**CARABINEROS DE CHILE**

**DIRECCIÓN NACIONAL DE PERSONAL**

 **DIRECCIÓN DE SALUD**

En cumplimiento a la política Institucional, la Dirección de Salud de Carabineros de Chile debe satisfacer en forma permanente las necesidades en materias de salud bucal del personal institucional, por lo que ha puesto en ejecución un **Convenio de Atención Odontológica** en el Servicio de Sanidad Dental, a través de la Subdirección Odontológica del Hospital de Carabineros y en los Centros Médicos Dentales y Consultorios de la Red de Atención Médica y Dental, para el **personal en situación de retiro de Carabineros de Chile** y los respectivos beneficiarios que se incorporen al presente convenio.

**OBJETIVOS GENERALES Y PARTICULARES**

**OBJETIVO GENERAL**

Posibilitar por parte de la Subdirección Odontológica del Hospital de Carabineros y la Red de Atención Médica y Dental, la atención preventiva y curativa de la salud dental de aquel personal de Carabineros en situación de retiro, su cónyuge e hijos reconocidos como carga legal; montepiado/a y sus hijos que sean cargas familiares legalmente reconocidas y; la hija o hijo del personal en retiro o causante del montepío que padezca discapacidad elevada al duplo) que voluntariamente se adscriba al presente convenio, otorgando prestaciones bajo aranceles preferenciales en aquellas especialidades que se determinen.

**OBJETIVOS PARTICULARES**

1. Acceso oportuno a atenciones odontológicas para el personal en situación de retiro de Carabineros de Chile.
2. Cobro de un precio preferente por dichas atenciones.
3. Cobertura a nivel nacional de atenciones odontológicas por medio de la Red de Atención Médica y Dental de Carabineros para el Imponente Beneficiario y Beneficiarios.
4. Brindar atención preventiva y curativa al Imponente beneficiario y su cónyuge e hijos que sean carga familiar.
5. Las especialidades cubiertas por el convenio odontológico corresponden a todas las acciones dentales definidas en el anexo de la Orden General Nro. 2743, de 24.02.2020.
6. Respecto de la especialidad de implantología, cabe señalar que los implantes dentales de titanio y los aditamentos protésicos, deben ser adquiridos por el imponente beneficiario, además el costo de la rehabilitación por medio de prótesis fija, prótesis removible, los trabajos realizados en el laboratorio dental, para ser instalados sobre el implante y el pabellón dental de cirugía menor, deben ser pagados por el imponente beneficiario suscrito al Convenio de acuerdo a los aranceles fijados por la aludida Orden General.
7. Indicar que concerniente a la especialidad de ortodoncia, este tipo de tratamiento se le entregará a las cargas familiares legalmente reconocidas del personal en retiro que haya suscrito el convenio, sólo hasta los 16 años de edad (acorde a las condiciones propias de la especialidad) y que el costo del set de brackets, arcos y bandas, serán de cargo del titular, conforme al valor de adquisición pagado por el Fondo Odontológico, el pago será en efectivo para los pacientes de la Subdirección Odontológica del HOSCAR, y para los pacientes de la Red de Salud por depósito bancario en la cuenta del Fondo Odontológico. N° 5124379 del Banco Estado.
8. Las prestaciones del laboratorio dental o la reposición de estas serán pagadas por el titular o por el paciente según el nivel correspondiente (1, 2 o 3).

**IMPONENTE BENEFICIARIO Y BENEFICIARIOS**

**IMPONENTE BENEFICIARIO PUEDE SER:**

* El personal en retiro de Carabineros.
* La o él cónyuge y montepiados.

Para efectos de contar con los beneficios que contiene el Convenio de Prestaciones Odontológicas, las personas antes referidas deberán adherirse al mismo y cumplir los demás requisitos establecidos en aquel.

**BENEFICIARIO PUEDE SER:**

1. El o la cónyuge del Imponente Beneficiario, que sea carga familiar legalmente reconocida, que no se encuentren adscritos a un sistema de salud distinto al del Imponente Beneficiario.
2. Los hijos o hijas del personal en retiro, que sean cargas legalmente reconocidas.
3. Montepiado/a y sus hijos que sean cargas familiares legalmente reconocidas.
4. La hija o hijo del personal en retiro de Carabineros o del causante del montepío que padezca de discapacidad o que sea causante de asignación familiar elevada al duplo.
5. Los hijos o hijas que no sean carga legalmente reconocida que cumplan los siguientes requisitos: no tener más de 28 años de edad ni encontrarse adscrito a otro sistema de salud distinto al del Imponente Beneficiario; que se encuentren estudiando una profesión u oficio, debiendo acreditar tal calidad mediante un certificado extendido por el respectivo Centro Técnico Superior, Universidad o Establecimiento Educacional; que se encuentren estudiando un Preuniversitario, realizando práctica profesional o en proceso de tesis, debiendo acreditar tal situación mediante el certificado respectivo emitido por la institución correspondiente.
6. Respecto del o la cónyuge indicado en el numeral 1. de este acápite, de los hijos cargas familiares mayores de edad mencionados en el numeral 2. y de los hijos mayores de edad que no sean cargas familiares señaladas en el numeral 5., para efectos de ser beneficiarios del presente Convenio deberá acompañarse una declaración jurada notarial en que expresamente señalen no encontrarse afiliado a un sistema de salud distinto. Asimismo, si estando vigente el Convenio, los beneficiarios se adscriben a un sistema de salud diverso, deberá el Imponente avisar inmediatamente a la Oficina de Convenio Odontológico de tal situación para efectos de excluirlos del presente Convenio.

**AFILIACIÓN, COBERTURA Y PAGO DE ARANCELES DENTALES POR ESPECIALIDADES.**

**AFILIACION**

Relativo a la afiliación, el Imponente Beneficiario deberá completar, firmar y hacer llegar la solicitud de afiliación voluntaria. Para estos efectos, el documento en que conste su afiliación podrá entregarlo:

**1**.- en la Oficina Convenio Odontológico, ubicada en Avda. Antonio Varas 2500, Torre DISALCAR, comuna de Ñuñoa;

**2**.- en los centros médicos y consultorios de la red de salud institucional;

**3**.- imprimir el formulario de la página web del HOSCAR, completar, escanear y enviar al correo electrónico: convenio.odontologico@hoscar.cl o enviarlo por correo tradicional a Avda. Antonio Varas 2500, comuna de Ñuñoa, Oficina Convenio Odontológico.

**COBERTURA**

El aporte mensual que se realice por los Imponentes Beneficiarios, descontado de sus pensiones o montepíos, estará destinado a financiar los costos de las acciones dentales que cuenten con cobertura para tal efecto, con excepción de las prestaciones de implantología y ortodoncia, en los términos señalados en el mismo texto normativo.

Así entonces, los tratamientos cubiertos son los siguientes:

* Acciones de carácter general;
* Acciones de prevención;
* Acciones de cirugía bucal;
* Acciones de endodoncia o tratamiento de conducto;
* Acciones de odontopediatría;
* Acciones de operatoria;
* Acciones de ortodoncia y operatoria;
* Acciones de peridoncia;
* Acciones trastornos temporo mandibulares y dolor orofacial;
* Acciones de prótesis fija;
* Acciones de prótesis removible;
* Acciones de radiología oral;
* Acciones de implantología;
* Acciones generales de laboratorio dental;
* Laboratorio dental prótesis removible y fija;
* Laboratorio dental ortodoncia;
* Laboratorio dental implantología;
* Acciones de pabellones dentales, de la Subdirección Odontológica;
* Radiología dental.

Las prestaciones a que da derecho este Convenio tendrán cobertura hasta la defunción del imponente o hasta le fecha en que presente su renuncia o este sea rescindido por alguna causal normativa o por infracción a los términos del Convenio en comento.

**ALCANCES Y EXCLUSIONES**

**ALCANCES:**

Las prestaciones dentales establecidas en el presente Convenio Dental se limitan a aquellas otorgadas por la Subdirección Odontológica del Hospital de Carabineros y La Red de Atención Médica y Dental, no teniendo cobertura en el extranjero como tampoco en el extra sistema.

En caso de que los Centros Médicos Dentales y Consultorio de la Red de Atención Médica Dental, no cuenten con la especialidad requerida por el usuario, deberá solicitarla en el establecimiento más cercano, de la red de salud de Carabineros.

**EXCLUSIONES**

El convenio no cubre:

* Urgencia dental Hoscar;
* Cirugía maxilo facial
* Pabellón central Hoscar;
* Implante óseo integrado y costo de rehabilitación, otros elementos protésicos, implantes, injertos, membrana;
* Set brackets, arcos y bandas
* Laboratorio dental o reposición de trabajos de laboratorio dental

**Implantología:**

Los implantes dentales de titanio y los aditamentos protésicos para realizar el implante óseo integrado deberán ser adquiridos por el funcionario en situación de retiro y/o su carga legalmente reconocida, conforme a las indicaciones del profesional tratante. De igual modo, el trabajo de laboratorio realizado para estos efectos, tampoco queda cubierto.

El costo de la rehabilitación por medio de prótesis fija y prótesis removible, y los trabajos confeccionados en un Laboratorio Dental externo para ser instalados sobre el implante serán pagados al contado por el propio paciente, en el respectivo Laboratorio.

**Prótesis Removible, Bases Metálicas**

Estas serán de costo del Imponente Beneficiario, pagados directamente al Laboratorio respectivo.

**OBLIGACIONES DEL IMPONENTE BENEFICIARIO:**

**1**.- Autorizar por escrito a DIPRECA para que le descuente mensualmente de su pensión de retiro la suma correspondiente por concepto de aporte al presente convenio. Se hace presente que el primer descuento será formulado a contar de la fecha de suscripción del presente convenio.

**2**.- Los Imponentes Beneficiarios del Grupo 5 señalado en la citada Orden General, que sean atendidos en la Subdirección Odontológica o en los Centros Médicos Dentales o Consultorios de la Red, deberán remitir y/o tramitar el presupuesto de prestaciones odontológicas ante el Departamento de Finanzas de la Subdirección de Salud de Carabineros, para que dicho órgano realice el cobro en efectivo de las prestaciones a realizar o bien remita el descuento para que DIPRECA lo realice por planilla, previa firma del presupuesto de prestaciones odontológicas

**3**.- En el caso de aquellos funcionarios que después de su retiro se reintegren a Carabineros de Chile y continúen aportando al Fondo Odontológico, deberán renunciar al presente Convenio Odontológico personalmente, habida cuenta que esta condición lo hace integrar al Grupo1 de la Orden General comentada. Estos mismos podrán suscribirse al Convenio una vez terminada su recontratación en Carabineros.

**4**.- Será causal de exclusión temporal del presente convenio, por lo que no tendrá derecho a las acciones dentales descritos precedentemente, el hecho que el Imponente Beneficiario no cuente con alcance líquido para el pago de la cuota, pudiendo reincorporarse una vez que regularice el estado de pago de las cuotas insolutas.

**DESAFILIACION**

* Para este fin el Imponente Beneficiario deberá entregar personalmente en la Oficina Convenio Odontológico, centros médicos y consultorios de la red de salud institucional, la solicitud de desafiliación voluntaria. Esta desafiliación deberá formalizarse después de la última acción dental otorgada.
* En caso de renuncia al presente convenio, no podrá volver a suscribirse, sino después de 6 meses desde aquel acto.
* Si la causal de desafiliación se produce por la muerte del Imponente Beneficiario, se materializará la desafiliación definitiva del mismo por parte de la Dirección de Salud de Carabineros.
* En el caso precedente, el o la Montepiada(o) podrá solicitar nuevamente la suscripción de este Convenio.

**FECHA DE COBERTURA**

La cobertura del presente Convenio comenzará a regir 30 días hábiles después de recibido.

**1**.- IMPONENTE BENEFICIARIO:

|  |  |
| --- | --- |
| APELLIDO PATERNO |  |
| APELLIDO MATERNO |  |
| NOMBRES |  |
| CÉDULA NACIONAL DE IDENTIDAD |  |
| ÚLTIMO GRADO |  |
| CARNET MEDICINA CURATIVA |  |
| DIRECCION PARTICULAR |  |
| COMUNA |  |
| REGION |  |
| TELEFONO |  |
| EMAIL |  |
| FECHA DE INSCRIPCION |  |

2.- BENEFICIARIO:

|  |  |
| --- | --- |
| APELLIDO PATERNO |  |
| APELLIDO MATERNO |  |
| NOMBRES |  |
| CÉDULA NACIONAL DE IDENTIDAD |  |
| PARENTESCO |  |
| CARNET MEDICINA CURATIVA |  |

BENEFICIARIO:

|  |  |
| --- | --- |
| APELLIDO PATERNO |  |
| APELLIDO MATERNO |  |
| NOMBRES |  |
| CÉDULA NACIONAL DE IDENTIDAD |  |
| PARENTESCO |  |
| CARNET MEDICINA CURATIVA |  |

BENEFICIARIO:

|  |  |
| --- | --- |
| APELLIDO PATERNO |  |
| APELLIDO MATERNO |  |
| NOMBRES |  |
| CÉDULA NACIONAL DE IDENTIDAD |  |
| PARENTESCO |  |
| CARNET MEDICINA CURATIVA |  |

BENEFICIARIO:

|  |  |
| --- | --- |
| APELLIDO PATERNO |  |
| APELLIDO MATERNO |  |
| NOMBRES |  |
| CÉDULA NACIONAL DE IDENTIDAD |  |
| PARENTESCO |  |
| CARNET MEDICINA CURATIVA |  |

1.- Por este acto vengo en solicitar a la Subdirección de Sanidad, dependiente de la Dirección de Salud de Carabineros de Chile, se me incorpore como Imponente Beneficiario al Convenio de Descuento de Prestaciones Dentales, derivado de la Orden General 2743, de fecha 24.02.2020 o de la que se encuentre vigente al momento de la suscripción.

2.- Para estos efectos, autorizo que se descuente mensualmente de mi pensión de retiro la cantidad de $ 10.900, para el caso de los P.N.S) y la suma de $8.8000 para el caso de los P.N.I. Esta suma se reajustará anualmente acorde a la variación positiva del IPC o del índice que haga sus veces y deberá ser depositada en la Cuenta corriente del Fondo Odontológico, dependiente de la Dirección de Salud de Carabineros de Chile.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FIRMA**