

Protocolo Reembolso Dental



Revisa información importante, para el reembolso de tus gastos dentales

¿Cómo se solicitan los Reembolsos de Gastos Dentales?

- Debes presentar tus gastos dentales acompañados obligatoriamente con el formulario de declaración médica, el cual debe completar en su totalidad el odontólogo tratante. Si no tienes formularios descárgalos en www.fonbi.cl
- Boletas, facturas o voucher (válido como boleta) originales extendidos a nombre del paciente.
- Presupuesto dental.
- Certificado de Alta con fecha de cada atención.
- Radiografía control endodoncia (solo cuando aplique)
- Radiografía osteointegración de implantes (solo cuando aplique)

¿Cuál es el plazo para presentar los Gastos Dentales al Seguro?

- El plazo de presentación de gastos es de 60 días a contar de la fecha de emisión de la boleta, voucher o factura. Todo gasto fuera de plazo no será reembolsado.

¿Qué Gastos Dentales están cubiertos por este Seguro Dental?

- Atención de urgencia, controles periódicos, ortodoncia, entre otras realizadas por un odontólogo, así como, gastos de insumos y laboratorio.
- Para cualquier prestación, existirá un tope equivalente al 25% sobre el Arancel de Zurich. Aquellos valores que excedan dichos montos, serán de cargo del asegurado.

¿Qué prestaciones dentales no reembolsa este seguro?

- Tratamientos correctivos de malformaciones congénitas o hereditarias, secuelas de enfermedades, tratamientos defectuosos, iatrogenia o traumatismos que se hayan producido con anterioridad a la fecha de vigencia inicial del asegurado en la presente cobertura.
- Tratamientos de cirugía maxilofacial en lesiones de origen traumático efectuadas intrahospitalariamente o en servicios de urgencia por médicos cirujanos y por odontólogos con especialidad en cirugía maxilofacial.
- Tratamientos con objetivo únicamente estético tales como blanqueamiento de piezas dentarias vitales, tratamientos de ortodoncia con brackets cerámicos, en ellos se cancelará el tope UCO asignado para la técnica de arco recto con brackets metálicos convencionales.
- Blanqueamiento láser.
- Carillas, coronas, y obturaciones, cuando el único objeto de la realización o el cambio de ellos ha sido la estética.
- Procedimientos dentales realizados por dentistas no habilitados ni autorizados legalmente para practicar la odontología humana.

¿Cuáles son las carencias del Seguro Dental?

- Carencia dental total de doce (12) meses para todo tipo de prestaciones, a partir de la vigencia del asegurado (titular o carga) en la póliza. Esta carencia aplica para los trabajadores vigentes que nunca se han afiliado a ningún bienestar y para los trabajadores recién contratados.
- Carencia de seis (6) meses para todo tipo de prestaciones, para los trabajadores que estuvieron afiliados a otro fondo de bienestar (Ex Santiago y Ex O'Higgins) y realizaron cambio de fondo.
- Cobertura inmediata para todo tipo de prestaciones, para los trabajadores que, por razones laborales, son traspasados de empresas dentro del grupo Santander y que estaban afiliados a MetLife o en pólizas directas en Zurich.

¿Cuánto cubre el Seguro Dental?

- **70% con un tope anual de UF 36** por grupo familiar de reembolso en cualquier prestador a partir del 01 de abril 2016.
- Se bonifica por tratamiento efectuado.

¿Cómo recibo el reembolso?

- Tu reembolso será abonado a tu cuenta corriente o vista al quinto día hábil desde la fecha de liquidación de tu gasto.

Puedes hacer seguimiento de tus gastos en www.zurich.cl, si no tienes tu clave puedes solicitarla en <https://www9.zurich.cl/vida/web/Portal/login/recupera>



Si necesitas más información comunícate con tu Ejecutiva a santander@zurich.com