

### SOLICITUD DE ORTODONCIA / ORTOPEDIA

La solicitud de autorización de los tratamientos de ortodoncia y ortopedia, requieren de un período prolongado de tiempo relacionado al pronóstico de cada paciente. A los fines de brindar información precisa sobre cómo Jerárquicos procederá ante las vicisitudes que puedan surgir, se informa lo siguiente:

- 1- Ante el cambio de servicio de salud de PMI 3000 a PMI 2000 la cobertura no tendrá variación.
- 2- Ante el cambio de servicio de salud de PMI 3000 o PMI 2000 a PMI o PMO se aplicará a su cargo el 100% del costo correspondiente a los controles posteriores al cambio de servicio de Salud generándose un ítem como coseguro en su cuenta corriente (*según valores Jerárquicos Salud*).
- 3- Ante la solicitud de baja del servicio de salud dentro de los 18 meses del inicio de la cobertura del tratamiento de ortodoncia/ortopedia, el ex-socio tendrá que continuar bajo su exclusiva cuenta y cargo con los pagos al prestador en forma particular (*esta acción detiene el coseguro predefinido por porcentaje que se genera en el servicio de salud del ex socio*).
- 4- Cambio de servicio de salud PMI 2000 o PMI 3000 a servicio de salud PMI 2886 soltero debido a mayoría de edad (21 años o 29 años según corresponda) no variará la cobertura. En casos de cambiar a otro servicio de salud (PMI soltero, PMI 2886 soltero fuera de grupo familiar) se aplicará a su cargo el 100% del costo de todos los controles posteriores a tal cambio generándose un ítem como coseguro en su cuenta corriente (*según valores Jerárquicos Salud*).
- 5- Cambio de servicio de salud PMI 2000 a PMI 3000 posterior a la solicitud y autorización de la ortodoncia /ortopedia continuará su plan de pago de coseguros generado, respetando la cobertura del servicio de salud que tenía cuando solicitó el tratamiento.
- 6- Ante el cambio de profesional por cualquier motivo que fuese con tratamiento iniciado, la Mutual Jerárquicos no habilitará la autorización de un nuevo tratamiento.

El tratamiento de Ortodoncia tiene cobertura por única vez.

Queda directamente a cargo del Socio las siguientes situaciones de:

- Pérdida de aparatología instalada o rotura por uso indebido de la misma;
- Brackets estéticos;
- Compostura de aparatología.

Lugar y Fecha: ..... de ..... de 20 .....

Quien suscribe .....manifiesto que comprendo y acepto

cabalmente toda la información que arriba se detalló respecto a la cobertura y/o autorización del tratamiento solicitado

para ..... N° de socio/adherente: .....

FIRMA

ACLARACIÓN

DNI

Este formulario debe ser remitido a través de la APP JERÁRQUICOS MÓVIL o el sitio exclusivo para socios MI JS.