

PÓLIZA DE SEGURO DE SALUD LOCAL

Anexo de Cobertura de Servicios de Atención Odontológicos

El presente Anexo forma parte integrante de la **Póliza de Seguro de Salud Local** Nro. _____, contratada por: _____, y emitida a nombre de: _____.

CLÁUSULA 1: OBJETO DEL ANEXO

Mediante la emisión del presente Anexo, El Asegurador conviene y se obliga a prestarle a su costo, por sus propios medios y por la exclusiva cuenta de éste, a las personas que contraten la presente cobertura, en lo sucesivo denominados indistintamente Los Asegurados o El Asegurado, el servicio de atención odontológica mediante personal profesional debidamente especializado, con las limitaciones y restricciones contenidas en este Anexo. Adicionalmente, El Asegurador pone a disposición de Los Asegurados un sistema coordinado de proveedores de atención cuya información estará disponible en la página de éste. Por otra parte, El Asegurador conviene el reembolso de los gastos razonables en que pudieran incurrir Los Asegurados de acuerdo con lo establecido en la **CLÁUSULA 3: COBERTURAS** y la **CLÁUSULA 6: REEMBOLSOS** del presente Anexo y durante su vigencia debidamente indicada en el Cuadro Póliza Recibo, sujeto a los términos y condiciones que se indican seguidamente.

A su vez, El Tomador se compromete a pagar la prima correspondiente contra la entrega del presente Anexo, del Cuadro Póliza Recibo.

CLÁUSULA 2: DEFINICIONES

Para todos los fines y efectos relacionados con el presente Anexo, queda expresamente convenido que se entiende por:

- 1. AFECCIÓN BUCODENTAL:** cualquier alteración de la salud bucodental que sufra El Asegurado y que origine tratamientos, procedimientos o servicios amparados por este Anexo.
- 2. AÑO COBERTURA:** período de doce (12) meses continuos durante el cual El Asegurador brinda cobertura a El Asegurado conforme a las condiciones establecidas en este Anexo. Este período puede coincidir o no con el Año Póliza, dependiendo de la fecha en que entre en vigencia la cobertura específica contratada por El Asegurado.
- 3. AÑO PÓLIZA:** período de doce (12) meses continuos contado a partir de la fecha de inicio de vigencia indicada en el Cuadro Póliza Recibo y cada lapso consecutivo de igual duración que se compute mientras la póliza permanezca en vigor, salvo que se estipule explícitamente un período diferente en las Condiciones Particulares.

- 4. COSTOS RAZONABLES:** es el promedio calculado por El Asegurador de los gastos odontológicos realizados en una misma área geográfica, que sean de la misma categoría o equivalente a aquella donde fue atendido El Asegurado, los cuales correspondan a un tratamiento médico igual o similar, libre de complicaciones y que, de acuerdo con las condiciones de este Anexo, se encuentran cubiertos. Este promedio será calculado sobre la base de las estadísticas que tenga El Asegurador, de los gastos facturados en el mes calendario inmediatamente anterior a la fecha en que El Asegurado incurrió en dichos gastos, incrementado según el Índice Nacional de Precios al Consumidor (I.N.P.C.) del Banco Central de Venezuela registrado en el mismo mes. Cuando este promedio no pueda ser obtenido, el gasto razonable será el monto facturado. No obstante, si El Asegurador hubiere acordado con algún proveedor un baremo, deberá efectuar la indemnización de los servicios prestados por este proveedor de acuerdo con el referido baremo. De ser el caso, el costo razonable de los gastos cubiertos debe ajustarse a los baremos o la estructura de precios que el Estado haya fijado en el área de prestación de servicios de salud. Este concepto es aplicable a toda adquisición de insumos, suministros, instrumentos especiales o equipo médicos.
- 5. MEDIOS DE INFORMACIÓN ELECTRONICOS:** cualquier tipo de plataforma o herramienta digital que permite la transmisión, almacenamiento y acceso a información de manera electrónica. Esto incluye, pero no se limita a, correos electrónicos, sitios web, aplicaciones móviles, mensajería móvil y Central de Alarma Telefónica.
- 6. PLAN DE TRATAMIENTO:** conjunto de tratamientos médicos-dentales cubiertos por este Anexo que deban ser practicados a El Asegurado que solicita los servicios odontológicos, siempre que tales procedimientos hayan sido prescritos por un odontólogo profesional.
- 7. SISTEMA COORDINADO DE PROVEEDORES:** proveedores de Servicios Odontológicos con los cuales El Asegurador ha establecido convenios para la prestación de servicios relacionados con el objeto de este Anexo.
- 8. URGENCIA ODONTOLÓGICAS:** cualquier ocasión inesperada o repentina que amerita atención odontológica paliativa urgente o apremiante y que originen procedimientos o servicios amparados por este Anexo que sean indicados para tratar el dolor originado por las siguientes causas: infecciones, abscesos, caries, pulpitis, inflamación o hemorragia.

CLÁUSULA 3: COBERTURAS

El presente Anexo ampara los gastos derivados de los tratamientos o servicios odontológicos recibidos por El Asegurado dentro de la República Bolivariana de Venezuela, ya sea a través del Sistema Coordinado de Proveedores o por centros, clínicas u odontólogos fuera de dicha Red. Cuando los servicios se presten mediante el Sistema Coordinado de Proveedores, El Asegurado no incurrirá en gastos asociados a los tratamientos o servicios cubiertos por este Anexo, con excepción de aquellos expresamente indicados en la CLÁUSULA 6: REEMBOLSOS del presente Anexo. Si los servicios se reciben fuera del Sistema Coordinado de Proveedores, la indemnización se efectuará vía reembolso hasta el Costo Razonable definido en este Anexo, conforme a los procedimientos, límites y exclusiones establecidos en la CLÁUSULA 6: REEMBOLSOS del presente Anexo. En todos los casos, la cobertura estará sujeta a los términos, condiciones, límites y exclusiones detallados en este Anexo.

Las coberturas se detallan a continuación:

- 1. MEDICINA BUCAL:** comprende Historias Clínicas (diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento y hasta 2 por año póliza).
- 2. PREVENCIÓN:** comprenden sellante de fosas y fisuras, enseñanzas de higiene oral y aplicaciones tópicas de flúor (beneficiarios hasta los 12 años, solo 1 por año póliza).
- 3. PERIODONCIA:** comprende tartrectomía simple y profilaxis dental, raspado y alisado radicular (hasta 2 por año póliza).
- 4. OPERATORIA:** comprende amalgamas en dientes posteriores, resinas fotocuradas en dientes anteriores y posteriores (preparaciones cavitarias clase I, II, III y IV), y vidrios ionoméricos en el cuello de los dientes, bases de vidrios (ilimitado).
- 5. CIRUGÍA:** comprende exodoncias simples, exodoncias quirúrgicas de dientes temporales y permanentes, exodoncias de terceros molares (cordales) (ilimitado, excepto exodoncias de terceros molares: hasta 4 por año póliza).
- 6. ENDODONCIA:** comprende tratamientos monorradiculares, birradiculares, multiradiculares (hasta 3 conductos), pulpotomías y pulpectomías (ilimitado).
- 7. URGENCIAS:** endodónticas, periodontales y protésicas.
- 8. PRÓTESIS:** una (1) corona individual de metal-porcelana por paciente y año de afiliación (no incluye perno ni reconstrucción), prótesis monomaxilar y prótesis bimaxilar, una (1) dentadura parcial removible (DPR) de hasta 4 unidades por asegurado y año cobertura.
- 9. ORTOPEDIA:** correctores de hábito para corrección de práctica de succión de pulgar y deglución atípica para niños hasta los diez (10) años inclusive (solo 1 por año póliza).
- 10. RADIOGRAFÍAS PANORÁMICA:** se ampara 1 RX panorámica por año póliza, vía reembolso, (según lo establecido en la CLÁUSULA 6: REEMBOLSOS del presente Anexo).
- 11. RADIOLOGÍAS:** Radiografías Periapicales y/o Coroneles de diagnóstico, requeridas para los tratamientos amparados en la cobertura y realizadas en el consultorio del profesional adscrito al Sistema Coordinado de Proveedores, hasta 5 Rx. por año póliza.

El Asegurado podrá acceder a los servicios garantizados por el presente Anexo, de acuerdo con lo dispuesto para estos casos en la CLÁUSULA 5: PRESTACIÓN DE SERVICIOS del presente Anexo.

CLÁUSULA 4: EXCLUSIONES

El Asegurador no proveerá los servicios odontológicos descritos en este Anexo o reembolsará los gastos incurridos por El Asegurado, cuando los mismos sean como consecuencia de:

- 1. Tratamientos, procedimientos o servicios odontológicos no contemplados específicamente en la CLÁUSULA 3: COBERTURAS del presente Anexo.**
- 2. Anestesia general o sedación en niñas, niños, adolescentes y adultos (no obstante, no tendrán costo alguno los procedimientos realizados y amparados de acuerdo con la CLÁUSULA 3: COBERTURAS del presente Anexo, luego de estar el paciente bajo los efectos de la anestesia general o sedación).**
- 3. Tratamientos, procedimientos o servicios odontológicos producto de accidentes cubiertos por la póliza a la cual se adhiere el presente Anexo.**
- 4. Defectos físicos.**
- 5. Enfermedades y tratamientos de distonías maxilofaciales.**
- 6. Radioterapias o Quimioterapias.**
- 7. Procedimientos y/o servicios odontológicos recibidos fuera del territorio de la República Bolivariana de Venezuela.**
- 8. Perno, reconstrucción de muñón para coronas metal-porcelana, puente fijo, incrustaciones, implantes, DPR de más de cuatro unidades, valplast, ortodoncia, hidróxido de calcio, clorhexidina, cavidades clase VI o reconstrucciones (resina o amalgama), cavidades clase V en resina en dientes posteriores, aplicación tópica de flúor o sellante de fosas y fisuras en beneficiarios mayores de 12 años, adaptación a la consulta de odontopediatría, exodoncia de supernumerarios, exodoncia por motivos de ortodoncia, curetaje post exodoncia y colocación de colagenina.**
- 9. Exámenes de laboratorio, paraclínicos y/o medicamentos.**

CLÁUSULA 5: PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Los tratamientos y servicios amparados, descritos en la CLÁUSULA 3: COBERTURAS del presente Anexo, serán prestados de acuerdo con las siguientes condiciones:

- 1. El Asegurado podrá recibir los tratamientos y servicios a través de proveedores de servicios odontológicos pertenecientes al Sistema Coordinado de Proveedores de Atención establecido en Venezuela.**
- 2. Las urgencias nocturnas serán orientadas telefónicamente, procediendo El Asegurador en caso de ser necesario a coordinar una atención en el Sistema Coordinado de Proveedores de Atención para el siguiente día hábil o fecha disponible más próxima.**

3. Para utilizar los servicios amparados por este Anexo, El Asegurado deberá seguir alguno de los canales que se indican a continuación:

3.1. Vía Telefónica:

- 3.1.1. Comuníquese al número de atención telefónica (0800-7348227).
- 3.1.2. Indique: número de póliza, cédula de identidad y tipo de servicio requerido.
- 3.1.3. El operador confirmará la elegibilidad y propondrá los proveedores disponibles en la zona de residencia de El Asegurado.
- 3.1.4. Seleccione la fecha y la hora convenientes; en un lapso máximo de 48 horas hábiles recibirá un mensaje de texto (SMS) con los datos completos de la cita.
- 3.1.5. Urgencias: la misma línea opera 24 horas, 7 días a la semana. Las emergencias nocturnas se orientan telefónicamente y se atienden presencialmente a primera hora del día siguiente.

3.2. Vía Web:

- 3.2.1. Ingrese a www.seguroscaracas.com y diríjase a la sección «Servicio En Línea».
- 3.2.2. Haga clic en «Proveedores de Salud de Seguros Caracas» y seleccione «Red de Odontólogos».
- 3.2.3. Seleccione Estado, Ciudad y Municipio; el sistema mostrará los proveedores disponibles; elija el de su conveniencia y pulse clic en «Crear Cita».
- 3.2.4. Complete el formulario electrónico con:
 - Número de cédula y de póliza.
 - Horarios de preferencia.
 - Edad, Número de Teléfono e Email de El Asegurado.
 - Tipo de servicio requerido y motivo de la consulta.
- 3.2.5. Recibirá un correo electrónico y un SMS de confirmación dentro de las siguientes 24 horas hábiles.

3.3. Documentos a Presentar el Día de la Cita:

- Cédula de identidad vigente de El Asegurado (y del Asegurado Titular, si aplica).
- Copia digital o impresa del cupón de elegibilidad emitido por el sistema o enviado por SMS/correo.

3.4. Reprogramaciones y Cancelaciones:

- Si no puede asistir, notifique al proveedor con al menos 4 horas de antelación llamando al número indicado en el SMS.

4. El servicio de atención odontológica debe ser prestado por profesionales de la salud egresados de universidades reconocidas, debidamente certificados y autorizados para ejercer por el órgano competente en el área de la salud.

CLÁUSULA 6: REEMBOLSOS

El Asegurado podrá tramitar reembolsos asociados con: hasta 1 RX panorámica por año póliza hasta el límite de responsabilidad establecido en el plan de beneficios disponible para su consulta a través de los Medios de Información Electrónicos.

En aquellos casos en que El Asegurado decida recibir los servicios profesionales previstos en la **CLÁUSULA 3: COBERTURAS** del presente Anexo en centros, clínicas o con

profesionales que no pertenezcan al Sistema Coordinado de Proveedores de atención, El Asegurador deberá reembolsar directamente a El Asegurado, el costo razonable de los gastos en que haya incurrido por la prestación del servicio odontológico, según lo definido en la **CLÁUSULA 2: DEFINICIONES** del presente Anexo.

A los fines de la tramitación del reembolso, El Asegurado deberá notificar y presentar dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la realización del tratamiento: copia de la factura original emitida por la unidad de radiología y/u odontólogo correspondiente, informe odontológico y/u orden de radiología firmado y sellado por el especialista.

El Asegurador podrá solicitar documentos adicionales a los descritos anteriormente, en una sola oportunidad. La solicitud deberá efectuarse como máximo dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la fecha en que se entregó el último de los documentos requeridos en el párrafo anterior. En este caso se establece un plazo de treinta (30) días continuos, para la presentación de los recaudos solicitados por El Asegurador, contados a partir de la fecha de solicitud de estos.

El Asegurado tiene derecho a recibir la indemnización que le corresponda en un lapso que no exceda de veinte (20) días continuos siguientes, contando a partir de la fecha en que se haya entregado el último recaudo.

CLÁUSULA 7: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

1. Debe asistir por lo menos con treinta (30) minutos de antelación a la cita programada.
2. De no poder asistir a la cita, El Asegurado deberá notificarlo a la unidad o consultorio al menos con cuatro (4) horas de anticipación.
3. En caso de tener problemas en el proceso de solicitud de la cita, por favor comunicarse (0800-7348227) para verificar y dar respuesta al requerimiento.
4. EL ASEGURADO está obligado a someterse a cualquier tipo de examen que le sea exigido por el odontólogo para realizar los tratamientos amparados en la **CLÁUSULA 3: COBERTURAS**, de este Anexo.
5. Para optar por el reembolso en caso de servicio de RX panorámica o por libre escogencia de profesional, el servicio de atención radiológica y/u odontológica debe ser prestado por profesionales debidamente certificados y autorizados para ejercer por el órgano competente en el área de la salud.

CLÁUSULA 8: PLAZO PARA RECLAMACIÓN POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Cualquier reclamación, observación o queja en relación con los servicios recibidos o indemnizaciones vía reembolso deberá ser presentada por El Asegurado a El Asegurador, por escrito y dentro de un plazo no mayor de sesenta (60) días continuos, después de haberse recibido el servicio o de la ocurrencia de la causa que origina dicha reclamación, salvo por causa extraña no imputable a El Asegurado que le impidan efectuar la reclamación en el plazo indicado. Lo anterior aplica incluso para servicios fuera de la Red de Proveedores, donde la reclamación se limitará exclusivamente a los plazos de procesamiento del reembolso. El Asegurador resolverá la inconformidad por escrito en un plazo no mayor a quince (15) días hábiles. De persistir el desacuerdo, El Asegurado podrá

ejercer las acciones correspondientes en los lapsos establecidos en la cláusula de Caducidad de la Póliza asociada a este Anexo.

CLÁUSULA 9: EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Queda entendido que El Asegurador no asumirá responsabilidad alguna por:

- 1. Cobros realizados por centros o profesionales de la salud diferentes a los del Sistema Coordinado de Proveedores de Atención, tanto por servicios no amparados de conformidad con la CLÁUSULA 3: COBERTURAS del presente Anexo, como por servicios amparados pero prestados fuera de dicho Sistema. En este último supuesto, El Asegurador reembolsará directamente a El Asegurado los importes pagados, de acuerdo con lo establecido en la CLÁUSULA 6: REEMBOLSOS, del presente Anexo.**
- 2. Complicaciones y secuelas generadas, así como, los gastos adicionales que se llegaran a ocasionar, cuando El Asegurado abandone el tratamiento por más de treinta (30) días consecutivos a la última cita asistida para la continuidad del tratamiento odontológico iniciado.**
- 3. Cuando El Asegurado no notifique el Siniestro o no entregue los documentos solicitados por El Asegurador dentro de los plazos establecidos en la CLÁUSULA 6: REEMBOLSOS, del presente Anexo, salvo por causa extraña no imputable a El Tomador, a El Asegurado o a El Beneficiario.**

CLÁUSULA 10: APLICACIÓN DE CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE LA PÓLIZA

El presente Anexo, salvo lo dispuesto especialmente en su propio texto, se rige en todos sus efectos por las Condiciones Generales y Condiciones Particulares de la Póliza a la cual se adhiere y si surgieren contradicciones entre los textos prevalecerán las condiciones de este Anexo.

En _____ a los _____ días del mes de _____ de _____

Por El Asegurador

El Tomador

SEGUROS CARACAS, C.A. RIF: J-00038923-3.

Inscrita en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora del Ministerio del Poder Popular para la Economía y Finanzas bajo el N° ES-13. **“Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Providencia N° SAA-09-0472-2026, de fecha 6 de Abril de 2026”.**

