

**ANEXO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
CLIENTE: BEE INSURANCE
PLAN: URGENCIA MAS PREVENCION**

I. CONSIDERACIONES:

1. ASEGURADORA BEE INSURANCE, quien para efectos del presente contrato de **SIGMA DENTAL**, quien en adelante se denominará EL CONTRATISTA, celebraron un contrato marco de prestación de servicios de asistencia, en virtud del cual EL CONTRATISTA presta servicios de organización, coordinación, atención de quejas y reclamos y administración de los servicios de asistencia en salud, en adelante LOS SERVICIOS, que prestarán LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD con quien EL CONTRATISTA tiene un convenio de colaboración.
2. EL CONTRATISTA y los PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD cuentan con la experiencia, conocimientos e infraestructura necesarios para prestar servicios administrativos, comerciales y logísticos y de asistencia en salud, respectivamente.
3. El presente documento regula los servicios, términos y condiciones en los que se prestarán LOS SERVICIOS, previas las siguientes:

II. DEFINICIONES:

Para los efectos del presente documento las palabras tendrán el significado aquí señalado. Dichos significados se aplican tanto al plural como al singular de los términos definidos y a las mayúsculas y minúsculas. Los términos técnicos o científicos que no estén expresamente definidos en el presente documento tendrán el significado que se les asigna según la técnica o ciencia correspondiente. Las demás palabras se entenderán según el sentido de uso general de las mismas.

PRESTADOR(ES) DE SERVICIOS DE SALUD: Profesional(es) y/o Centros médicos debidamente habilitado(s) por las autoridades competentes para prestar servicios de asistencia en salud con el(los) que EL CONTRATISTA tiene un convenio y que es (son) quien(es), atiende(n) las solicitudes de los ASEGURADOS, a nivel nacional e internacional para los servicios descritos en el presente documento.

BENEFICIARIOS O ASEGURADOS: Personas que tienen derecho a recibir la prestación de los servicios descritos en este anexo.

CONSULTA AMBULATORIA: El ASEGURADO puede hacer uso del servicio de atención odontológica en cualquier ocasión o momento de la vigencia de la cobertura, para acceder a PROCEDIMIENTOS DE PREVENCION DESCRITOS EN LA COBERTURA Y EL PRESTADOR DE SALUD, realizará los tratamientos incluidos en su cobertura odontológica; para aquellos tratamientos requeridos y que no hagan parte de dicha cobertura le entregará presupuesto con las tarifas (descuentos entre el 10 y 30% sobre tarifa plena del PRESTADOR DE SALUD).

URGENCIA ODONTOLÓGICA: Cualquier ocasión inesperada o repentina que amerita atención odontológica paliativa, urgente o apremiante y que origine procedimientos o servicios cubiertos por este anexo y que sean indicados para tratar el dolor derivado de accidentes o enfermedad originados por las siguientes causas: infecciones, abscesos, pulpitis, fractura, inflamación o hemorragia.

PREVENCIÓN: Conjunto de medidas o acciones destinadas a promover la salud bucal que origine procedimientos o servicios amparados por este anexo y que sean indicados para evitar la instauración de la caries dental y la enfermedad periodontal.

OBTURACIÓN PROVISIONAL: Es una calza temporal compuesta de materiales diferentes a los de las calzas definitivas que se coloca en los dientes para rellenar una fractura o una caries con dolor. Se utiliza de manera momentánea cuándo se requiere realizar seguimiento al comportamiento de la lesión, o cuando algún factor impide colocar la calza definitiva.

OBTURACIÓN EN AMALGAMA EN DIENTES POSTERIORES: Es una calza definitiva de color gris que se coloca en los dientes para rellenar una fractura o una caries con o sin dolor. Se dará cobertura a este tratamiento solo en caso de que corresponda al tratamiento indicado y sea aceptado por el asegurado.

OBTURACIÓN EN RESINA EN DIENTES ANTERIORES Y POSTERIORES: Es una calza definitiva de color blanco (similar al color del diente) que se coloca para rellenar una fractura o una caries con o sin dolor. Se dará cobertura a este tratamiento únicamente cuando sea el tratamiento indicado, no hay cobertura de las obturaciones cuando correspondan a un tratamiento estético, es decir cuando no se vea afectada la funcionalidad. Incluye resina fluida de punto para caries incipientes.

OBTURACIÓN EN IONÓMERO DE VIDRIO: Es una calza de color blanco que para efectos de este anexo, se coloca en el cuello de los dientes para rellenar una fractura, una caries o un cuello descubierto que esté generando dolor.

EXODONCIA SIMPLE: Procedimiento por el que se practica el retiro de un diente o parte que quede de él (resto radicular) de la cavidad oral, mediante unas técnicas y un instrumental específicos, sin que implique procedimientos quirúrgicos que requieran remoción de tejidos como hueso o encía.

RECUBRIMIENTO PULPAR DIRECTO E INDIRECTO: Equivale a la colocación de medicamentos como protección al nervio para evitar su afectación por el trauma

PULPECTOMÍA: Corresponde al retiro del nervio dental como manejo inicial del dolor donde el nervio se ve comprometido por fractura o caries extensa.

PULPOTOMÍA: Consiste en retirar una parte de la pulpa dental (nervio), la situada a nivel de la corona cuando ha sido afectada por el trauma o la caries que generó dolor, sin tocar aquella de las raíces. Aplica únicamente para dientes temporales

TRATAMIENTOS DE ENDODONCIA CONVENCIONAL (TRATAMIENTOS DE CONDUCTOS) UNIRRADICULARES, BIRRADICULARES Y MULTIRADICULARES: Consisten en realizar una apertura del diente, y utilizar herramientas para retirar el nervio y limpiar internamente el diente y reemplazarlo con un material dental para aliviar el dolor, la inflamación y/o infección del nervio. No hay cobertura cuando se realiza por segunda vez (re-tratamiento de conducto), ni cuando se inició el tratamiento (pulpectomía) fuera de la red.

RADIOLOGÍA ORAL: Radiografías Intraorales Periapicales, Radiografías Intraorales Coronales (bitewing) tomadas en el consultorio odontológico, las cuales son imágenes pequeñas que permiten evaluar la estructura dental en toda su longitud, o en su porción coronal. Para este anexo, corresponde a aquellas que el asegurado requiera en los dientes afectados, para diagnosticar y tratar la afecciones que pueda presentar. No se cubrirá bajo ningún concepto radiografías que no estén mencionadas en la cobertura, ni que se requieran para realizar tratamientos no cubiertos o que no sean solicitadas por la red de proveedores.

PROFILAXIS: Es una limpieza dental que consiste en la eliminación de placa bacteriana blanda de los dientes a través de un pulido para evitar o disminuir la inflamación y sangrado de las encías. Este tratamiento será realizado en los casos en que las condiciones fisiológicas del paciente lo ameriten.

DETARTRAJE: Es una limpieza dental que consiste en la eliminación de cálculos dentales o sarro de los dientes de forma supragingival (sobre la encía), para evitar o disminuir la inflamación y sangrado de la encía. Este tratamiento será realizado en los casos en que las condiciones fisiológicas del paciente lo ameriten.

APLICACIÓN TÓPICA DE FLÚOR: Colocación de un gel de flúor en los dientes para prevenir la aparición de caries o disminuir la sensibilidad ocasionada por lesiones no cariosas en zona cervical de los dientes (cuellos expuestos). Este tratamiento será realizado solo en caso en que las condiciones fisiológicas del paciente lo ameriten.

SELLANTES DE FOSETAS Y FISURAS: Colocación de un material fluido en la superficie de masticación de molares temporales y/o permanentes para prevenir la aparición de caries. Este tratamiento será realizado solo en caso de que las condiciones fisiológicas del paciente lo ameriten una vez evaluado el riesgo individual de caries del paciente: índice de placa alto, paciente con Historia de caries en temporales, Anatomía retentiva de placa, Deficiencia marcada de cepillado por falta de motricidad y desmineralización del esmalte o lesiones de mancha blanca incipiente.

CONTROL DENTAL PACIENTE GESTANTE: Valoración realizada por odontólogo general quien evaluará el estado oral de la gestante, brindando recomendaciones y realizando los procedimientos preventivos que requiera.

EJECUTIVO O ASESOR DE SERVICIO AL CLIENTE: Es el encargado de iniciar el proceso con el ASEGURADO que ingresa la información del ASEGURADO y/o BENEFICIARIOS que soliciten la atención al sistema de EL CONTRATISTA

LOCALIZADOR (CÓDIGO DEL CASO): Número aleatorio generado en el sistema de EL CONTRATISTA donde es consignada toda la información referente a las citas y llamadas de los ASEGURADOS y es informado a LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD para la aprobación de procedimientos.

CLAVE DE ATENCIÓN O REGISTRO DE SERVICIO: Número que es generado por el sistema a través de la gestión del asesor y es utilizado internamente para la autorización de tratamientos.

III. ASISTENCIA:

1. COBERTURA ODONTOLÓGICA:

El presente anexo ampara los gastos incurridos por el asegurado a consecuencia de una atención odontológica integral por urgencia o de manera ambulatoria PREVENCIÓN, entendiéndose como tal cualquiera de los siguientes tratamientos o atenciones odontológicas, siempre que hagan parte del plan de tratamiento propuesto por un PRESTADOR DE SALUD posterior a realizar una valoración integral al asegurado, se adecuen a las definiciones del capítulo II de este anexo y el asegurado se encuentre vigente.

Los servicios serán atendidos por PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD dentro del territorio Nacional.

URGENCIA MAS PREVENCION					
Cobertura odontológica por urgencia y/o cobertura ambulatoria					
COBERTURA		URGENCIA	AMBULATORIO	LIMITE	PERIODO DE CARENCIA
Atención Odontológica	Consultas con odontología General y especializada sin costo	✓		Ilimitado	Sin Carencia
	Atención de urgencia (Endodontica, periodontal y protésica)	✓	▪	Ilimitado	Sin Carencia
	Profilaxis localizada	✓	▪	Ilimitado	Sin Carencia
	Detartraje localizado	✓	▪	Ilimitado	Sin Carencia
Operatoria y Restauradora	Ajustes de Oclusión (quitar contactos entre dientes que generen molestia)	✓		Ilimitado	Sin Carencia
	Eliminación de Caries	✓		Ilimitado	Sin Carencia
	Obturación provisional	✓		Ilimitado	Sin Carencia
	Restauración en Amalgama dientes posteriores (Clase I; Clase II y MOD)	✓		Ilimitado	Sin Carencia
	Restauración en Resina Dientes Posteriores (Clase I; Clase II y MOD)	✓		Ilimitado	Sin Carencia
	Restauración en Resina Dientes Anteriores (Clase III; Clase IV y Clase V)	✓		Ilimitado	Sin Carencia
	Restauraciones clase V en Vidrios Ionoméricos	✓		Ilimitado	Sin Carencia

	Cementación (pegado) de Corona definitiva o Corona provisional	✓		Ilimitado	Sin Carencia
	Reparación de fracturas en la porción acrílica de dentaduras parciales o totales realizadas en el consultorio (reparación de prótesis dentales en el consultorio).	✓		Ilimitado	Sin Carencia
Cirugía Oral	Exodoncia simple dientes temporales y permanentes	✓		Ilimitado	Sin Carencia
Endodoncia	Recubrimiento pulpar directo e indirecto (Colocación de protección al nervio)	✓		Ilimitado	Sin Carencia
	Pulpectomía (retiro del nervio dental)	✓		Ilimitado	Sin Carencia
	Pulpotomía (retiro parcial del nervio)	✓		Ilimitado	Sin Carencia
	Tratamiento de conducto unirradicular en dientes temporales y permanentes	✓		Ilimitado	Sin Carencia
	Tratamiento de conducto birradicular en dientes temporales y permanentes	✓		Ilimitado	Sin Carencia
	Tratamiento de conducto multirradicular en dientes temporales y permanentes	✓		Ilimitado	Sin Carencia
Radiología Oral	Radiografía Periapical Tomadas en consultorio	✓		Ilimitado	Sin Carencia

	Radiografía Coronal (bitewing) Tomadas en consultorio	✓		Ilimitado	Sin Carencia
Prevención	Educación en Higiene Oral	▪	✓	Ilimitado	Sin Carencia
	Profilaxis generalizada	▪	✓	Ilimitado	Sin Carencia
	Detartraje generalizado	▪	✓	Ilimitado	Sin Carencia
	Sellantes (ambulatorio) menores de 12 años	▪	✓	Ilimitado	Sin Carencia
	Aplicación tópica de Flúor en niños menores de 12 años	▪	✓	Ilimitado	Sin Carencia
	Control dental paciente gestante	▪	✓	Ilimitado	Sin Carencia
Beneficios adicionales	Cobertura del plan con prestadores aliados Sigma en 11 países				
	Reembolso para Urgencias a Nivel Nacional: En caso que no haya prestador Disponible (Previa autorización)	✓	▪	Ilimitado	Sin Carencia
	Descuentos en tratamientos no cubiertos	✓		Ilimitado	Sin Carencia
	Atención Telefónica (horario 24/7 los 365 días del año)	✓		Ilimitado	Sin Carencia
	Orientación Odontológica Telefónica para aclaración de dudas sobre tratamiento	✓		Ilimitado	Sin Carencia
Tarifa / Mes /Persona		\$ + Impuestos Aplicables			

*Realizado por primera vez.

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 requeridos a causa del accidente o traumatismo.

Especialidades: Sistemas de interconsultas y referencias con especialista. Si el ASEGURADO requiere tratamientos o servicios que no se incluyan en el presente contrato, podrá solicitarlos directamente a LOS PRESTADORES DE SERVICIOS SALUD, quienes efectuarán un descuento de entre un 10% y un 30%, respecto de sus tarifas normales, debiendo el ASEGURADO pagar todos los costos que se generen por dichos tratamientos no cubiertos.

2. EXCLUSIONES ODONTOLÓGICAS

Este anexo no cubre servicios originados ni los gastos incurridos directa o indirectamente como consecuencia de eventos que no se puedan catalogar como una urgencia odontológica, prevención o atención ambulatoria, entre los cuales, a título enunciativo, se encuentran los siguientes:

- a) Tratamientos y/o controles no contemplados específicamente en la condición 1 *Cobertura* de este anexo.
- b) Tratamientos de Endodoncia convencional: Unirradiculares, Birradiculares y Multirradiculares (tratamientos de conducto) iniciados o realizados por primera vez por parte PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD con los que EL CONTRATISTA no tiene convenio.
- c) Retratamiento de conducto Unirradiculares, birradiculares y multirradiculares.
- d) Tratamientos estéticos.
- e) 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.
- f) Anestesia general o sedación en niños y adultos (no obstante, no tendrán costo alguno los procedimientos realizados y cubiertos de acuerdo al numeral 1 anterior, luego de estar el paciente bajo los efectos de la anestesia general o sedación).
- g) Anomalías congénitas.
- h) Enfermedades y tratamientos de distonías maxilofaciales.
- i) Radioterapia o quimioterapia.
- j) Atención o tratamiento médico odontológicos que no se ajusten a las definiciones indicadas en el capítulo II- definiciones de este anexo.
- k) Cualquier medicamento formulado necesario para la realización o como complemento de cualquiera de los procedimientos cubiertos y no cubiertos por este anexo.

3. PROCESO DE PRESTACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL SERVICIO.

Los tratamientos deberán ser realizados por LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. El ASEGURADO podrá escoger el prestador de su preferencia o conveniencia, siempre que sea de aquellos con los que EL CONTRATISTA tiene convenio. LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD atenderán a los ASEGURADOS en los horarios que EL CONTRATISTA les informe cuando se comuniquen a su línea telefónica o canal asignado. Para urgencias en horario nocturno, fines de semana o días feriados, la prestación del servicio se llevará a cabo solamente por ciertos PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD informados al ASEGURADO cuando se comunique con EL CONTRATISTA.

El proceso de prestación y seguimiento del servicio

Asignación de citas:

1. Los ASEGURADOS podrán solicitar sus servicios los 365 días del año comunicándose a cualquiera de los siguientes canales de atención: Según cuadro póliza
2. El ejecutivo de Servicio al Cliente recibirá la solicitud requiriendo los siguientes datos al ASEGURADO:
 - Nombre y Apellidos.
 - Fecha de Nacimiento.
 - Nombre de la Aseguradora, y/o empresa por medio de la cual adquirió la cobertura.
 - Teléfonos de contacto.
 - Motivo de consulta.
 - Preferencia de horario de atención.
 - Preferencia en ubicación de atención.
3. Con el número de documento de identidad del paciente, el Ejecutivo de Servicio al Cliente deberá verificar si este se encuentra previamente cargado en el sistema y si no lo encuentra deberá seguir el siguiente proceso:
 - Deberá verificar la cobertura del ASEGURADO con la aseguradora; Si la aseguradora informa que el paciente no cuenta con la cobertura con EL CONTRATISTA, deberá informarle que se comunique con su entidad aseguradora y se dará por terminado el caso, dejando toda la información en el localizador. Si la entidad informa que el ASEGURADO cuenta con la cobertura deberá proceder a agendar la cita.
4. Si de acuerdo con el sistema el ASEGURADO cuenta con cobertura o si la aseguradora confirma la cobertura, el Ejecutivo de Servicio al Cliente debe proceder a agendar la cita llamando al PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD e indicando los siguientes datos:
 - Documento de identidad del ASEGURADO
 - Nombre del ASEGURADO
 - Teléfono de contacto
 - Motivo de consulta y síntomas (si los refiere).
 - Plan
 - Compañía de seguros, cliente.
 - Código del caso
5. Después de coordinar la cita con el PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD, el Ejecutivo de Servicio al Cliente deberá informar al ASEGURADO que su cita ya fue coordinada indicándole la siguiente información:
 - Nombre del PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD
 - Dirección
 - Fecha y hora de la cita
 - Adicionalmente se le informará que debe llevar su documento de identificación para ser atendido.

Atención del ASEGURADO por EL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD:

1. El ASEGURADO debe asistir la cita que le fue agendada previamente y presentar su documento de identidad.
2. EL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD le solicitará al ASEGURADO su documento de identificación, a fin de comprobar que es el ASEGURADO que se agendó por medio de EL CONTRATISTA.
3. Una vez validada la información, EL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD deberá atender al ASEGURADO verificando lo siguiente:
 - Si el ASEGURADO presenta una urgencia odontológica, EL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD deberá proceder a realizar los tratamientos de Urgencia que se encuentran en su plan de cobertura.
 - Si el ASEGURADO no está presentando una urgencia odontológica. Si el tratamiento requerido no está incluido en la condición 1 de este anexo EL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD deberá hacerle el examen completo e indicarle el presupuesto para tratamientos no cubiertos con el valor según convenio (tarifas preferenciales)

Seguimiento a citas agendadas y encuesta a satisfacción:

1. Seguimiento a citas agendadas:

En un tiempo máximo de 48 horas hábiles de atendido el ASEGURADO por EL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD, el Ejecutivo de Servicio al Cliente deberá llamar al ASEGURADO para confirmar cómo le fue en la asistencia. En la comunicación se deberá identificar lo siguiente:

 - Si el ASEGURADO está conforme con la atención, se pregunta si ya terminó la urgencia o motivo principal de consulta. Solo así se da por concluido el caso, se remite a encuesta y se cierra el localizador.
 - Si el ASEGURADO no ha finalizado su urgencia o el motivo principal de consulta se informa que se le llamará nuevamente, hasta que el proceso finalice.
 - Si el ASEGURADO no está conforme con la atención el Ejecutivo de atención al cliente deberá verificar si puede solucionar la inconformidad remitiéndolo a otro PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD o dando el manejo según sea el caso. Si no es posible solucionarlo deberá enviar el caso al supervisor inmediato para así proceder según corresponda hasta resolver el inconveniente, solucionar la urgencia o el motivo principal de consulta y de esta manera dar por terminado el caso y cerrar el localizador.

Nota: Es importante aclarar que sólo se puede cerrar los localizadores hasta que el ASEGURADO se encuentre satisfecho con el servicio brindado. Adicionalmente todo lo referente a las citas se debe dejar registrado en el localizador en la bitácora.
2. Encuestas de Satisfacción:
 - Después de haber realizado el proceso de seguimiento, el asesor de servicio al cliente deberá preguntarle al ASEGURADO si podría contestar una encuesta de satisfacción de 2 preguntas por la atención recibida.
 - Si el ASEGURADO accede a la encuesta, el asesor de servicio al cliente deberá transferirlo a la encuesta por medio del sistema de audio respuesta, ingresando el código del caso.
 - Si el ASEGURADO no desea responder la encuesta, el asesor deberá tipificar en el localizador que el ASEGURADO no desea responder.

- La encuesta de satisfacción a la cual es remitido el ASEGURADO consta de dos preguntas:
 - Califique de 1 a 5 en donde 1 insatisfecho y 5 satisfecho la gestión del operador del call center que le ayudó en la coordinación de la cita.
 - Califique de 1 a 5 la atención brindada por EL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD.
- La escala de calificación se define de la siguiente manera:

Escala	Medición
1	Muy Deficiente
2	Deficiente
3	Regular
4	Bueno
5	Excelente

- El nivel de satisfacción esperado es de 95% de las encuestas calificadas entre 4 y 5.

Control de calidad:

Después de realizadas las encuestas de satisfacción, el área de calidad de EL CONTRATISTA deberá verificar los resultados y establecer aspectos de mejora en la operación.

- El analista de calidad deberá revisar los casos en los cuales el ASEGURADO calificó en la encuesta con 1 (muy deficiente), 2 (deficiente) o 3 (regular) y deberá proceder a comunicarse con este para revisar qué pudo haber sucedido.
- En el caso que el ASEGURADO indique que se equivocó en la respuesta, se podrá volver a remitir a encuesta si así el ASEGURADO lo permite.
- En los casos en los cuales el ASEGURADO informe una insatisfacción, se deberá dar gestión según corresponda y dejar el registro de la información brindada en el sistema de EL CONTRATISTA.
- A partir de la información que se va recolectando con los casos de calificaciones bajas (1,2,3) se va creando una base de tipificación, la cual es revisada cuidadosamente con las áreas involucradas para crear planes de acción para mejora de procesos internos y atención por parte de LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.

4. OBLIGACIONES DE LOS ASEGURADOS EN RELACIÓN CON EL SERVICIO DEL PLAN ODONTOLÓGICO PRESTADO EN EL PRESENTE ANEXO.

- Los ASEGURADOS que no puedan acudir a las citas previamente convenidas con EL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD tratante o que no puedan hacerlo a la hora establecida, deberán notificarlo con al menos cuatro (04) horas de anticipación al CONTRATISTA y/o al PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD.

- b) El ASEGURADO debe realizarse un examen clínico y las ayudas diagnósticas que EL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD tratante considere pertinentes para definir el diagnóstico y realizar los tratamientos cubiertos.
- c) El ASEGURADO está obligado a entregar todos los documentos descritos en el numeral 5 y que son requeridos por EL CONTRATISTA en caso de que proceda el reembolso de los gastos incurridos por la atención de la Urgencia Odontológica y a someterse a las evaluaciones necesarias que el mismo estime para proceder al reembolso de “gastos razonables” a los cuales se hace referencia en el numeral 5- CASOS EXCEPCIONALES DE REEMBOLSO del presente Anexo.

5. CASOS EXCEPCIONALES DE REEMBOLSO

- En caso de que el ASEGURADO requiera de los tratamientos cubiertos por este Anexo y no existan, en la localidad donde él se encuentre, PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD con los que EL CONTRATISTA tenga convenio, o si existen y no presten los servicios descritos en este Anexo, el ASEGURADO podrá recibir el Servicio odontológico necesario para la atención de urgencia en el centro odontológico, consultorio o por parte del odontólogo y/o especialista escogido por él.

Condiciones:

- El ASEGURADO debe contar con la cobertura de asistencia odontológica vigente.
- La atención de urgencia debe ser solicitada a EL CONTRATISTA a través de los canales de atención indicados en el numeral 3 de este anexo.
- El reembolso solamente aplica para: atenciones de urgencia, solo para las atenciones autorizadas bajo esta modalidad y la cobertura será para los tratamientos determinados como incluidos en la asistencia.
- Para el estudio y pago del reembolso, la persona a quien se le autorizó la atención bajo dicha modalidad debe adjuntar y enviar toda la documentación solicitada a través del correo electrónico en los tiempos establecidos.

Proceso de atención:

- Cuando el ASEGURADO presente una urgencia odontológica deberá comunicarse por medio de los canales de atención indicados en el numeral 3 de este anexo para solicitar el servicio.
- El asesor de servicio validará si hay PRESTADORES DE SALUD disponibles para atender la solicitud en ese momento, si no es viable prestar la atención a través de PRESTADORES DE SALUD con los que EL CONTRATISTA tiene convenio, autorizará al paciente la atención bajo reembolso, le explicará brevemente el proceso y le solicitará una dirección de correo electrónico para enviarle las condiciones.
- El Asesor de servicio enviará correo electrónico con la siguiente información:

1. Documentos a requerir en caso de una urgencia odontológica:

- Copia de historia clínica con tratamiento realizado firmada por el odontólogo tratante.
- Factura de tratamiento cancelado donde se detalle pieza dental/zona, tratamiento realizado y valor pagado.
- Radiografía periapical y/o coronal inicial y final del diente tratado
- Carta dirigida A BEE INSURANCE. solicitando el reembolso donde se consigne: nombre completo del ASEGURADO, cédula, dirección de residencia, el ASEGURADO, ciudad, valor a pagar, tipo de cuenta (ahorros o corriente), No. cuenta, banco del país de

residencia, ciudad, nombre y cédula del titular de la cuenta. La carta debe estar firmada con nombre y número de documento de identidad.

- Cualquier otro documento requerido para el estudio del reembolso.
2. Detalle de la cobertura odontológica: Se le recordará al ASEGURADO: (i) la cobertura con la que cuenta siempre y cuando esté presentando una urgencia odontológica y solamente para la pieza dental objeto de la afección (ii) que no están cubiertos los retratamientos de conducto, ni cualquier otro tratamiento no descrito en la asistencia.
 3. Se informará que el monto pagado por reembolso corresponderá a un promedio de los costos para tratamientos similares y en la misma zona geográfica.
- El asesor de servicio contactará al ASEGURADO para confirmar la recepción de la información y aclarar dudas en caso de presentarlas y le confirmará que EL CONTRATISTA queda a la espera del envío de la documentación.
 - El ASEGURADO realizará el proceso de atención bajo las condiciones indicadas y remitirá al canal informado, la documentación requerida completa dentro de los tiempos estipulados.
 - Una vez recibida la documentación, el área de servicio al cliente de EL CONTRATISTA validará que se encuentra completa. De ser así, se contará con cinco (5) días hábiles para todo el trámite hasta el pago; iniciará el proceso remitiéndola al área de auditoría odontológica para su revisión. En caso de no estar completa, contactará telefónicamente al ASEGURADO y le explicará la documentación faltante. El proceso se detendrá hasta que el paciente remita la documentación completa dentro de los tiempos establecidos.
 - El área de auditoría odontológica de EL CONTRATISTA validará la información y autorizará el pago conforme a las políticas establecidas (a. Que sea una urgencia odontológica, b. Que sea un tratamiento incluido en la cobertura c. El monto solicitado sea correspondiente para el tratamiento ejecutado de acuerdo a las tarifas para dicho tratamiento en la zona geográfica donde se llevó a cabo). En el caso en que no se cumpla con alguna o todas las políticas, se contactará al ASEGURADO para aclararle los motivos de No autorización para pago, o autorización para un pago diferente al solicitado.
 - El área contable realizará el desembolso en la cuenta indicada por el ASEGURADO la cual debe pertenecer al país de residencia.
 - Una vez realizado el pago el área de servicio al cliente remitirá al correo indicado por el ASEGURADO el comprobante de pago.
 - El asesor de servicio contactará al paciente para validar la recepción del correo con el comprobante y el pago. Si no lo ha recibido, se reenviará el documento y si la respuesta es positiva se cerrará el caso.

Parágrafo: Para que la reclamación sea válida, el usuario deberá establecer contacto con EL CONTRATISTA en un tiempo máximo de sesenta (60) días calendario posteriores a la ocurrencia de la atención odontológica, dentro de los cuales deberá hacer el envío a EL CONTRATISTA de la totalidad de los documentos solicitados. Si transcurrido este período el Usuario no envía la documentación requerida, se entiende que renuncia a la solicitud reembolso, por tanto, EL CONTRATISTA no se verá obligado a tramitarla.

La recepción de los documentos no implica aceptación por parte de EL CONTRATISTA, para la realización del reembolso de los gastos en que incurrió el Usuario.

Cuando EL CONTRATISTA reciba la documentación incompleta, se pondrá en contacto con el Usuario, y a partir de la notificación, el usuario contará con ocho (8) días hábiles adicionales para completar la documentación, una vez transcurrido dicho plazo y si el usuario no remitió la documentación faltante, EL CONTRATISTA podrá negarse a tramitar la solicitud de reembolso de manera definitiva.

6. PQRS

Cualquier reclamación, observación o queja en relación con los servicios recibidos, deberá remitirlo la ASEGURADORA a EL CONTRATISTA, EL CONTRATISTA realizará la verificación, las acciones requeridas a las que haya lugar y remitirá la respuesta a la compañía.

IV. RESPONSABILIDAD:

EL CONTRATISTA no será responsable por tratamientos realizados por PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD diferentes a aquellos con los cuales tiene convenio, ni por los tratamientos no contemplados en este anexo, aun cuando los mismos sean realizados en por los PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD con los que tiene convenio.

Por cuanto los servicios profesionales de salud que se brindan en virtud del presente anexo están a cargo de PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD egresados de universidades, quienes actúan en libre ejercicio de sus facultades y experiencia profesional, es clara y perfectamente entendido que la responsabilidad contractual asumida por EL CONTRATISTA en ningún caso y bajo ninguna circunstancia se extiende a cubrir, directa ni indirectamente así como próxima o remotamente, la responsabilidad profesional que les corresponde a los PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD en razón y con fundamento en el o los tratamientos que practiquen o hagan a los ASEGURADOS.