

## ASISTENCIA DENTAL ENTEL

### ARTÍCULO N° 1 CONDICIONES GENERALES

---

Por favor lee atentamente las siguientes condiciones y políticas de nuestra empresa, estas regulan el uso del producto de Asistencia de Urgencias Dentales el cual es brindado por MULTISERVICIOS OK S.A. ubicado en Av. El Bosque Central N°92 Ex 90, comuna de Las Condes, Región Metropolitana, Santiago.

### ARTÍCULO N° 2 COBERTURAS: DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS

---

Este producto ampara los gastos incurridos por el beneficiario a consecuencia de una urgencia odontológica, entendiéndose como tal cualquiera de los siguientes tratamientos o atenciones odontológicas, **siempre que se adecuen a la definición de Urgencia Odontológica.**

- Medicina Bucal:
  - Examen Clínico de Urgencia (Diagnóstico, Pronóstico y Plan de Tratamiento)
- Periodoncia:
  - Tartrectomía Simple (Limpieza Sencilla)
  - Profilaxis (Pulido Dental)
- Restauradora y Operatoria:
  - Amalgamas en dientes posteriores.
  - Resinas en dientes anteriores.
  - Vidrio Ionómero.
- Cirugía:
  - Exodoncias o Extracciones simples en dientes permanentes.
  - Exodoncias o Extracciones simples en dientes temporales.
  - Exodoncias o Extracciones simples en dientes restos radiculares.
  - Exodoncias o Extracciones simples en dientes fracturados.
- Radiografías:
  - Periapicales individuales y Coronales requeridas para realizar los tratamientos amparados en la cobertura, realizadas en el consultorio.
- Tratamiento inicial y medicación en los casos de:
  - Urgencias Endodónticas: Eliminación de caries; Recubrimiento pulpar directo; Intrusión, Extrusión, Avulsión; Fractura Dentaria; Abscesos; y Pulpitis reversibles e irreversibles.
  - Urgencias Periodontales: Curetaje radicular localizado; Eliminación de contacto Prematuro; Medicación en caso de Dolor Muscular y Abscesos.
  - Urgencias Protésicas: Cementado provisional de coronas y puentes fijos; Reparación de fracturas en la porción acrílica de dentaduras parciales o totales realizadas en el consultorio; y Medicación en el caso de Estomatitis Sub-protésica.

Cuando la urgencia sea producto de un traumatismo o accidente se tendrá como finalidad solucionar la situación de urgencia con los tratamientos antes descritos, **excluyendo los tratamientos posteriores a la urgencia**, requeridos a causa del accidente o traumatismo.

### ARTÍCULO N° 3 EXCLUSIONES

---

Este programa no cubre los gastos incurridos y los servicios originados como consecuencia de:

a) Tratamientos, procedimientos o servicios odontológicos no contemplados específicamente en la cláusula tercera de este Anexo.

b) Urgencias quirúrgicas mayores: originadas por traumatismos severos que suponen fracturas maxilares o de la cara y pérdida de sustancia calcificada y dientes. Este anexo no cubre este tipo de urgencias, ya que se considera una urgencia médica, amparada por pólizas de accidentes personales y/o hospitalización y cirugía. Además requiere de la intervención de un equipo médico multidisciplinario (cirujanos plásticos, traumatólogos, cirujanos maxilofaciales y anestesiólogos) y el uso de tecnología y equipos de diagnóstico sofisticados. El tratamiento es comúnmente quirúrgico y se realiza hospitalariamente, es decir, no se hace en un consultorio odontológico.

c) Anestesia general o Sedación en niños y adultos (no obstante, no tendrán costo alguno los procedimientos realizados y amparados de acuerdo a la cláusula tercera, luego de estar el paciente bajo los efectos de la anestesia general o sedación)

d) Defectos Físicos.

e) Enfermedades y tratamientos de distonías maxilofaciales.

f) Radioterapia o Quimioterapia.

g) Atención o Tratamiento Médico Odontológicos que no se ajusten a la definición de Urgencia Odontológica indicada en la cláusula primera de este Anexo.

h) Servicios odontológicos recibidos fuera de la República de Chile.

No obstante si el beneficiario requiere tratamientos o servicios que no se incluyan en el presente contrato, podrá solicitarlos directamente al odontólogo tratante, quien deberá presupuestar dichos tratamientos o servicios de acuerdo a los **aranceles preferenciales** previamente acordados entre SIGMA DENTAL y el Odontólogo, los cuales podrán ser verificados por el beneficiario a través de SIGMA DENTAL, debiendo el beneficiario pagar todos los costos que se generen por dichos tratamientos no amparados.

#### **ARTÍCULO N° 4 PRECIO Y PAGO MENSUAL**

---

La prima del presente producto se expresará en UF, y corresponderá al valor indicado en el contrato de adherencia.

La prima o pago mensual de la asistencia será recaudada por Entel a través de su boleta de suscripción móvil. El monto facturado correspondiente al pago de la asistencia se hará con un mes de desfase desde el minuto de contratación.

Producto no disponible para pago con boleta de clientes cuenta controlada o mi primer plan.

#### **ARTÍCULO N° 5 ÁMBITO TERRITORIAL**

---

El ámbito territorial de los servicios es todo el territorio nacional continental. Incluyendo isla de Chiloé y excluyendo los demás territorios insulares.

#### **Artículo N° 7 USO Y BAJA DEL PRODUCTO**

---

Para dar de baja el producto o anular, debes hacerlo a través del portal de seguros y asistencias, donde debes crear tu usuario y contraseña al momento de la compra. También puedes hacerlo al email [contacto\\_seguros@entel.cl](mailto:contacto_seguros@entel.cl) o llamando al 103, indicando la intención de baja.

Desde tu portal de seguros y asistencias podrás administrar todos los seguros y asistencias que tienes activos para pago con tu boleta entel u otros medios de pago.