

## ASISTENCIA DENTAL

### DESCRIPCIÓN

La presente asistencia considera las siguientes prestaciones:

Prestaciones Incluidas	% de cobertura sobre el copago	Tope anual por beneficiario
Limpieza Dental	100%	1/ Año
Radiografías retroalveolares (cada placa)	100%	8/ Año
Radiografía retroalveolar Total	100%	1/ Año
Fluoración tópica con barniz resina	70% arancel IntegraMédica	1/ Año

Se incluye dentro de esta Asistencia, un beneficio adicional del **60% de descuento sobre el arancel de IntegraMédica** en las prestaciones no descritas en la tabla anterior.

La aplicación de la Asistencia Dental IntegraMédica se hará efectiva una vez aplicados los beneficios y coberturas del sistema de salud previsional respectivo, así como también los de cualquier otro beneficio, Plan o seguro que posea el beneficiario.

La cobertura de los gastos incluidos en la presente Asistencia se hará efectiva sólo respecto de aquellas prestaciones detalladas en el cuadro precedente y que se hubieren ejecutado en alguno de los Centros Médicos pertenecientes a la Red de IntegraMédica.

### COPAGO

El valor del copago corresponde a la diferencia entre los gastos totales en que incurra el beneficiario en prestaciones realizadas en IntegraMédica y el monto de cobertura y reembolso del sistema de salud previsional del beneficiario, otros seguros y otras coberturas de salud a que tenga derecho.

### EXCLUSIONES

La presente Asistencia Dental no cubre:

- Prestaciones que no se encuentren detalladas en el apartado de Descripción de la Asistencia.
- Prestaciones dentales que no hubieren sido ejecutadas en alguno de los Centros Dentales pertenecientes a IntegraMédica.
- Medicamentos.

### REQUISITOS PARA OPTAR A LA ASISTENCIA

El Prestador no asumirá ni otorgará beneficio o prestación médica alguna, ni podrá verse obligado a efectuar ningún tipo de devolución, descuento o compensación, respecto de aquellos gastos que se originen y que hubiesen sido realizados o practicados en hospitales,

clínicas, fundaciones y en general, cualquier tipo de centro asistencial que no sean los Establecimientos del Prestador.

Constituyen requisitos para optar a la Asistencia Dental:

- a. Que la prestación correspondiente se encuentre incluida en el apartado de Descripción de la Asistencia del presente documento y fuese realizada en Establecimientos del Prestador.
- b. Que el costo de la prestación se encuentre debidamente pagado por la Compañía.
- c. Que no se hubiese alcanzado el tope anual por Beneficiario.

No estarán cubiertos aquellos gastos que se originen producto de atenciones, consultas y/o procedimientos realizados fuera de los Establecimientos Prestadores o boletas que no hayan sido emitidas por alguno de los Establecimientos Prestadores, aun cuando se trate de médicos pertenecientes al staff del Prestador directa o indirectamente.

### **REQUISITOS DE INCORPORACIÓN Y MANTENCIÓN DE ASEGURADOS**

Para poder suscribir y mantener vigente los beneficios de la presente Asistencia, el beneficiario deberá cumplir con los siguientes requisitos:

Asistencia	Tipo de Beneficiario	Edad Mínima de Ingreso	Edad Máxima de Ingreso	Edad Máxima de Permanencia
Dental IntegraMédica	Titular	18 años	69 años y 364 días	75 años y 364 días

### **FUNCIONAMIENTO DE LA ASISTENCIA**

Para hacer uso de la asistencia, el Asegurado deberá agendar la visita a través de los medios dispuestos por IntegraMédica para estos efectos, a saber:

- Agendamiento Web: [www.integramedica.cl](http://www.integramedica.cl)
- Call Center: 600 636 6666

El beneficiario de la presente asistencia deberá presentarse en el Centro Médico con su cédula de identidad u otro documento de identificación vigente, figurar inscrito y vigente en la base de datos que se encuentra en poder de IntegraMédica y no constar la caducidad o cancelación de su calidad de Beneficiario por otro medio o documento.

La presente Asistencia funcionará con bonificación en línea en el Centro Médico de IntegraMédica. En los casos excepcionales en que la bonificación no opere en línea, el beneficiario deberá financiar el copago de la prestación y gestionar su posterior reembolso haciendo entrega de una copia de la boleta o del bono de la prestación, de la Orden Médica e incluyendo sus datos de cuenta bancaria para que IntegraMédica pueda realizar la posterior transferencia electrónica. Dichos antecedentes deben ser enviados a la casilla de correo electrónico [servicio.asistencias@bupa.cl](mailto:servicio.asistencias@bupa.cl), dentro de un plazo máximo de 90 días corridos contados desde la fecha de la prestación.

## **RESPONSABILIDAD DE LOS BENEFICIARIOS EN LOS TRATAMIENTOS**

El Beneficiario que reciba prestaciones de salud por esta Asistencia Dental, será el exclusivo responsable de cumplir con sus deberes como paciente, entre los cuales y por vía meramente ejemplar, se encuentra el dar cumplimiento a los tratamientos prescritos e indicaciones médicas, asistir a controles y chequeos médicos respectivos, todo lo anterior sin responsabilidad alguna para el Prestador..

## **CANALES DE COMUNICACIÓN**

En caso de consultas o reclamos el beneficiario deberá contactarse a través de los siguientes canales:

- Llamando al Call Center Atención: 600 391 9000 • opción 5 o,
- Enviando un correo a la casilla: [servicio.asistencias@bupa.cl](mailto:servicio.asistencias@bupa.cl)