



BUPA INSURANCE (BOLIVIA) S.A. **Anexo de Cobertura Adicional – Cuidado Dental**

Código: 201-934767-2014 02 020 2002

Su empleador ha añadido este Anexo de Cobertura Adicional como cobertura suplementaria a su plan de salud Bupa Corporate Care. El Anexo de Cobertura Adicional para el Cuidado Dental cubre los gastos elegibles de acuerdo a lo que es usual, acostumbrado, y razonable pagar por procedimientos realizados en un área geográfica específica de acuerdo a lo estipulado en la Guía de Referencia para el Empleado y Contrato de Póliza y las condiciones y beneficios que se describen abajo.

El Anexo de Cobertura Adicional para el Cuidado Dental cubre tratamientos dentales elegibles realizados por profesionales dentales con licencia. No ofrece cobertura para odontología cosmética, cirugía dental cosmética (requerida únicamente para mejorar la apariencia), ni ortodoncia para asegurados mayores de 18 años de edad.

ÁREA DE COBERTURA

El área de cobertura para este anexo es la misma que su empleador seleccionó para su plan Bupa Corporate Care. Usted puede elegir el dentista que desee sin limitaciones de red, siempre y cuando se encuentre dentro de su área de cobertura.

EL PROCESO DE SOLICITUD DE REEMBOLSO

El asegurado deberá pagar directamente al proveedor del servicio por los tratamientos cubiertos bajo este anexo, y enviar facturas y recibos originales detallados junto con un formulario de solicitud de reembolso a Bupa Insurance (Bolivia) S.A. o su representante. Bupa Insurance (Bolivia) S.A. no pagará facturas directamente al proveedor, sino que reembolsará al asegurado según la Tabla de Beneficios y las tarifas usuales, acostumbradas, y razonables de acuerdo al área geográfica determinada.

TABLA DE BENEFICIOS

CUIDADO DENTAL BÁSICO Y ESPECIALIZADO

(No sujeto a deducible)

Beneficio máximo por asegurado, por año de membresía

US\$1,500

- Examen oral
- Limpieza de rutina
- Radiografías simples (aletas de mordida)
- Empaste
- Tratamiento de conducto radicular
- Puente dental
- Reparaciones
- Coronas
- Extracciones
- Cirugía dental
- Radiografía panorámica o radiografía de serie completa
- Dentaduras postizas

80%
80%
80%
80%
80%
80%
80%
80%
80%
80%
80%
80%

COBERTURA

ORTODONCIA

(No sujeto a deducible)

Beneficio máximo por hijo(a) de 18 años de edad o menor, de por vida

US\$1,500

- Ortodoncia

80%

COBERTURA

Este anexo de cobertura adicional anula la Exclusión No. 7.12 TRATAMIENTO DENTAL NO RELACIONADO A UN ACCIDENTE CUBIERTO en la Guía de Referencia para el Empleado y Contrato de Póliza.