

REGLAMENTO DE ATENCION ODONTOLOGICA PARA

FAMILIARES DE AFILIADOS A SETIF 2025

- 1) SETIF prestará asistencia odontológica a un familiar directo por afiliado, en las condiciones de este reglamento y por resoluciones del Consejo Directivo. Se entiende por familiar directo (en adelante “familiar”) a padres, hijos, cónyuge, concubino o familiar a cargo debidamente comprobado (tutela, curatela).
- 2) Tendrán derecho a recibir el beneficio de la atención odontológica los familiares (a razón de uno por vez) de aquellos afiliados que tienen más de 180 días de antigüedad en SETIF y 6 meses de aportes a SETIF.
- 3) La prestación del servicio se hará en idénticas condiciones que para los afiliados titulares, quienes completarán el formulario de solicitud de beneficio en la empresa, cursándose el mismo a la oficina administrativa de SETIF, conjuntamente con la fotocopia de la cédula de identidad del familiar y la documentación probatoria de la relación de parentesco.
- 4) Previo al retiro de la orden de atención, el afiliado firmará el compromiso de que el familiar asista a las consultas y fiscalizaciones de trabajo previstas.
- 5) El familiar dispondrá de 30 días corridos, a partir de la emisión de la orden, para presentarla ante un odontólogo, junto a una fotocopia de su documento. Coordinará su consulta directamente con el odontólogo elegido, entre los que se encuentren registrados en SETIF.
- 6) El odontólogo formulará el plan de tratamiento, que será explicado al paciente, y quien, en caso de aceptarlo deberá firmar su consentimiento.
- 7) Todos los trabajos llevarán una **fiscalización inicial**, y el familiar deberá coordinar su consulta directamente con el odontólogo fiscalizador que SETIF le asigne.
- 8) El familiar deberá concurrir a la **fiscalización final** de su trabajo, **dentro de los quince días** siguientes al alta de su tratamiento. Los trabajos de ortodoncia llevarán además una **fiscalización de control** obligatoria previa al retiro de la aparatología.
- 9) El familiar que no pueda concurrir a una consulta coordinada, deberá cancelarla directamente con el fiscalizador, con 24 horas de anticipación.
- 10) La omisión a las obligaciones establecidas en los art. 8 y 9 así como el abandono de un tratamiento iniciado, salvo causas debidamente justificadas a juicio del Consejo Directivo, harán perder al afiliado el derecho a los beneficios de SETIF, en la forma y extensión que se resuelva en cada caso.
- 11) La **falsa declaración respecto del vínculo familiar** será penalizada con una multa equivalente al 100% del costo del tratamiento recibido
- 12) **SETIF cubrirá los tratamientos en iguales condiciones que para los afiliados titulares**, hasta un **tope anual de \$30.500**. Si el total del tratamiento autorizado excede el tope, el pago de la diferencia quedará a cargo del familiar o afiliado quién la abonará directamente al Odontólogo tratante.
- 13) Las **ortodoncias** se cubrirán hasta un **tope** de \$46.300 **por única vez para cada beneficiario**, aplicado a la **fase inicial** del tratamiento (**diagnóstico, carpeta de estudios y hasta la colocación de la aparatología**). Los controles posteriores no se cubren. Este tope es independiente del establecido en el artículo anterior y exclusivo para ortodoncia.
- 14) Todas las solicitudes de afiliados, por observaciones o reclamos sobre el servicio, se harán por escrito a SETIF, y serán resueltas por el Consejo Directivo.
- 15) Declaro conocer y aceptar las condiciones del presente reglamento, así como del reglamento de atención a afiliados titulares.

Firma _____

Fecha ____ / ____ / ____ Empresa _____ Aclaración _____