

**CONDICIONES DEL SERVICIO**

El presente Servicio es opcional a su Servicio de Salud y su cobertura tendrá vigencia a los tres meses de adhesión. Una vez suscripto, el tiempo de permanencia será de por vida.

Los **costos individuales del Servicio son de \$123 mensuales** por persona, y **para grupos es de \$77 mensuales** por persona y debe suscribirse todo el grupo familiar (\*).

Se reconocerá con autorización previa de la ficha odontológica perfectamente confeccionada en cuanto a marcación en odontograma y codificación de práctica a realizar. El no poseer la autorización inhabilita cualquier reclamo.

**COBERTURA ACORDE AL SERVICIO DE SALUD**

SERVICIO DE SALUD	SIN SERV. DE PRÓTESIS ODONTOLÓGICAS	CON SERV. DE PRÓTESIS ODONTOLÓGICAS
PMI	Sin cobertura	50%**
PMI 2000	50%	100%
PMI 3000	50%	100%

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
04.01.02	Incrustación compuesta o complejas
04.01.04	Corona Colada
04.01.05	Corona Colada con frente estético
04.01.08	Perno muñón
04.01.10	Puente con frente estético
04.01.11	Corona de Acrílico
04.01.12	Elementos provisorios
04.01.13	Corona metal Porcelana
04.01.14	Puente de porcelana
04.02.02	Parcial acrílico hasta 8 dientes
04.02.03	Parcial acrílico más de 8 dientes
04.02.05	Parcial cromo hasta 8 dientes
04.02.06	Parcial cromo más de 8 dientes
04.03.01	Prótesis completa superior
04.03.02	Prótesis completa inferior
04.04.01	Compostura simple
04.04.02	Compostura simple con agregado de 1 diente
04.04.03	Compostura simple con agregado de 1 retenedor
04.04.04	Compostura Simple con agregado de 1 diente y 1 retenedor
04.04.05	Dientes subsiguientes
04.04.06	Retenedor subsiguiente
04.04.10	Rebasado prótesis parcial
04.04.11	Rebasado prótesis completa
04.04.12	Placa de relajación

COBERTURA
4 códigos de prótesis por Socio por mes. Con Rx Pre y Post como requisito excluyente para su facturación. Una vez cada 5 años a partir de la fecha de colocación de la prótesis.
Deberán incluir las piezas que se reemplaza en odontograma de ficha. Diagrama del aparato protésico. Una vez cada 3 años a partir de la fecha de instalación de la prótesis.
Una vez cada 3 años a partir de la fecha de colocación de la prótesis.
Una vez cada 18 meses a partir de la fecha de colocación de la prótesis.
Una vez cada 12 meses a partir de la fecha de colocación de la prótesis.

**NOTAS:** En el código de compostura se debe aclarar el tipo y sector de la reparación, de lo contrario se debitará la práctica. En todos los casos se reconocerán en piezas permanentes y fuera del período de garantía del otro capítulo. (\*) La Mutual Jerárquicos puede modificar los costos previa notificación al Socio.

(\*\*) Para PMI, el Servicio de Prótesis Odontológicas se reconocerá únicamente sobre piezas dentarias.

**COMPLETAR, FIRMAR Y ENVIAR A LA ADMINISTRACIÓN POR CORREO POSTAL, FAX O CORREO ELECTRÓNICO**

..... de ..... de 20 .....

LUGAR Y FECHA

Quien suscribe ....., Socio N° ..... se notifica y da su conformidad al "Servicio de Prótesis Odontológica" que está especificado en el presente documento.

FIRMA \_\_\_\_\_ ACLARACIÓN \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

Tel. de contacto: ..... E-mail: .....

ASESOR COMERCIAL / DELEGADO

LOCALIDAD