISTRADO O DIRECTO.

#### **8) INFORME FINAL DE LIQUIDACIÓN**

EL INFORME FINAL DE LIQUIDACIÓN DEBERÁ REMITIRSE AL ASEGURADO Y SIMULTÁNEAMENTE AL ASEGURADOR, CUANDO CORRESPONDA, Y DEBERÁ CONTENER NECESARIAMENTE LA TRANSCRIPCIÓN ÍNTEGRA DE LOS ARTÍCULOS 26 Y 27 DEL REGLAMENTO DE AUXILIARES DEL COMERCIO DE SEGUROS (D.S. DE HACIENDA Nº 1.055, DE 2012, DIARIO OFICIAL DE 29 DE DICIEMBRE DE 2012),

#### **9) IMPUGNACION INFORME DE LIQUIDACIÓN**

RECIBIDO EL INFORME DE LIQUIDACIÓN, LA COMPAÑÍA Y EL ASEGURADO DISPONDRÁN DE UN PLAZO DE DIEZ DÍAS HÁBILES PARA IMPUGNARLA. EN CASO DE LIQUIDACIÓN DIRECTA POR LA COMPAÑÍA, ESTE DERECHO SÓLO LO TENDRÁ EL ASEGURADO. IMPUGNADO EL INFORME, EL LIQUIDADOR O LA COMPAÑÍA DISPONDRÁ DE UN PLAZO DE 6 DÍAS HÁBILES PARA RESPONDER LA IMPUGNACIÓN.

**ANEXO N°3: PRESTACIONES DENTALES POR ESPECIALIDAD**

ARANCELES DE LAS ESPECIALIDADES Y TRATAMIENTOS CUBIERTOS. ESTOS VALORES SON SOLO REFERENCIALES Y PUEDEN SER REAJUSTADOS POR INFLACIÓN.

PARA CONOCER LOS VALORES REAJUSTADOS VISITAR EL LINK DE HEALTHATOM <https://contenido.softwaredentalink.com/arancel-plan-vital-plus>

| a) URGENCIAS |                                                                                             |                       |
|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| Código       | Prestación                                                                                  | Arancel de referencia |
| 35001        | Urgencia: Restauraciones Composite posterior                                                | \$39.884              |
| 35002        | Urgencia: Restauraciones Composite anterior                                                 | \$39.884              |
| 35003        | Urgencia: Recementación de Prótesis fija e incrustaciones                                   | \$32.940              |
| 35004        | Urgencia: Reparación de prótesis con o sin impresión                                        | \$57.216              |
| 35005        | Urgencia Laboratorio: Reparación de prótesis con o sin impresión                            | \$40.071              |
| 35006        | Urgencia: Coronas provisorias                                                               | \$47.390              |
| 35007        | Urgencia Laboratorio: Coronas Provisorias                                                   | \$15.757              |
| 35008        | Urgencia: Exodoncia piezas incluidas (incluye control post tratamiento y retiro de suturas) | \$109.154             |
| 35009        | Urgencia: Exodoncias simples                                                                | \$25.390              |
| 35010        | Urgencia: Exodoncias a colgajo (incluye control post tratamiento y retiro de suturas)       | \$50.907              |
| 35011        | Urgencia: Radiografía retroalveolar                                                         | \$4.133               |
| 35012        | Urgencia: Radiografía panorámica de urgencia                                                | \$15.417              |
| 35013        | Urgencia: Trepanación de urgencia                                                           | \$27.123              |
| 35014        | Urgencia: Tratamiento inicial (1 sesión)                                                    | \$11.962              |
| 35016        | Urgencias a domicilio                                                                       | \$21.698              |
| 35017        | Urgencias en hospital                                                                       | \$21.698              |
| 35018        | Urgencia endodóntica (1 sesión)                                                             | \$16.144              |
| 35019        | Urgencia periodontal (1 sesión)                                                             | \$16.144              |
| 35020        | Urgencia Ortodóncica (1 sesión)                                                             | \$16.144              |
| 35021        | Urgencia Odontopediatría (1 sesión)                                                         | \$16.144              |
| 35022        | Urgencia: Trepanación en pieza temporal                                                     | \$27.123              |
| 35023        | Urgencia: Trepanación en pieza permanente joven                                             | \$27.123              |
| 35024        | Urgencia de Cirugía (1 sesión)                                                              | \$16.144              |
| 35025        | Urgencia por Implante (1 sesión)                                                            | \$16.144              |
| 35026        | Urgencia trastorno temporomandibular                                                        | \$16.144              |
| 35027        | Otras urgencias                                                                             | \$39.872              |

| b) ACCIONES GENERALES |                                                                                        |                       |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| Código                | Prestación                                                                             | Arancel de referencia |
| 1001                  | Examen inicial, plan de tratamiento y presupuesto                                      | \$ 19.936             |
| 1002                  | Control y examen de rigor                                                              | \$ 19.936             |
| 1003                  | Interconsulta con informe escrito (1 sesión)                                           | \$ 21.930             |
| 1007                  | Estudio preliminar clínico, radiográfico y de modelos                                  | \$ 21.930             |
| 1008                  | Informes periciales                                                                    | \$ 32.894             |
| 1009                  | Consultoría y estudios profesionales: 1 hora                                           | \$ 32.894             |
| 2001                  | Higiene y profilaxis en adultos                                                        | \$ 21.930             |
| 2003                  | Instrucción y control higiene oral adultos                                             | \$ 12.360             |
| 2005                  | Aplicación Flúor en colutorios (tratamiento)                                           | \$ 12.360             |
| 2006                  | Aplicación Flúor Gel total niños y adultos                                             | \$ 22.926             |
| 2007                  | Aplicación Flúor barniz silano total en adultos                                        | \$ 63.795             |
| 2009                  | Aplicación de sellantes en pieza definitiva                                            | \$ 19.936             |
| 2013                  | Preventivo #1: Diagnóstico inicial, Presupuesto, Radiografías, etc.                    | \$ 43.859             |
| 2014                  | Preventivo #2: Diagnóstico inicial, Presupuesto, Radiografías, Flúor, Destartraje, etc | \$ 87.718             |
| 2015                  | Estudio Clínico digital 3D ( con o sin escaneo)                                        | \$ 199.958            |

Estos procedimientos son preventivos motivo por el cual la compañía indemnizará los gastos generados de conformidad con lo estipulado en este contrato de seguro.

| C) ODONTOPEDIATRÍA |                                                                          |                       |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| Código             | Prestación                                                               | Arancel de referencia |
| 13001              | Educación en Colegios o institución (hora pedagógica)                    | \$32.894              |
| 13002              | Higiene y profilaxis en niños                                            | \$25.917              |
| 13003              | Instrucción y control higiene oral en niños                              | \$16.447              |
| 13004              | Aplicación Flúor barniz silano total en niños                            | \$59.808              |
| 13005              | Aplicación de sellantes en pieza temporal                                | \$17.145              |
| 13007              | Destartraje supragingival y limpieza coronaria                           | \$32.894              |
| 13008              | Resina infiltrante lesión incipiente en piezas permanentes               | \$27.412              |
| 13009              | Consulta odontopediátrica                                                | \$21.930              |
| 13010              | Adaptación a la atención odontológica                                    | \$34.437              |
| 13011              | Control niño sano                                                        | \$19.936              |
| 13012              | Consulta urgencia odontopediátrica                                       | \$23.923              |
| 13013              | Educación en salud oral                                                  | \$21.930              |
| 13015              | Asesoramiento dietético para control de caries                           | \$10.965              |
| 13016              | Inactivación de caries en cavidad bucal (cuatro cuadrantes)              | \$21.930              |
| 13017              | Obturaciones de mínima intervención (Técnica ART)                        | \$32.894              |
| 13018              | Obturación de vidrio ionómero en piezas temporales y permanentes         | \$29.505              |
| 13019              | Restauración fotocurado pieza temporal: Simple Anterior o posterior      | \$53.229              |
| 13020              | Restauración fotocurado pieza temporal: Compuesta Anterior o posterior   | \$66.586              |
| 13021              | Restauración de fractura coronaria con resina compuesta pieza temporal   | \$32.894              |
| 13022              | Restauración de fractura coronaria con resina compuesta pieza permanente | \$43.859              |
| 13025              | Pulpotomía en pieza temporal                                             | \$40.179              |

|       |                                                                                                                       |           |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 13026 | Recubrimiento pulpar directo o indirecto en pieza permanente joven o definitiva                                       | \$27.412  |
| 13028 | Inmovilización en traumatismo                                                                                         | \$54.824  |
| 13029 | Exodoncia piezas temporales                                                                                           | \$29.904  |
| 14001 | Interconsulta con odontopediatría                                                                                     | \$27.412  |
| 14002 | Adaptación y preparación de pacientes con necesidades especiales (por sesión)                                         | \$32.894  |
| 14003 | Adaptación y preparación de pacientes de difícil manejo (por sesión)                                                  | \$17.145  |
| 14004 | Atención con sedación (máximo 4 sesiones) por sesión                                                                  | \$34.358  |
| 14005 | Atención con óxido nitroso (por sesión)                                                                               | \$119.616 |
| 14006 | Atención con anestesia general                                                                                        | \$209.328 |
| 14007 | Programa terapeutico para pacientes de alto riesgo cariogenico                                                        | \$76.754  |
| 14008 | Programa de remineralización de caries incipientes por sesión (incluye radiografías diagnósticas - máximo 4 sesiones) | \$21.930  |
| 14009 | Coronas de resinas con anclaje sector anterior en pieza temporal                                                      | \$32.894  |
| 14010 | Corona metalica preformada en pieza temporal                                                                          | \$54.824  |
| 14011 | Protesis en niños (incluye laboratorio)                                                                               | \$76.754  |
| 14013 | Pulpectomia en pieza temporal anterior                                                                                | \$27.412  |
| 14014 | Pulpectomia en pieza temporal posterior                                                                               | \$28.839  |
| 14015 | Tratamiento conducto pieza temporal desvitalizada anterior                                                            | \$32.894  |
| 14016 | Tratamiento conducto pieza temporal desvitalizada posterior                                                           | \$43.859  |
| 14022 | Desgaste interferencias cuspideas                                                                                     | \$27.412  |
| 14023 | Mantenedor de espacio fijo o removible (no incluye laboratorio)                                                       | \$43.859  |
| 14025 | Tratamiento de mordida invertida con o sin aparatos (no incluye laboratorio)                                          | \$80.211  |
| 14026 | Estudio del paciente para ortodoncia interceptiva (modelo - radiografías - fotografías)                               | \$43.859  |
| 14027 | Tratamiento de mordida abierta o cruzada lateral (no incluye laboratorio)                                             | \$80.211  |
| 14028 | Fenestración mucosas                                                                                                  | \$91.640  |
| 14029 | Fenestración óseas                                                                                                    | \$76.754  |
| 14030 | Resección de frenillos                                                                                                | \$76.754  |
| 14031 | Exodoncia supernumerario incluido                                                                                     | \$91.042  |
| 14032 | Aplicación tópica de barniz de clorhexidina                                                                           | \$43.859  |

| d) OPERATORIA DENTAL |                                                                                          |                       |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| Código               | Prestación                                                                               | Arancel de referencia |
| 5001                 | Primera consulta, examen y diagnóstico preliminar en Operatoria                          | \$21.930              |
| 5002                 | Sellantes de resina o vidrio Ionomero                                                    | \$21.930              |
| 5003                 | Sensibilidad cervical sin cavidad con vidrio Ionómero y/o barnices                       | \$31.898              |
| 5004                 | Restauración composite Simple Posterior (Clase I - una cara)                             | \$49.840              |
| 5005                 | Restauración composite Compuesta Posterior (Clase II - dos caras)                        | \$55.821              |
| 5006                 | Restauración composite Compleja Posterior (Clase II - tres caras)                        | \$61.802              |
| 5007                 | Restauración composite Simple Anterior (Clase III o V)                                   | \$49.840              |
| 5008                 | Restauración composite Compuesta Anterior (Clase IV)                                     | \$55.821              |
| 5009                 | Restauración composite Compleja Anterior (Clase IV) compromiso 2 ángulo en borde incisal | \$61.802              |
| 5011                 | Amalgama Simple (Clase I - una cara)                                                     | \$32.894              |
| 5012                 | Amalgama Compuesta (Clase II - dos caras)                                                | \$38.377              |
| 5013                 | Amalgama Compleja (Clase III)                                                            | \$49.342              |
| 5016                 | Incrustación Inlay metálico                                                              | \$52.499              |
| 5017                 | Incrustación Onlay u Overlay metálico                                                    | \$82.236              |
| 5018                 | Reobtención de piezas antes de un año                                                    | \$16.447              |
| 5019                 | Recementación de incrustación sin correcciones                                           | \$21.930              |
| 5020                 | Recementación de incrustación con ajuste operatorio                                      | \$68.779              |
| 5021                 | Recubrimiento pulpar indirecto con o sin obturación temporal                             | \$32.894              |
| 5022                 | Recementación de incrustación tipo Inlay                                                 | \$65.789              |
| 5023                 | Recementación de incrustación tipo Onlay u Overlay                                       | \$76.754              |
| 5027                 | Cierre de diastema (por sesión)                                                          | \$43.859              |
| 5029                 | Ferulización de un diente                                                                | \$32.894              |
| 5030                 | Ferulizaciones de más de un diente (por pieza)                                           | \$27.412              |
| 5032                 | Remodelación de pieza dentaria con corona atípica                                        | \$54.824              |
| 5033                 | Recuperación de guía canina por pieza                                                    | \$43.859              |
| 5044                 | Reconstrucción provisoria de corona perdida                                              | \$57.350              |
| 5045                 | Cementación y colocación de perno técnica adhesiva                                       | \$54.824              |
| 5046                 | Confección de muñon de resina                                                            | \$63.795              |
| 5047                 | Corona de ceromero muñon vital                                                           | \$104.166             |
| 5050                 | Tratamiento de Remineralización, hipocalcificadas medicamentosa (por sesión)             | \$32.894              |
| 5052                 | Blanqueamiento dentario por cuadrante                                                    | \$398.720             |
| 5054                 | Laboratorio de operatoria                                                                | \$1.395.520           |
| 5065                 | Blanqueamiento dentario con Cubetas (por arcada - estético)                              | \$398.720             |
| 5066                 | Blanqueamiento dentario con Laser (ambas arcadas - estético)                             | \$398.720             |
| 5067                 | Obturación de vidrio ionómero en pieza permanente                                        | \$43.859              |
| 5068                 | Aplicación sellantes fotocurado pieza definitiva (4 molares)                             | \$91.706              |
| 5901                 | Laboratorio: cubeta o estampado Superior o Inferior (por arcada)                         | \$79.744              |
| 5903                 | Laboratorio: Plano o placa de alivio oclusal (cualquier tipo y por arcada)               | \$199.360             |

| e) PERIODONCIA |                                                                                                            |                       |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| Código         | Prestación                                                                                                 | Arancel de referencia |
| 9005           | Destartraje supragingival y limpieza coronaria (por sextante)                                              | \$17.344              |
| 9006           | Tratamiento de absceso periodontal                                                                         | \$28.642              |
| 9010           | Examen de patología disfuncional                                                                           | \$21.930              |
| 9012           | Primera consulta, examen y diagnóstico preliminar en Periodoncia                                           | \$21.930              |
| 9013           | Interconsulta con informe periodontal escrito (1 sesión)                                                   | \$21.930              |
| 9014           | Toma de muestra placa bacteriana y/o interpretación examen microbiológico                                  | \$21.930              |
| 9015           | Examen y estudio periodontal: radiografías, modelos, fotografías, examen de laboratorio, presupuesto, etc. | \$43.859              |
| 9016           | Examen periodontal y confección de periodontograma                                                         | \$38.377              |
| 9017           | Desgaste selectivo Dentario o de Plano (por sesión)                                                        | \$54.493              |
| 9018           | Plano de relajación o de alivio oclusal (no incluye laboratorio)                                           | \$83.067              |
| 9020           | Sesión de motivación, enseñanza y adiestramiento en técnicas de higiene oral (por sesión)                  | \$38.377              |
| 9021           | Sesión de control higiene oral (eliminación de pigmentos y manchas de esmalte)                             | \$11.631              |
| 9022           | Destartraje supragingival y limpieza coronaria (por sesión)                                                | \$41.268              |
| 9023           | Eliminación mecánica de factores etiológicos secundarios (por sesión)                                      | \$43.859              |
| 9024           | Evaluación post-térmica (con periodontograma final e índices)                                              | \$38.377              |
| 9025           | Tratamiento químico del saco periodontal (por sextante)                                                    | \$43.859              |
| 9026           | Pulido radicular: periodontitis Incipientes (por sesión o sextante)                                        | \$59.808              |
| 9027           | Pulido radicular: periodontitis Moderadas (por sesión o sextante)                                          | \$65.789              |
| 9028           | Pulido radicular: periodontitis Avanzadas y complejas (por sesión o sextante)                              | \$76.423              |
| 9029           | Ferulización (no incluye material ni laboratorio)                                                          | \$57.284              |
| 9030           | Tratamiento de infección periimplantaria (por sesión)                                                      | \$73.763              |
| 9031           | Gingivoplastia en pacientes sin compromiso general (por sextante)                                          | \$176.567             |
| 9032           | Gingivoplastia en pacientes con compromiso general (por sextante)                                          | \$115.130             |
| 9034           | Diseción quirúrgica del injerto en zona donante                                                            | \$54.824              |
| 9035           | Injerto gingival libre por zona a injertar                                                                 | \$104.199             |
| 9036           | Colgajo periodontal de acceso (por sitio quirúrgico)                                                       | \$76.754              |
| 9037           | Colgajo reposicionado desplazado lateral, coronario o apical                                               | \$91.905              |
| 9038           | Colgajo para preservación de papila                                                                        | \$98.683              |
| 9040           | Cirugía ósea resectiva (por sextante)                                                                      | \$87.718              |
| 9041           | Curetaje o debridamiento subgingival (por grupo)                                                           | \$76.754              |
| 9042           | Cobertura o placa acrílica palatina post tratamiento                                                       | \$54.824              |
| 9043           | Control de especialidad (Periodoncia): post quirúrgico o no y con o sin retiro de sutura.                  | \$23.923              |
| 9044           | Tratamiento de complicaciones post-quirúrgica (por sesión)                                                 | \$54.824              |
| 9045           | Técnica de tunelización para cubrimiento radicular (por grupo)                                             | \$115.762             |
| 9046           | Injertos óseos                                                                                             | \$109.648             |
| 9047           | Injertos aloplásticos                                                                                      | \$54.824              |
| 9048           | Cirugía periimplantaria de tejidos blandos (por sitio)                                                     | \$98.683              |
| 9049           | Regeneración tisular guiada (por sitio)                                                                    | \$109.648             |
| 9050           | Frenectomía                                                                                                | \$76.754              |
| 9051           | Avance de colgajo, incisión perióstica                                                                     | \$87.718              |
| 9052           | Tunelización radicular en compromiso de furca                                                              | \$109.648             |

|      |                                                                                   |             |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 9054 | Tratamiento de hipersensibilidad dentaria post-terapia (por sesión)               | \$43.859    |
| 9055 | Refuerzo de técnicas de higiene y motivación                                      | \$40.071    |
| 9057 | Terapia de mantención periodontal en enfermedad inactiva (por sesión)             | \$57.284    |
| 9058 | Terapia de mantención periodontal con pulido radicular y tratamiento de infección | \$79.744    |
| 9059 | Terapia de mantención de implantes (por sesión)                                   | \$61.802    |
| 9060 | Otras cirugías mucogingivales                                                     | \$76.754    |
| 9061 | Injerto de tejido conectivo (por zona)                                            | \$97.421    |
| 9062 | Laboratorio de periodoncia                                                        | \$1.395.520 |
| 9063 | Destartraje subgingival por sextante                                              | \$17.344    |
| 9064 | Destartraje subgingival por sesión                                                | \$69.776    |
| 9065 | Limpieza coronaria (eliminación de pigmentos y manchas de esmalte)                | \$41.866    |
| 9071 | Cirugía de Ancho biológico                                                        | \$279.104   |
| 9072 | Osteotomía (por sitio quirúrgico)                                                 | \$398.720   |

| f) RADIOLOGÍA |                                                                         |                       |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| Código        | Prestación                                                              | Arancel de referencia |
| 3001          | Radiografía retroalveolar (cualquier técnica)                           | \$6.180               |
| 3002          | Radiografía retroalveolar total                                         | \$45.853              |
| 3003          | Radiografía bitewing bilateral adulto (aleta mordida)                   | \$24.721              |
| 3004          | Radiografía bitewing unilateral adulto (aleta mordida)                  | \$14.254              |
| 3005          | Radiografía bitewing bilateral niños (aleta mordida)                    | \$14.952              |
| 3006          | Radiografía bitewing unilateral niños (aleta mordida)                   | \$7.127               |
| 3007          | Radiografía oclusal                                                     | \$10.965              |
| 3008          | Panorámica                                                              | \$23.923              |
| 3009          | Telerradiografía                                                        | \$15.949              |
| 3010          | Lateral de mandíbula                                                    | \$15.899              |
| 3011          | Senos maxilares                                                         | \$15.899              |
| 3012          | Senos paranasales                                                       | \$32.894              |
| 3013          | ATM transcraneal                                                        | \$25.319              |
| 3014          | Tomografía computarizada o Conebeam de ATM (una o dos posiciones)       | \$89.712              |
| 3015          | Tomografía computarizada o Conebeam por zona                            | \$59.808              |
| 3016          | Cavum rino faríngeo                                                     | \$15.899              |
| 3017          | Sialografía                                                             | \$127.192             |
| 3018          | Atlas axis                                                              | \$15.899              |
| 3019          | Radiografía de mano                                                     | \$15.285              |
| 3020          | Análisis cefalométrico computarizado                                    | \$15.949              |
| 3021          | Set de fotos clínicas                                                   | \$35.885              |
| 3022          | Digitalización                                                          | \$65.789              |
| 3023          | Tomografía computarizada o Conebeam de ambos maxilares                  | \$89.712              |
| 3024          | Resonancia magnética de ATM                                             | \$518.336             |
| 3025          | Resonancia magnética de glándulas                                       | \$518.336             |
| 3026          | Ecografía glándulas salivales                                           | \$259.168             |
| 3027          | Reimpresión de radiografía                                              | \$10.965              |
| 3028          | Tomografía computarizada o Conebeam de Maxilar o Mandíbula (una arcada) | \$69.776              |

| g) CIRUGÍA MAXILOFACIAL |                                                                                               |                       |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| Código                  | Prestación                                                                                    | Arancel de referencia |
| 16001                   | Primera consulta, examen y diagnóstico preliminar en Cirugía maxilofacial                     | \$21.930              |
| 16002                   | Interconsulta con informe escrito de cirugía maxilofacial                                     | \$32.894              |
| 16003                   | Control de especialidad (Cirugía): post quirúrgico o no y con o sin retiro de sutura.         | \$29.904              |
| 16005                   | Recargo por tratamiento fuera de lugar u horario habitual                                     | \$43.859              |
| 16006                   | Exodoncia simple                                                                              | \$35.885              |
| 16007                   | Exodoncia a colgajo                                                                           | \$59.808              |
| 16008                   | Exodoncia de piezas incluidas o de implantes previamente instalados                           | \$95.693              |
| 16009                   | Exodoncia Compleja                                                                            | \$398.720             |
| 16010                   | Tratamiento de pericoronaritis, alveolorragea y/o alveolitis                                  | \$35.885              |
| 16011                   | Alveoloplastia (no incluye exodoncias)                                                        | \$109.648             |
| 16012                   | Tratamiento de comunicación bucosinusal inmediata a exodoncia                                 | \$87.718              |
| 16013                   | Cirugia complementaria a exodoncia complicada (remoción de agujas u otros c/e)                | \$175.437             |
| 16014                   | Plastia de comunicación bucosinusal o retiro de cuerpo extraño en seno maxilar                | \$219.296             |
| 16015                   | Reconstrucción de rebordes con injerto (auto, homo o heteroinjerto) o elementos haloplásticos | \$219.296             |
| 16018                   | Reconstrucción de mandibula post resección compleja                                           | \$438.592             |
| 16019                   | Reconstrucción de mandibula post resección bilateral                                          | \$877.184             |
| 16020                   | Toma de injerto de cartilago o de tejidos blandos (piel, mucosa)                              | \$219.296             |
| 16021                   | Toma de injerto óseo intraoral                                                                | \$219.296             |
| 16022                   | Toma de injerto óseo extraoral                                                                | \$328.944             |
| 16024                   | Implante haloplástico (malar, mentón, frontal)                                                | \$328.944             |
| 16025                   | Infiltraciones no estéticas de fármacos (esclerosantes, esteroides, colágeno, etc.)           | \$115.629             |
| 16026                   | Punciones aspirativas (hematoma, etc)                                                         | \$109.648             |
| 16029                   | Tratamiento médico del dolor (cada sesión)                                                    | \$32.894              |
| 16030                   | Infiltraciones tronculares intraorales                                                        | \$43.859              |
| 16031                   | Infiltraciones tronculares extraorales                                                        | \$65.789              |
| 16033                   | Tratamiento de la disfunción dolorosa de ATM (por sesión)                                     | \$32.894              |
| 16035                   | Artrocentesis                                                                                 | \$199.360             |
| 16036                   | Artroscopia                                                                                   | \$219.296             |
| 16037                   | Condilectomia mandibular                                                                      | \$383.768             |
| 16038                   | Condilectomia temporal                                                                        | \$383.768             |
| 16039                   | Coronoidectomia                                                                               | \$219.296             |
| 16040                   | Meniscopexia                                                                                  | \$383.768             |
| 16041                   | Tratamiento quirúrgico de la anquilosis ATM                                                   | \$438.592             |
| 16042                   | Reconstrucción de la ATM                                                                      | \$438.592             |
| 16043                   | Reconstrucción de la ATM con reemplazo total                                                  | \$603.064             |

|       |                                                                                  |             |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 16044 | Tratamiento quirúrgico de la fractura de cóndilo uni o bilateral                 | \$438.592   |
| 16045 | Estudio de trismus (clínico - imagenología - interconsultas)                     | \$164.472   |
| 16046 | Resección o plastía de frenillos, bridas o sinequias                             | \$55.821    |
| 16047 | Vestibuloplastía simple                                                          | \$109.648   |
| 16048 | Vestibuloplastía compleja (con injerto u otros sistemas de contención)           | \$285.085   |
| 16049 | Plastía de rebordes alveolares, paladar duro, turberosidad y otros               | \$219.296   |
| 16050 | Implante cigomático y otros extra alveolares                                     | \$328.944   |
| 16051 | Abordaje submentoniano para intubación submental                                 | \$131.578   |
| 16052 | Cirugía apical y pararradicular con / sin relleno a retro (incisivos o caninos)  | \$87.718    |
| 16053 | Cirugía apical y pararradicular con / sin relleno a retro (premolares o molares) | \$114.606   |
| 16054 | Fenestración simple                                                              | \$76.754    |
| 16055 | Fenestración compleja                                                            | \$87.718    |
| 16057 | Osteotomía correctora del cigoma                                                 | \$219.296   |
| 16058 | Osteotomía Segmentaria del maxilar                                               | \$328.944   |
| 16059 | Osteotomía le Fort I                                                             | \$932.008   |
| 16060 | Osteotomía segmentaria de mandíbula                                              | \$328.944   |
| 16061 | Osteotomía mandibular en el cuerpo                                               | \$548.240   |
| 16063 | Osteotomía vertical de rama mandibular                                           | \$767.536   |
| 16064 | Osteotomía sagital de rama mandibular                                            | \$767.536   |
| 16065 | Osteotomía de rama: abordaje cutáneo                                             | \$877.184   |
| 16066 | Genioplastía                                                                     | \$328.944   |
| 16067 | Cirugía ortognática combinada (doble)                                            | \$1.315.776 |
| 16068 | Distracción osteogénica alveolar                                                 | \$274.120   |
| 16069 | Distracción osteogénica mandibular                                               | \$383.768   |
| 16070 | Distracción osteogénica maxilar                                                  | \$328.944   |
| 16071 | Distracción osteogénica del recién nacido                                        | \$383.768   |
| 16072 | Distracción osteogénica craneofacial                                             | \$383.768   |
| 16073 | Glosoplastía                                                                     | \$219.296   |
| 16074 | Cierre primario de fisura lateral (macrostomía)                                  | \$274.120   |
| 16075 | Cierre primario de fisura maxilopalatina (1er tiempo)                            | \$328.944   |
| 16076 | Cierre primario de fisura maxilopalatina o cierre maxilar (2do tiempo)           | \$219.296   |
| 16077 | Cierre secundario o fisura maxilopalatina                                        | \$328.944   |
| 16078 | Cierre labio fisurado unilateral primario                                        | \$328.944   |
| 16079 | Cierre labio fisurado unilateral secundario                                      | \$274.120   |
| 16080 | Cierre labio fisurado bilateral primario                                         | \$438.592   |
| 16081 | Cierre labio fisurado bilateral secundario                                       | \$328.944   |
| 16082 | Gingivoperiostioplastía unilateral                                               | \$220.731   |
| 16083 | Cierre fistula buconasal                                                         | \$164.472   |
| 16084 | Faringoplastía                                                                   | \$328.944   |
| 16085 | Uvuloplastía                                                                     | \$219.296   |
| 16086 | Plastía nasal parcial                                                            | \$328.944   |

|       |                                                                                             |             |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 16087 | Vestibuloplastia                                                                            | \$109.648   |
| 16088 | Osteotomía Le Fort II                                                                       | \$986.832   |
| 16089 | Osteotomía Le Fort III                                                                      | \$986.832   |
| 16090 | Cirugía de las craneosinostosis                                                             | \$986.832   |
| 16091 | Exodoncia pieza semi incluida                                                               | \$87.718    |
| 17001 | Biopsia de mucosa (no incluye laboratorio)                                                  | \$43.859    |
| 17002 | Biopsia de piel (no incluye laboratorio)                                                    | \$54.824    |
| 17003 | Biopsia ósea                                                                                | \$87.718    |
| 17004 | Biopsia por punción (no incluye laboratorio)                                                | \$43.859    |
| 17005 | Biopsia ósea mas instalación de collera (descompresión)                                     | \$219.296   |
| 17006 | Enucleación de quiste o tumor simple                                                        | \$154.504   |
| 17007 | Enucleación de quiste o tumor, con tratamiento del lecho operatorio                         | \$275.848   |
| 17008 | Resección marginal quiste o tumor con reconstrucción (no incluye toma de injerto)           | \$493.416   |
| 17009 | Resección radical quiste o tumor con reconstrucción (no incluye toma de injerto)            | \$657.888   |
| 17010 | Maxilectomía con reconstrucción (no incluye toma de injerto)                                | \$877.184   |
| 17011 | Hemimandibulectomía con reconstrucción (no incluye toma de injerto)                         | \$877.184   |
| 17012 | Mandibulectomía con reconstrucción (no incluye toma de injerto)                             | \$1.315.776 |
| 17013 | Exeresis de mucocoele                                                                       | \$110.314   |
| 17014 | Exeresis de calculos salivales (intraoral)                                                  | \$197.366   |
| 17015 | Exéresis de glándulas sublingual                                                            | \$328.944   |
| 17016 | Exéresis de glándulas submandibular                                                         | \$657.888   |
| 17017 | Tratamiento quirúrgico de fistula salival                                                   | \$197.366   |
| 18001 | Toma de muestra para cultivo                                                                | \$22.914    |
| 18002 | Tratamiento de absceso submucoso (vestibulo, paladar)                                       | \$55.821    |
| 18003 | Tratamiento de absceso submucoso (piso de boca, periamigdaliano)                            | \$114.791   |
| 18004 | Tratamiento de absceso cutáneo                                                              | \$68.767    |
| 18005 | Tratamiento de estomatitis infecciosas (guna, etc)                                          | \$55.821    |
| 18006 | Secuestrectomia y/o aseo quirúrgico de pericoronaritis, osteomielitis u osteorradionecrosis | \$131.578   |
| 18007 | Tratamiento de infección periimplantaria (por sesión)                                       | \$74.495    |
| 18009 | Tratamiento medico de celulitis (flegmon) cervicofacial                                     | \$160.445   |
| 18010 | Tratamiento médico-quirurgico de celulitis (flegmon) cervicofacial unilateral               | \$219.296   |
| 18011 | Tratamiento médico-quirurgico de celulitis (flegmon) cervicofacial bilateral                | \$328.944   |
| 18012 | Tratamiento quirúrgico de paraflegmones                                                     | \$548.240   |
| 18013 | Tratamiento de heridas de la mucosa bucal (simples)                                         | \$43.859    |
| 18014 | Tratamiento de heridas de la mucosa bucal (complejas o bajo anestesia general)              | \$87.718    |
| 18015 | Tratamiento de heridas faciales simples (hasta 5 cms. o que solo comprometen piel)          | \$65.789    |

|       |                                                                                                                            |             |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 18016 | Tratamiento de heridas faciales complejas (más de 5 cm. o que comprometen músculos, nervios o conductos)                   | \$175.437   |
| 18017 | Reducción e inmovilización de luxación dentaria simple (hasta 2 piezas)                                                    | \$54.824    |
| 18018 | Reducción e inmovilización de luxación dentaria compleja (por segmento)                                                    | \$109.648   |
| 18019 | Tratamiento de fractura dentaria (manejo de urgencia)                                                                      | \$43.859    |
| 18020 | Reimplante dentario único                                                                                                  | \$65.789    |
| 18021 | Reimplante dentario múltiple                                                                                               | \$109.648   |
| 18022 | Tratamiento de fractura mandibular cerrada                                                                                 | \$219.296   |
| 18023 | Reducción cerrada de fractura (mandíbula, maxilar o cigoma)                                                                | \$219.296   |
| 18024 | Reducción y OTS única de fractura (mandíbula, maxilar o cigoma)                                                            | \$328.944   |
| 18025 | Reducción y OTS múltiples de fractura (2 o mas) (mandíbula, maxilar o cigoma)                                              | \$438.592   |
| 18026 | Reducción y reparación de fractura orbitaria (blow out) (con implantes o injertos)                                         | \$438.592   |
| 18027 | Reducción y OTS de fracturas extendidas tipo Le Fort (con abordajes múltiples)                                             | \$548.240   |
| 18028 | Reducción y OTS de fracturas panfaciales con abordaje coronal y/u otros en conjunto con equipos quirurgicos. Tiempo facial | \$767.536   |
| 18029 | Reconstrucción de partes duras y blandas de la cara mediante abordajes múltiples, hemicoronal o bicoronal                  | \$877.184   |
| 18030 | Remoción de arcos o elementos de contención                                                                                | \$76.754    |
| 18031 | Remoción de elementos de síntesis                                                                                          | \$109.648   |
| 18032 | Reducción cerrada de fractura nasal                                                                                        | \$87.718    |
| 18033 | Taponamiento nasal anterior                                                                                                | \$32.894    |
| 18034 | Taponamiento nasal posterior                                                                                               | \$87.718    |
| 18035 | Pabellón 25%                                                                                                               | \$1.096.480 |
| 18036 | Anestesista 30%                                                                                                            | \$1.096.480 |
| 18037 | Ayudante 1° 25%                                                                                                            | \$1.096.480 |
| 18038 | Ayudante 2° 20%                                                                                                            | \$717.696   |
| 18039 | Arsenalera 7%                                                                                                              | \$39.886    |
| 18040 | Laboratorio de Cirugía                                                                                                     | \$1.993.600 |
| 18041 | Medicamentos e insumos Cubiertos                                                                                           | \$1.096.480 |
| 18042 | Medicamentos o Insumos básicos no cubiertos                                                                                | \$1.096.480 |
| 18043 | Urgencia de Cirugía (1 sesión)                                                                                             | \$39.872    |
| 18901 | Laboratorio: Plasma rico en Fibrina o en Plaquetas (PRF o PRP)                                                             | \$239.232   |
| 18902 | Laboratorio Cirugía: Membrana Regenerativa                                                                                 | \$627.984   |

| h) ENDODONCIA |                                                                 |                       |
|---------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------|
| Código        | Prestación                                                      | Arancel de referencia |
| 8001          | Diagnóstico con vitalometría                                    | \$16.447              |
| 8002          | Trepanación de urgencia                                         | \$28.642              |
| 8003          | Vaciamiento de abscesos                                         | \$34.384              |
| 8006          | Desobturación parcial de conductos para anclaje                 | \$17.942              |
| 8007          | Endodoncia en incisivos y caninos vitales                       | \$91.706              |
| 8008          | Endodoncia en incisivos y caninos no vitales sin lesión         | \$99.680              |
| 8009          | Endodoncia en incisivos y caninos no vitales con lesión         | \$109.648             |
| 8010          | Endodoncia premolares vitales                                   | \$103.667             |
| 8011          | Endodoncia premolares no vitales sin lesión                     | \$109.648             |
| 8012          | Endodoncia premolares no vitales con lesión                     | \$115.629             |
| 8013          | Endodoncia premolares trirradiculares (sin lesión)              | \$149.520             |
| 8014          | Endodoncia premolares trirradiculares (con lesión)              | \$173.443             |
| 8015          | Endodoncia en molar superior vital                              | \$149.520             |
| 8016          | Endodoncia en molar inferior vital                              | \$139.552             |
| 8017          | Endodoncia en molar superior no vital sin lesión                | \$175.437             |
| 8018          | Endodoncia en molar superior no vital con lesión                | \$195.373             |
| 8019          | Endodoncia en molar inferior no vital sin lesión                | \$171.450             |
| 8020          | Endodoncia en molar inferior no vital con lesión                | \$179.424             |
| 8021          | Retratamiento incisivos y caninos sin lesión                    | \$180.919             |
| 8022          | Retratamiento incisivos y caninos con lesión                    | \$186.402             |
| 8023          | Retratamiento premolares sin lesión                             | \$191.884             |
| 8024          | Retratamiento premolares con lesión                             | \$202.849             |
| 8025          | Retratamiento premolares trirradiculares sin lesión             | \$230.261             |
| 8026          | Retratamiento premolares trirradiculares con lesión             | \$241.226             |
| 8027          | Retratamiento molar superior o inferior sin lesión apical       | \$241.226             |
| 8028          | Retratamiento molar superior e inferior con lesión apical       | \$263.155             |
| 8029          | Control de especialidad (Endodoncia)                            | \$23.923              |
| 8030          | Diagnóstico pulpar                                              | \$21.930              |
| 8032          | Recubrimiento pulpar directo o indirecto                        | \$33.891              |
| 8033          | Pulpotomía en pieza permanente joven (parcial o total)          | \$54.824              |
| 8034          | Inducción al cierre apical mediata (por sesión)                 | \$32.894              |
| 8035          | Inducción al cierre apical inmediata (por sesión - incluye MTA) | \$54.824              |
| 8036          | Tratamiento de revascularización (valor por cada sesión)        | \$54.824              |
| 8037          | Sesión de medicación intraconducto                              | \$36.882              |
| 8038          | Trepanación de incrustaciones y ferulas                         | \$22.926              |
| 8039          | Desobturación para repetir tratamiento                          | \$23.923              |
| 8040          | Conducto Calcificado (por sesión)                               | \$34.358              |
| 8041          | Sellado de perforaciones y falsas vías                          | \$45.853              |
| 8042          | Instrumentación mecanizada                                      | \$36.882              |
| 8043          | Retiro de instrumento fracturado del conducto                   | \$22.926              |
| 8044          | Retiro de espiga colada o preformada del conducto               | \$49.342              |
| 8045          | Obturación con técnicas termoplásticas                          | \$43.859              |
| 8046          | Aislación unitaria compleja                                     | \$11.497              |
| 8047          | Reconstrucción para aislamiento                                 | \$32.894              |

|      |                                                                                       |           |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 8048 | Doble sellado post Endodoncia                                                         | \$27.412  |
| 8049 | Gingivectomía unitaria para aislación                                                 | \$22.926  |
| 8050 | Apicectomía                                                                           | \$91.706  |
| 8051 | Apicectomía y obturación a retro (incluye MTA)                                        | \$171.450 |
| 8052 | Radectomía y/o hemisección                                                            | \$87.718  |
| 8053 | Blanqueamiento de pieza desvitalizada: tratamiento químico intra cameral (por sesión) | \$45.853  |
| 8054 | Ferulización por grupo (por traumatismo dentoalveolar)                                | \$109.648 |
| 8055 | Radiografía retroalveolar de conductometría                                           | \$5.981   |
| 8056 | Radiografía retroalveolar control obturación                                          | \$5.981   |
| 8057 | Radiografía retroalveolar control de desobturación parcial o total                    | \$5.981   |
| 8058 | Microscopía                                                                           | \$54.824  |

| i) PRÓTESIS FIJA |                                                                                                              |                       |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| Código           | Prestación                                                                                                   | Arancel de referencia |
| 6001             | Primera consulta, examen y diagnóstico preliminar en Rehabilitación                                          | \$16.447              |
| 6002             | Control de especialidad (prótesis fija)                                                                      | \$23.923              |
| 6003             | Examen y estudio rehabilitador: radiografías, modelos, fotografías, examen de laboratorio, presupuesto, etc. | \$38.377              |
| 6004             | Depromoción mediante Jig (protesis fija)                                                                     | \$54.824              |
| 6005             | Estabilizador mandibular mediante plano deprogramador (mínimo 3 meses)                                       | \$328.944             |
| 6006             | Montaje en articulador (prótesis fija o removible)                                                           | \$55.157              |
| 6007             | Encerado de diagnóstico                                                                                      | \$57.814              |
| 6008             | Mock-Up                                                                                                      | \$79.744              |
| 6009             | Corona provisoria de acrílico o policarbonato                                                                | \$59.808              |
| 6010             | Prótesis fija o Corona metálica completa o 3/4                                                               | \$142.542             |
| 6014             | Prótesis fija o Corona de porcelana completa o sobre zircónio (casquete cerámico)                            | \$259.168             |
| 6015             | Prótesis fija o Corona de porcelana sobre metal                                                              | \$212.651             |
| 6016             | Espiga muñón colado simple                                                                                   | \$76.754              |
| 6017             | Espiga muñón colado bipartito o pasante                                                                      | \$87.718              |
| 6018             | Espiga muñón preformado o postes de fibra de vidrio                                                          | \$99.680              |
| 6019             | Tallado de retenciones adicionales (cajas, rieleras, etc)                                                    | \$21.930              |
| 6020             | Retiro de espiga colada o preformada del conducto                                                            | \$49.840              |
| 6021             | Retiro de prótesis fijas existente                                                                           | \$23.126              |
| 6022             | Carillas indirectas (cualquier tipo o material)                                                              | \$239.232             |
| 6023             | Corona inserción Prótesis fija Plural                                                                        | \$239.232             |
| 6024             | Incrustación metálica como inserción en Prótesis fija Plural                                                 | \$120.282             |
| 6025             | Intermediario dento o implantosoportada en Prótesis fija Plural                                              | \$166.135             |
| 6026             | Inserciones para puente Maryland                                                                             | \$103.268             |
| 6027             | Intermediarios para puente Maryland                                                                          | \$91.839              |
| 6028             | Frente estético: Maryland o porcelana                                                                        | \$120.282             |
| 6030             | Recementación corona sin correcciones                                                                        | \$28.642              |
| 6031             | Recementación corona con ajuste operatorio                                                                   | \$45.853              |
| 6032             | Recementación puente definitivo sin correcciones                                                             | \$40.071              |

|      |                                                                                       |             |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 6033 | Recementación puente con ajuste operatorio                                            | \$57.151    |
| 6034 | Artificios como anclaje de precisión                                                  | \$38.377    |
| 6035 | Instalación pilar sobre implante                                                      | \$65.789    |
| 6036 | Corona provisoria sobre implante                                                      | \$56.818    |
| 6037 | Protesis fija sobre implante atornillada o cementada                                  | \$274.453   |
| 6038 | Intermediario Resina                                                                  | \$199.360   |
| 6039 | Prótesis total o parcial implanto retenida                                            | \$398.720   |
| 6040 | Prótesis total sobre implante (Ad Modum)                                              | \$1.295.840 |
| 6041 | Protesis total o parcial implanto soportada (no incluye broches)                      | \$538.272   |
| 6042 | Instalación de broches (O-ring)                                                       | \$175.437   |
| 6043 | Barra para protesis sobre implante                                                    | \$286.415   |
| 6044 | Desmontaje de prótesis y profilaxis                                                   | \$91.706    |
| 6045 | Recambio de O'ring o Clip de barra (no incluye valor de aditamentos)                  | \$68.767    |
| 6046 | Reapriete o cambio de tornillos prótesis (c/u) (no incluye valor de tornillo)         | \$29.904    |
| 6047 | Cambio acondicionador de tejidos                                                      | \$21.930    |
| 6048 | Prótesis Removible provisoria                                                         | \$54.824    |
| 6049 | Laboratorio de protesis fija                                                          | \$1.395.520 |
| 6058 | Retiro de prótesis fija sobre implantes                                               | \$49.620    |
| 6062 | Diseño Digital de Sonrisa                                                             | \$65.789    |
| 6063 | Reparación órtesis sobre implante con o sin toma de impresión                         | \$69.975    |
| 6162 | Aplicación Fibra Ribbond                                                              | \$33.000    |
| 6169 | Laboratorio: Dispositivo de avance mandibular                                         | \$240.000   |
| 6901 | Laboratorio: Corona Provisoria de Acrílico (por pieza)                                | \$79.744    |
| 6902 | Laboratorio: Incrustación metálica                                                    | \$159.488   |
| 6906 | Laboratorio: Intermediario prótesis fija (por pieza)                                  | \$159.488   |
| 6907 | Laboratorio: Espiga muñón Colada o Preformada (por pieza)                             | \$79.744    |
| 6908 | Laboratorio: Incrustación o corona de Inserción (por pieza)                           | \$119.616   |
| 6909 | Laboratorio: Incrustación Porcelana, disilicato de litio, etc.                        | \$239.232   |
| 6910 | Laboratorio: Prótesis Fija Unitaria (coronas cualquier tipo y material)               | \$239.232   |
| 6912 | Laboratorio: Carilla (cualquier tipo: porcelana, disilicato de litio, cerómero, etc.) | \$239.232   |
| 6914 | Laboratorio: Incrustación cerómero                                                    | \$199.360   |
| 6915 | Laboratorio: Encía rosada en resina                                                   | \$15.000    |
| 6916 | Laboratorio: Encerado (por pieza)                                                     | \$29.904    |
| 6917 | Laboratorio: Casquete metálico                                                        | \$79.744    |
| 6918 | Laboratorio: Casquete zirconio                                                        | \$99.680    |
| 6919 | Laboratorio: Aplicación de Porcelana                                                  | \$79.744    |

| j) IMPLANTOLOGÍA |                                                                                               |                       |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| Código           | Prestación                                                                                    | Arancel de referencia |
| 20001            | Primera consulta, examen y diagnóstico preliminar en Implantología                            | \$22.926              |
| 20002            | Diagnóstico, Estudio inicial de modelos y plan de tratamiento implantológico                  | \$55.171              |
| 20003            | Interconsulta prequirúrgica para implantes                                                    | \$32.894              |
| 20004            | Montaje en articulador y encerado de diagnóstico para implantes (no incluye laboratorio)      | \$57.416              |
| 20005            | Análisis de estudio tomográfico (RX) y registro fotográfico                                   | \$21.930              |
| 20006            | Control de especialidad (Implantología)                                                       | \$22.861              |
| 20008            | Toma de muestra para examen microbiológico                                                    | \$10.965              |
| 20009            | Extracciones simples para implantes                                                           | \$34.557              |
| 20010            | Extracciones complejas para implantes                                                         | \$47.846              |
| 20011            | Instalación quirúrgica de implantes oseointegrado (no incluye implante)                       | \$320.306             |
| 20013            | Conexión de implante (no incluye valor de aditamentos)                                        | \$34.423              |
| 20015            | Reconstrucción de rebordes con injerto (auto, homo o heteroinjerto) o elementos haloplásticos | \$398.720             |
| 20016            | Toma de injerto intraoral (mentón, rama, tuberosidad) (no incluye insumos)                    | \$229.264             |
| 20017            | Manejo de injerto intraoral y extraoral                                                       | \$219.296             |
| 20018            | Elevación de piso de seno maxilar (para instalación de implantes)                             | \$343.830             |
| 20020            | Injerto tejido conectivo (por zona)                                                           | \$93.201              |
| 20023            | Ayudantía quirúrgica 25%                                                                      | \$1.096.480           |
| 20025            | Laboratorio de implantes                                                                      | \$1.993.600           |
| 20031            | Confección de Guías radiográfico quirúrgicas por maxilar (no incluye laboratorio)             | \$57.416              |
| 20032            | Pilar muñón sobre implantes                                                                   | \$119.616             |
| 20901            | Laboratorio: Provisorio sobre implante (por pieza)                                            | \$89.712              |
| 20903            | Laboratorio: Transfer de implante                                                             | \$99.680              |
| 20904            | Laboratorio: Membrana de colágeno                                                             | \$438.592             |
| 20905            | Laboratorio: Puros Hueso (cc)                                                                 | \$677.824             |
| 20906            | Laboratorio: Barra sobre implante                                                             | \$598.080             |
| 20907            | Laboratorio: Corona sobre Implante Cementada (por pieza)                                      | \$318.976             |
| 20908            | Laboratorio: Insumos Protésicos implante (por pieza)                                          | \$598.080             |
| 20909            | Laboratorio: Tornillo (por pieza)                                                             | \$39.872              |
| 20910            | Laboratorio: Prótesis Ad Modum (por arcada)                                                   | \$1.196.160           |
| 20911            | Laboratorio: Corona sobre Implante Atornillada (por pieza)                                    | \$318.976             |
| 20912            | Laboratorio: Implante oseointegrado (por implante)                                            | \$299.040             |
| 20913            | Laboratorio: Intermediario prótesis fija sobre implante (por pieza)                           | \$199.360             |
| 20914            | Laboratorio: Muñón implante                                                                   | \$159.488             |
| 20915            | Laboratorio: Guía quirúrgica                                                                  | \$279.104             |
| 20916            | Laboratorio: Injertos (Auto, Alo, Xenoinjerto - Cualquier tipo)                               | \$677.824             |

| k) PROTESIS REMOVIBLE |                                                                           |                       |
|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| Código                | Prestación                                                                | Arancel de referencia |
| 7001                  | Protesis total superior de acrílico                                       | \$212.027             |
| 7002                  | Protesis total inferior de acrílico                                       | \$212.027             |
| 7003                  | Juego de protesis totales superior e inferior acrílico                    | \$418.656             |
| 7004                  | Prótesis Parcial de base Acrílica superior o inferior                     | \$171.902             |
| 7005                  | Prótesis Parcial de base Metálica superior o inferior                     | \$206.298             |
| 7006                  | Prótesis Unilateral de base Acrílica superior o inferior                  | \$165.549             |
| 7007                  | Prótesis Unilateral de base Metálica superior o inferior                  | \$183.371             |
| 7008                  | Protesis inmediata                                                        | \$199.360             |
| 7009                  | Rebasado total                                                            | \$57.310              |
| 7010                  | Reparación de prótesis con toma de impresión                              | \$34.384              |
| 7011                  | Reparación de prótesis sin toma de impresión                              | \$22.914              |
| 7012                  | Artificios de anclaje para protesis de complementación                    | \$40.099              |
| 7013                  | Laboratorio de protesis removible                                         | \$1.395.520           |
| 7027                  | Laboratorio: Rebasado con acondicionador de tejido                        | \$40.000              |
| 7030                  | Prótesis total superior o inferior en maxilares con reabsorción extrema   | \$264.870             |
| 7031                  | Control de especialidad (prótesis removible)                              | \$23.923              |
| 7032                  | Prótesis Cucharita                                                        | \$76.754              |
| 7901                  | Laboratorio: Prótesis Parcial Metálica (por arcada)                       | \$259.168             |
| 7902                  | Laboratorio: Prótesis Parcial Acrílica (por arcada)                       | \$199.360             |
| 7903                  | Laboratorio: Prótesis cucharita                                           | \$99.680              |
| 7904                  | Laboratorio: Prótesis total (por arcada)                                  | \$199.360             |
| 7905                  | Laboratorio: Reparación prótesis con o sin toma de impresión (por arcada) | \$99.680              |
| 7906                  | Laboratorio: Prótesis Valplast                                            | \$199.360             |
| 7907                  | Laboratorio: Rebasado Total (por prótesis)                                | \$139.552             |
| 7908                  | Laboratorio: Cubeta Individual                                            | \$39.872              |
| 7909                  | Laboratorio: Placa de Altura                                              | \$39.872              |
| 7910                  | Laboratorio: Prótesis inmediata                                           | \$239.232             |