



Best Meridian Insurance Company
PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE
SALUD – CONTRATO TIPO

ADITAMENTO PLAN AMPLIO INTEGRAL E

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

COMPROMISO DE LA ASEGURADORA

Best Meridian Insurance Company, Cédula Jurídica 3-012-622635, aseguradora autorizada por la Superintendencia General de Seguros de Costa Rica e inscrita mediante resolución SGS-R-408-2010 bajo la licencia A10, en lo sucesivo denominada “La Aseguradora”, otorga el presente Aditamento que será adherido a la Póliza de Seguro Colectivo de Salud – Contrato Tipo, sujeto a sus estipulaciones, exclusiones y a las siguientes condiciones y previo al pago de la prima adicional establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza.

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

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

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

FIRMA
Representante Legal

PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE SALUD – CONTRATO TIPO
ADITAMENTO PLAN AMPLIO INTEGRAL E

Plan Amplio Integral E

CLÁUSULA 1.- DEFINICIONES

Adicional a las definiciones indicadas en las Condiciones Generales de la Póliza, para los efectos de este Contrato, las palabras, términos y frases que a continuación se indican, tendrán el significado siguiente:

- **Ajuste Oclusal:** desgaste programado realizado a las superficies de mordida de los dientes, que permite la correcta articulación entre el maxilar superior e inferior, a fin de evitar o corregir los trastornos temporomandibulares (ATM) más comunes como son bloqueo de la mandíbula, ruidos (chasquidos chirridos) o espasmos musculares.
- **Amalgama:** Es una aleación de mercurio con uno o más metales que fundidos a temperatura ambiente adoptan una cristalización característica, confiriéndole determinadas propiedades, empleada para restaurar dientes permanentes o temporales en el sector posterior.
- **Anestesia:** Aplicación local dental en la zona afectada para llevar a cabo el plan de tratamiento indicado por el odontólogo tratante.
- **Corona Individual Metal Porcelana:** Prótesis individual, fija, de porcelana fundida sobre un casquete o funda de metal (níquel-cromo) que cubre la totalidad de la pieza dental, restaurando la forma, el color y el tamaño original de la misma. La corona dental proporciona la fuerza requerida para resistir la presión de la masticación, devolviendo la forma y anatomía requerida al diente destruido.
- **Exámenes De Laboratorio (Perfil 20):** un conjunto de pruebas que ofrece a los odontólogos información para llevar a cabo procedimientos quirúrgicos indicados.
- **Exodoncia O Extracción Simple En Dientes Permanentes O Temporales:** Procedimiento en el que se practica la remoción de la estructura dentaria permanente o temporal de su alvéolo mediante el uso de técnicas simples e instrumental específico.
- **Exodoncias Quirúrgicas:** Procedimiento en el que se practica la remoción de la estructura dentaria permanente de su alvéolo mediante el

uso de una técnica compleja que incluye levantamiento de un colgajo, eliminación de hueso y/o seccionamiento del diente. Aplica en aquellos casos en los que no se puede realizar la técnica clásica de fórceps como por ejemplo en dientes incluidos, coronas destruidas, raíces divergentes, dilaceraciones e hiper cementosis.

- **Historia Clínica:** Documento médico legal que se realiza para determinar las diferentes patologías (enfermedades) bucodentales presentes en un determinado individuo. Usualmente se apoya en el estudio de los modelos, para lo cual se toma una impresión a las arcadas dentarias del paciente (rebordes maxilares) y en un estudio radiográfico, para detectar enfermedad no visible al ojo clínico (vista común).
- **Plan De Tratamiento:** Secuencia de medidas terapéuticas propuestas por el odontólogo tratante para controlar la dolencia del paciente.
- **Profilaxis:** Es la remoción mecánica de la placa bacteriana o dental, que es una película transparente formada por microorganismos que se adhieren a la superficie dental. Esta película es un agente fundamental en la formación de la caries. Al eliminarla se previene el desarrollo de la misma. También es conocida en términos odontológicos como Higiene Bucal.
- **Pronóstico:** Indicios de recuperación para un paciente cuyo diagnóstico ha sido anteriormente establecido.
- **Proveedor de Servicios:** Es la persona jurídica que administra la Red de Proveedores de Servicios Odontológicos autorizados por la Aseguradora a nivel nacional, que adicionalmente coordina los servicios y atenciones que se detallan en este Aditamento, cada vez que el Asegurado los requiera.
- **Puente Fijo:** prótesis dental fija que reemplaza uno o más dientes perdidos, la cual es cementada sobre los dientes adyacentes al espacio edentulo (sin dientes) a reemplazar. Consta de pónico (el diente falso a reemplazar) y dos que son las coronas que van cementadas sobre los dientes naturales. (2 unidades)

- **Pulpotomia En Dientes Temporales:** En los niños, por consideraciones anatómicas, de formación y de erupción dentaria se realiza un procedimiento que consiste en la eliminación de la pulpa camerla (nervio de la corona) y aplicación de curas formocresoladas.
- **Red de Proveedores de Servicios Odontológicos:** Se entiende como tal el conjunto de odontólogos, clínicas dentales o entidades prestadoras de servicios odontológicos a escala nacional inscritos ante el Proveedor de Servicios, y que dispone de la infraestructura necesaria para la prestación de los servicios definidos ofrecidos por la Aseguradora.
- **Pulpectomía:** Eliminación de toda la pulpa camerla y de los conductos radiculares.
- **Radiografía Coronal:** Técnica exploratoria radiológica intrabucal, complemento para el diagnóstico de caries interproximales y permite evaluar la progresión de la lesión.
- **Radiografía Periapical:** Técnica exploratoria radiológica intrabucal que permite apreciar los ápices de los dientes (puntas de las raíces) y la zona circundante.
- **Raspado y Alisado Radicular:** Proceso mediante el cual se elimina la placa bacteriana y el cálculo (sarro) de las raíces de los dientes, así como también cemento de la raíz, contaminado con toxinas y enzimas bacterianas, para dejar una superficie lisa, dura y limpia. El objetivo primario es restablecer la salud gingival al eliminar por completo elementos que causan inflamación.
- **Resinas Fotocuradas:** La resina es un material utilizado para restaurar los daños causados por la caries o por traumatismos en los dientes anteriores o posteriores, conformado por un componente orgánico llamado matriz (polímeros) y un componente inorgánico formado por minerales (relleno). Sus propiedades estéticas, así como de resistencia a las diferentes fuerzas masticatorias, le convierte en un material ideal para restaurar el sector anterior. Se denomina fotocurada, porque su endurecimiento se produce por la aplicación de luz ultravioleta.
- **Vidrio Ionomérico:** Material restaurador que se utiliza frecuentemente para tratar lesiones en el cuello de los dientes producidas por la migración de la encía a ese nivel lo que produce

sensibilidad. Tiene propiedades estéticas que le confieren una gran aceptación desde este punto de vista. A su vez por su composición química es capaz de producir un mecanismo de adhesión al diente sumamente estable y liberar flúor, lo que a su vez le proporciona cualidades preventivas para evitar la caries. También se utiliza para regularizar el piso de cavidades en los dientes que van a ser restaurados con amalgama o resina fotocurada, procurando una mejor distribución de las fuerzas masticatorias.

CLÁUSULA 2.- DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA PÓLIZA

El presente Contrato se adiciona a esta Póliza la cual cuenta con sus Condiciones Generales, la Solicitud de Seguro del Titular de Póliza, Certificado de Seguro, las declaraciones individuales de salud en el caso de que sean requeridas por la Aseguradora, este Contrato, los Endosos firmados por funcionarios autorizados de la Aseguradora (cuando apliquen) y los informes médicos adicionales, si la Aseguradora los solicite, son los únicos documentos válidos para fijar derechos y obligaciones de las partes. La Aseguradora no es responsable de declaraciones efectuadas en otra forma.

CLÁUSULA 3.- ÁMBITO DE COBERTURA

3.1. RIESGOS CUBIERTOS

Como parte de las coberturas de esta Póliza se brindará a los Asegurados un beneficio llamado Plan Amplio Integral E. Mediante este beneficio los Asegurados podrán acceder a una cobertura de Servicios Odontológicos, la cual se activa al momento en que el Asegurado lo solicita a través de una llamada al Proveedor de Servicios como se indica en este Aditamento.

Las Partes entienden que el presente Contrato es parte de la Póliza, el cual se mantendrá vigente siempre que la Póliza se encuentre vigente y se acredite mediante recibo oficial de la Aseguradora, según la frecuencia y forma de pago que se expresa en las Condiciones Particulares y en el Certificado de Seguro.

3.2. BIENES O INTERESES CUBIERTOS

Las coberturas para el servicio odontológico son las que se describen a continuación:

Cobertura Tipo I: al 80% (A partir del 1er mes de Cobertura)

- **Examen Clínico de Diagnóstico:** Historia Clínica, Diagnóstico, Pronóstico y Plan de Tratamiento (1 vez al año por asegurado).
- **Periodoncia/Tartrectomía y Profilaxis:** Limpieza sencilla y Pulido (1 vez al año por asegurado).
- **Exámenes de Laboratorio:** Rutina Quirúrgica (Perfil 20, tiempos de agulación (PT y PTT)) para llevar a cabo el plan de tratamiento dental propuesto por el odontólogo tratante.
- **Rayos X:** Radiografías Periapicales y Coronales requeridas para el diagnóstico.
- Atención Paliativa de Urgencia.

Cobertura Tipo II: al 80% (Cobertura a partir del 3er mes de cobertura)

- **Cirugía Oral:** Exodoncias simples, exodoncias quirúrgicas.
- **Anestesia:** Aplicación local para llevar a cabo el plan de tratamiento indicado por el odontólogo tratante (No se incluyen sedaciones ni anestesia general)
- **Endodoncias:** Monoradiculares, Biradiculares, Multiradiculares, pulpotoromías, pulpectomías.
- **Periodoncia:** Raspados Alisados Radiculares (1 sesión por cuadrante al año por asegurado)

Cobertura Tipo III: al 50% (A partir del 6to mes de cobertura)

Restauraciones en:

- Amalgamas.
- Resinas.

PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE SALUD – CONTRATO TIPO ADITAMENTO PLAN AMPLIO INTEGRAL E BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY

- Ionómeros de Vidrios en el cuello de los dientes y como base para las restauraciones.

Prótesis Dentales:

- **Coronas:** Carillas y Coronas en metal porcelana (1 al año por asegurado).
- **Reparación de Puentes y Dentaduras:** Producto de una emergencia y realizadas de manera inmediata en el consultorio del odontólogo tratante.

Cualquier reclamo, observación o queja en relación a los servicios prestados de las coberturas descritas anteriormente, deberá ser realizada por escrito a la Aseguradora dentro de un plazo no mayor de diez (10) días, después de haberse recibido el servicio o de la ocurrencia de la causa que origina dicho reclamo.

3.3. EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

- a. **Tratamientos y/o controles para las especialidades siguientes:** cirugía, radiología, prostodoncia, periodoncia, ortopedia funcional de los maxilares, ortodoncia, endodoncia, odontopediatría y cualquier otra no contemplada específicamente en las coberturas anteriormente descritas.
- b. **Diseño, confección o reemplazo de nuevas dentaduras postizas totales y/o parciales puentes fijos y/o removibles.**
- c. **Emergencias quirúrgicas mayores:** Originadas por traumatismos severos que suponen fracturas maxilares o de la cara y pérdida de sustancia calcificada y dientes. La póliza no cubre este tipo de emergencias, ya que es considerada una emergencia médica, ampara por pólizas de accidentes personales y/o hospitalización y cirugía. Además, requiere de la intervención de un equipo médico multidisciplinario (cirujanos plásticos, traumatólogos, cirujanos maxilofaciales y anestesiólogos) y el uso de tecnología y equipos de diagnóstico sofisticados. El tratamiento es comúnmente

quirúrgico y se realiza hospitalariamente, es decir no se hace en un consultorio odontológico.

- d. Anestesia general o sedación en niños y adultos (no obstante, no tendrán costo alguno los procedimientos realizados y amparados, luego de estar el paciente bajo los efectos de la anestesia general o sedación).
- e. Defectos Físicos.
- f. Enfermedades y tratamientos de distonías maxilofaciales.
- g. Radioterapia o Quimioterapia.
- h. Atención o Tratamiento Médico Odontológicos que no se ajusten a la definición de Emergencia Odontológica indicada en la descripción de las coberturas.
- i. Servicios Odontológicos recibidos fuera de la República de Costa Rica salvo en aquellos donde exista presencia de SIGMA donde se brindará el servicio únicamente para emergencias.
- j. Medicamentos o tratamientos post a la atención de la emergencia prescritos por el odontólogo tratante para afecciones bucodentales.
- k. Metales preciosos para el diseño y confección de coronas.
- l. Cualquier otro (s) tratamiento (s) no contemplado (s) específicamente en los planes anteriormente descritos.

No obstante, lo anterior, si el Asegurado requiere tratamientos o servicios que no se incluyan en la presente cobertura, podrá solicitarlos directamente a los odontólogos especialistas de la red, quienes efectuarán un descuento, respecto de sus tarifas normales, debiendo el Asegurado pagar todos los costos que se generen por dichos tratamientos no amparados.

CLÁUSULA 4.- DEDUCIBLES, COPAGOS Y LÍMITES DE COBERTURA

- Se establece una cobertura anual por persona de hasta USD 500.00 (Quinientos Dólares americanos) para las coberturas Tipo I, II y III.
- Se establece un deducible único anual para esta cobertura de USD 50.00 (Cincuenta dólares americanos) para gastos por ejecución de cualquier tratamiento o control odontológico de la cobertura odontológica de la cobertura anteriormente descrita.
- Se establecen los siguientes esquemas de copago para cada cobertura sobre las tarifas vigentes establecidas por el Colegio Cirujanos Dentistas de Costa Rica:
 - Cobertura Tipo I: 20% de Copago
 - Cobertura Tipo II: 20% de Copago
 - Cobertura Tipo III: 50% de Copago

CLÁUSULA 5.- OBLIGACIONES DEL TITULAR DE PÓLIZA Y EL ASEGURADO

El Titular de Póliza y el Asegurado, se encuentran obligados a cumplir con las disposiciones indicadas en la cláusula de “OBLIGACIONES DEL TITULAR DE PÓLIZA Y EL ASEGURADO” de la Póliza.

CLÁUSULA 6.- PRIMA

Será la indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza y deberá ser pagada bajo las mismas condiciones que se establecen en las Condiciones Generales de la póliza a la cual se adhiere este Aditamento.

CLÁUSULA 7.- RECARGOS Y DESCUENTOS APPLICABLES

Lo relacionado con los recargos y descuentos queda sujeto a lo indicado en las Condiciones Generales de la Póliza, en especial a la cláusula “RECARGOS Y DESCUENTOS APPLICABLES”.

CLÁUSULA 8.- NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN A RECLAMOS

8.1. PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Los tratamientos deberán en todos los casos ser realizados por los odontólogos afiliados a la Red de Proveedores. El Asegurado podrá escoger el odontólogo de su preferencia o conveniencia, siempre que sea uno de los que están autorizados por dicha Red.

El procedimiento para atención odontológica es el siguiente:

- En caso de que el Asegurado requiera de servicio odontológico, será requisito necesario, notificar telefónicamente a Sigma Dental a través de los siguientes números telefónicos o bien al correo electrónico indicado:
 - **Números Telefónicos:** +(506) 2521-57-57 / 800-SIGMACR (7446227).
 - **Correo electrónico:** usuarioocr@sdsigma.com
- El Asegurado debe indicar a la persona que le atiende la siguiente información:
 - Nombre y Apellidos.
 - Fecha de Nacimiento.
 - Número de documento que acrediten su identidad.
 - Tipo de asistencia requerida. Detalles del problema y naturaleza de la afección.
 - Dirección y teléfono del lugar donde se encuentra.

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

- En caso de emergencias nocturnas, días festivos y fines de semana, el Operador consultará el listado de doctores de guardia con la finalidad de canalizar la atención telefónica del paciente, el odontólogo dará indicaciones médicas para el momento y se gestionará la atención en el consultorio más cercano a la ubicación del Asegurado a primera hora del día siguiente.
- Una vez que el Asegurado acude a la cita programada, el odontólogo consultará con el Operador a fin de verificar que efectivamente el Asegurado cuenta con la cobertura vigente. Si el Asegurado no se encontrara en la base de

PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE SALUD – CONTRATO TIPO

ADITAMENTO PLAN AMPLIO INTEGRAL E

BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY

datos de Asegurados, el Operador brindará el servicio hasta tanto se verifique que la póliza del Asegurado se encuentra vigente. Si el seguro ya no estuviera vigente, se procederá a suspender el servicio odontológico.

- Una vez canalizada la atención para la valoración odontológica a través de los odontólogos adscritos a la Red de Sigma Dental, el profesional deberá enviar a Sigma Dental la Historia Clínica y el Presupuesto de los procedimientos requeridos por el asegurado a fin de que el mismo sea autorizado durante los siguientes 5 días hábiles, con base a los plazos de espera y coberturas establecidas.

CLÁUSULA 9.- VIGENCIA

Lo relacionado con la Vigencia de este Aditamento queda sujeto a lo indicado en las Condiciones Generales de la Póliza, en especial a la cláusula "VIGENCIA".

CLÁUSULA 10.- CONDICIONES VARIAS

10.1. CASOS EXCEPCIONALES DE REEMBOLSO

Para los efectos de este Aditamento queda convenido entre las partes que el Asegurado no recibirá servicios odontológicos contratados bajo la modalidad de reembolso. La única salvedad a este acuerdo es en caso de que el Asegurado, debido a una emergencia, requiera de los tratamientos cubiertos por este contrato y no existan, en la localidad donde él se encuentre, centros, consultorios y odontólogos afiliados a la red de proveedores establecida por el Proveedor de Servicios, o en el centro, consultorio u odontólogo afiliado a dicha red de proveedores no presten los servicios requeridos y descritos en este contrato. En ambos casos el Asegurado podrá recibir el servicio odontológico necesario para la atención de emergencia, en el centro odontológico, consultorio o por parte del odontólogo escogido por él.

Los gastos razonables incurridos por el Asegurado por tal servicio de emergencia le serán reembolsados exclusivamente por el Proveedor de Servicios, una vez que presente los requisitos establecidos para tal fin: factura original, informe odontológico, radiografías correspondientes y

cualquier otro documento que pudiese requerir el Proveedor de Servicios.

Se entiende por gastos razonables al promedio establecido por el Proveedor de Servicios de los gastos odontológicos facturados durante los últimos treinta (30) días naturales en centros, consultorio y odontólogos afiliados de categoría equivalente a aquél donde fue atendido el Asegurado, en la misma zona geográfica y por un tratamiento odontológico de equivalente naturaleza, libre de complicaciones, en las condiciones de servicio establecido en el presente contrato.

Dicho Promedio será calculado cumpliendo con las regulaciones establecidas por el Colegio de Cirujanos Dentistas de Costa Rica para las tarifas mínimas y con base a las estadísticas que tenga el Proveedor de Servicios de los gastos facturados en el mes calendario inmediatamente anterior a la fecha en que el Asegurado incurrió en dichos gastos, incrementados según el Índice de Precios al Consumidor (en lo sucesivo "I.P.C") o las tarifas previamente acordadas con los centros, consultorios y odontólogos, afiliados a la red, que se encuentren vigentes para la mencionada fecha. Cuando este promedio no pueda ser obtenido el gasto razonable será el monto facturado.

Queda entendido, según los términos de este contrato, que el pago contra reembolso será único y exclusivamente en el caso referido en este artículo y que se origine en la República de Costa Rica.

"La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número **P20-64-A10-660** de fecha **06 de enero 2016**".

10.2. PREEXISTENCIA

Esta cobertura no tiene preexistencias.

10.3. CONSIDERACIONES ESPECIALES

- La prestación del servicio se realizará con previa autorización de Sigma Dental, bajo pago directo y a través de odontólogos afiliados a la red de proveedores de Sigma Dental.
- La cobertura de Exámenes de Laboratorio operará bajo la modalidad de reembolso, contra presentación del formato de solicitud de reembolso suministrado por la compañía, copia de exámenes realizados, factura original emitida a nombre del asegurado y referencia del odontólogo tratante.

10.4. PERIODOS DE CARENCIA Y PERIODOS DE ESPERA

- **Cobertura Tipo I:** A partir del 1er (Primer) mes de Cobertura.
- **Cobertura Tipo II:** A partir del 3er (Tercer) mes de Cobertura.
- **Cobertura Tipo III:** A partir del 6to (Sexto) mes de Cobertura.

En todo lo no incluido en este Contrato aplicará lo indicado en las Condiciones Generales de la Póliza.