



Guía del Asegurado



Seguro de Gastos Médicos
Plan Gama - Red Cerrada

Seguro de Gastos Médicos Plan Gama - Red Cerrada

El presente documento y las Condiciones Generales contienen, en conjunto, los términos y condiciones del Plan de Seguro que ha sido contratado con **DENTEGRA**.

DENTEGRA cubrirá los Servicios de visión hasta el Límite Anual establecido en la carátula de tu póliza, en caso de que el costo de los Anteojos supere el Límite Anual deberás pagar la diferencia.

Tú únicamente podrás elegir a partir de la fecha de inicio de la cobertura una de las siguientes opciones, una vez adquirida cualquiera de las opciones, no tendrás derecho a cambiar la opción elegida:

- (i) Anteojos graduados o Lentes Graduados o,
- (ii) Lentes de Contacto graduados.

Anteojos o Lentes Graduados. En caso de que elijas la opción de Anteojos o Lentes graduados, tendrás derecho a escoger a partir de la fecha de inicio de tu cobertura lo siguiente:

(i) Un armazón dentro de los modelos que cada Óptica tenga autorizados para el plan contratado y que podrán variar conforme al Límite Anual establecido y un par de lentes graduados, conforme a la cobertura de visión contratada. **Por lo tanto, no se cubre el armazón sin los lentes graduados.**

ó

(ii) Un lente o un par de lentes graduados, según sea necesario y conforme a la cobertura de visión contratada. **Por lo tanto, no se cubre el armazón sin los lentes graduados.**

Lentes de contacto. Tendrás derecho a escoger a partir de la fecha de inicio de la cobertura, los Lentes de Contacto dentro de las opciones con las que cuenta cada Óptica.

BENEFICIOS RED CERRADA	
Examen de la Vista	Cubierto
Estuche Duro	Incluido
Solución para Lentes de Contacto	Incluido
Anteojos Completos (Armazón y Lentes graduados) o Lentes Graduados	Un armazón durante la vigencia de la Póliza hasta el Límite Anual, si por prescripción son necesarios (no cosméticos).
Lentes de Contacto Graduados	Lentes de Contacto de cambio frecuente, se podrá obtener la dotación equivalente a un año, hasta el Límite Anual Contratado, si por prescripción son necesarios (no cosméticos).
En modelos de Armazón para Lentes de mayor nivel al contratado o en productos no cubiertos	15% de descuento
En Reposiciones de Lentes (una vez al año)	Descuento del 30% sobre lentes oftálmicas bajo el plan contratado

BENEFICIOS RED CERRADA	
Concepto	Gama
Límite Anual de Anteojos Completos o Lentes graduados, no cosméticos: Armazón y/o Lentes (Micas Oftálmicas). Incluye IVA	\$700
Límite Anual de Lentes de Contacto graduados, no cosméticos. Incluye IVA	\$700
Deducible	\$0

Tú cuentas con un Plan Visión con acceso a la Red Cerrada, por lo que podrás acudir únicamente con **Ópticas DEVLYN**. Menciona tu convenio **DENTEGRA**: 17824, 17826, 17827. Consulta las sucursales en las que podrás acudir.

¿CÓMO UTILIZO LOS SERVICIOS?

1.	Elige la Óptica DEVLYN de tu preferencia dentro del directorio que puedes ver en el siguiente link: • DIRECTORIO DE ÓPTICAS DEVLYN
2.	Acude a la Óptica DEVLYN de tu preferencia y muestra tu credencial de Seguro o la proporcionada por tu empresa, así como una identificación oficial con fotografía. En caso de extravío de tu credencial de Seguro, deberás presentar una identificación oficial y la Óptica deberá llamar al Centro de Contacto.
3.	La Óptica te realizará un Examen de la Vista y, en caso de requerir Anteojos Completos o Lentes de Contacto graduados, podrás adquirirlos de acuerdo con los Límites establecidos en tu Plan Visión.
4.	Paga a la Óptica el Deducible de acuerdo con el Plan Contratado y el IVA respectivo por los Anteojos Completos o los Lentes de Contacto graduados. En caso de existir diferencia entre el Costo Total de los Anteojos Completos o los Lentes de Contacto graduados y el Límite Anual contratado, deberás pagarla directamente en la Óptica.

PREGUNTAS FRECUENTES

¿Qué hago si DENTEGRA no cuenta con un proveedor de Óptica en mi localidad?

En caso de que **DENTEGRA** no cuente con una Óptica en la localidad donde resides, deberás pagar por los Anteojos Completos o Lentes de Contacto y **DENTEGRA** te reembolsará de acuerdo con las condiciones del Plan Contratado y hasta el Límite Anual establecido.

Es necesario para el Reembolso que presentes la siguiente documentación:

- Solicitud de Reembolso debidamente llenada
- Copia de identificación oficial vigente, con fotografía
- Comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a noventa (90) días
- Prescripción de Anteojos Completos o Lentes de Contacto a tu nombre, que incluya el número de dioptrías
- El Comprobante Fiscal Digital (CFDI) de la Óptica a tu nombre, el cual se integra de dos archivos: el XML y el PDF, ambos son necesarios para el trámite del Reembolso

La documentación deberá ser enviada dentro de los siguientes treinta (30) días posteriores a la finalización del servicio otorgado.

Conserva una copia de los documentos como respaldo de tu Reembolso. Para más información del proceso de Reembolso consulta nuestra página web: **dentegra.com.mx**.

¿El Deducible lo debo pagar en efectivo o puedo pagar de alguna otra manera?

El Deducible debe ser pagado a la Óptica en el momento de la visita y ahí te informarán las formas de pago que son aceptadas.

GARANTÍAS: Las garantías de los Lentes y Armazones contra defecto de fabricación o vicios en su manufactura dependen de cada Óptica. Podrás consultar las garantías directamente en la Óptica o llamando a nuestro Centro de Contacto.

UNIDAD ESPECIALIZADA DE ATENCIÓN A ASEGURADOS

Cuentas con la asesoría de la Unidad Especializada para Asegurados, donde podrás exponer dudas respecto a reclamaciones, consultas o quejas de algún servicio recibido por parte de DENTEGRA y de nuestros Dentistas afiliados.

Es muy sencillo solicitar apoyo, sigue los siguientes pasos:

1. Comunícate a nuestro Centro de Contacto o envía un correo a: **segurodental@dentegramx.com** describiendo tu solicitud, y proporciona la siguiente información: nombre completo, Póliza, Certificado, correo electrónico y teléfono de contacto.
2. En el transcurso de un día hábil uno de nuestros ejecutivos se pondrá en contacto contigo y te proporcionará un folio de seguimiento a tu solicitud.
3. El tiempo de resolución a las solicitudes es de cinco (5) días hábiles, excepto quejas especiales que por su naturaleza requieran ser revisadas mediante una segunda opinión o dependan de la entrega de información por parte de nuestros Asegurados.

CONDICIONES BÁSICAS DEL SEGURO

PREEXISTENCIA: La Póliza de Seguro cubrirá los gastos por Servicios Ópticos de todos aquellos Asegurados, cuya sintomatología de su

padecimiento se haya iniciado en fechas anteriores al inicio de la vigencia del Contrato del Seguro, siempre y cuando no haya hecho gastos comprobables documentalmente para recibir un Servicio Óptico.

PERIODO DE BENEFICIO: DENTEGRA reembolsará los Gastos Cubiertos hasta el Límite Anual y, de conformidad con las Condiciones Generales establecidas en la Póliza de Seguro, a partir de la fecha de la primera erogación efectuada por el Asegurado y siempre que los gastos se efectúen durante la vigencia del Contrato de Seguro o hasta la fecha de baja del Asegurado, lo que ocurra primero. Si la Póliza de Seguro se renueva sin interrupción alguna, automáticamente el Periodo de Beneficio será prorrogado por otro periodo de igual duración.

PRESCRIPCIÓN: Todas las acciones que se deriven del Contrato de Seguro prescribirán en dos (2) años contados a partir de la fecha en que suceda el hecho o acontecimiento que le dio origen. Dicho plazo no correrá en los casos que se señalan en el artículo 82 y se interrumpirá por las causas señaladas en el artículo 84, ambos de la Ley sobre el Contrato de Seguro, de igual forma se interrumpirá en términos del artículo 66 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

CUANTÍA DE LA INDEMNIZACIÓN: DENTEGRA pagará al Asegurado todos los gastos de los Servicios Ópticos, ajustándolos a los límites establecidos en el Plan Visión Contratado y se les descontará el Deducible de acuerdo con el monto establecido en este documento.

EXCLUSIONES

La Póliza de Seguro en ningún caso cubrirá los gastos originados por cualesquiera de los supuestos que a continuación se mencionan:

- 1. Cualquier tipo de consulta médica o procedimiento médico preventivo efectuado por un oftalmólogo y/o cualquier otra persona autorizada para llevarlo a cabo.**
- 2. Cualquier tipo de Tratamiento médico o quirúrgico para los ojos.**
- 3. Ejercicios ortópticos o entrenamiento visual para tratar la visión baja.**
- 4. Visión baja.**
- 5. Apoyos para visión baja o subnormal.**

6. **Aniseiconía (trastorno ocular que genera imágenes de diferente tamaño entre las retinas).**
7. **Cualquier tipo de examen o análisis necesario para detectar alteraciones en el campo visual.**
8. **Tomografías.**
9. **Angiografía fluorescente.**
10. **Reemplazo de Armazones o Lentes como consecuencia de extravío, robo, maltrato o rotura.**
11. **Tratamientos adicionales a los Anteojos que no sean utilizados para la corrección de la visión, tales como los tratamientos antirreflejantes, antirrayas, ultravioletas, de protección solar o cualquier otro que tenga por finalidad motivos estéticos.**
12. **Anteojos comprados con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza de Seguro o con anterioridad a la fecha de inicio de la cobertura de los Asegurados, o con posterioridad a la terminación de la vigencia de la cobertura del Asegurado o de la Póliza de Seguro.**
13. **Medicamentos.**
14. **Ningún servicio que no esté especificado dentro de los Servicios Ópticos cubiertos por el Plan Contratado.**

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la Documentación Contractual y la Nota Técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 03 de agosto de 2017, con el número CNSF-H0714-0029-2017.

Nota para el Asegurado:

En caso de que requieras conocer la totalidad de las condiciones de aseguramiento de tu Plan Visión, envíanos tu solicitud al correo electrónico: **segurodental@dentegramx.com** indicándonos nombre completo, fecha de nacimiento, número de Póliza, Certificado, parentesco (en caso de ser dependiente) y correo electrónico. Por el mismo medio te enviaremos la información, o comunícate a nuestro Centro de Contacto.



Para atención al Asegurado y acceso a la Unidad Especializada de Consultas y Reclamaciones

Centro de Contacto DENTEGRA:

Horario de atención de
Lunes a viernes de 8:00 a 22:00 horas
Sábados y domingos de 8:00 a 20:00 horas

Ciudad de México e Interior de la República:

800 772 5831

Asesoría las 24 horas en caso de Urgencias

Correo electrónico: **segurodental@dentegramx.com**

Página web: **dentegra.com.mx**

En nuestras oficinas de lunes a viernes de 8:00 a 17:00 horas en Insurgentes Sur 1458, pisos 19 y 20, Col. Actipan, Benito Juárez, C.P. 03230, Ciudad de México.

Podrás consultar en nuestra página de Internet el Aviso de Privacidad de Dentegra Seguros Dentales, S.A., que podrá estar sujeto a cambios, por lo que te recomendamos su consulta de forma frecuente.



Derechos Básicos
Gastos Médicos

FOLLETO DE DERECHOS BÁSICOS DE LOS CONTRATANTES, ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS

1. CONOCE TUS DERECHOS ANTES Y DURANTE LA CONTRATACIÓN DE TU SEGURO

En **DENTEGRA** nos interesa tu bienestar y satisfacción con nuestros servicios, es por esto que te damos a conocer tus Derechos como Contratante, Asegurado o Solicitante y Beneficiario de nuestros servicios.

Tus derechos antes y durante la contratación de tu Póliza de Seguro son:

- I. Solicitar a los agentes, o a los empleados y apoderados de las personas morales que, sin ser agentes de seguros, hayan promocionado o vendido la Póliza de Seguro, la identificación que los acredite como agentes o bien, como personas morales que, sin ser agentes, les sea permitido la promoción o venta de seguros.
- II. Solicitar se te informe el importe de la Comisión o Compensación Directa que le corresponda a los agentes o a las personas morales que, sin ser agentes de seguros, promocionen o vendan seguros.
- III. Recibir toda información que te permita conocer las Condiciones, alcances, conservación y terminación de aseguramiento pactadas en el Contrato de Seguro.
- IV. Derecho a que en caso de someterte a un examen médico no se aplicará la cláusula de Preexistencia respecto de Enfermedad o padecimiento relativo al tipo de examen que se le ha aplicado objeto del Seguro.

2. TUS DERECHOS AL OCURRIR UN SINIESTRO

En caso de hacer uso de nuestros servicios como beneficiario del Seguro tendrás los siguientes derechos amparados en la Póliza:

- I. Recibir el pago de las prestaciones procedentes en función al Límite Anual (la Suma Asegurada), aunque la Prima del Contrato de Seguro no se encuentre pagada, siempre y cuando no se haya vencido el Periodo de Gracia pactado para el pago de la Prima de Seguro.
- II. Cobrar una indemnización por mora a **DENTEGRA** si no cumple con la obligación de resarcir o pagar la indemnización procedente, dentro de un plazo de treinta (30) días naturales, una vez de haber recibido de manera completa los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido reportadas.
- III. En caso de controversia podrás solicitar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros la emisión de un dictamen técnico, si las partes no se sometieron a su arbitraje.

3. ALCANCE DE LA COBERTURA CONTRATADA

DENTEGRA se obliga, mediante el pago de la Prima, a cubrir de manera directa o a reembolsarte, los Gastos Cubiertos de conformidad con los términos, condiciones y límites estipulados en tu Póliza de Seguro.

4. ¿CÓMO PUEDES CONSERVAR LA COBERTURA CONTRATADA CON DENTEGRA?

La cobertura contratada se conserva mediante el pago oportuno de la Prima o fracción de ésta en caso de haber pactado tu pago en parcialidades.

La cobertura contratada también puede ser conservada mediante la renovación del Contrato, considerando las tarifas que se encuentren vigentes al momento de la renovación, de conformidad con las Condiciones Generales del Contrato.

5. CAUSAS POR LAS QUE PUEDE TERMINAR TU CONTRATO

La vigencia de la Póliza de Seguro dejará de surtir sus efectos en la fecha de terminación, indicada en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual y/o en la Credencial del Asegurado, o antes, si se presenta cualquiera de las siguientes causales:

- a. Entregues a **DENTEGRA** una solicitud por escrito de cancelación de la Póliza de Seguro, en cuyo caso se te devolverá la Prima Neta No Devengada.
- b. Por la terminación del Periodo de Gracia para el pago de la Prima, salvo que sea rehabilitada en términos de las Condiciones Generales pactada en el Contrato.

6. CONOCE OTROS DERECHOS

En **DENTEGRA** nos comprometemos, a través de los Dentistas de nuestra Red, a procurar y observar en todo momento que se respeten tus derechos, entre los que podemos mencionar:

- **Acceso:** Tendrás la misma oportunidad de acceso expedito a los Servicios.
- **Respeto y dignidad:** El trato que recibirás de parte de nuestros Dentistas en todo momento será respetuoso.
- **Privacidad y confidencialidad:** Los servicios proporcionados deberán cuidar siempre un profundo respeto a tu privacidad, con la seguridad de que la información que nos proporciones deberá preservar la confidencialidad.
- **Seguridad personal:** Tendrás derecho a que durante tu atención te brinden a ti, a tus acompañantes y pertenencias, medidas de seguridad.
- **Identidad:** Tendrás derecho a conocer la identidad y grado de preparación de nuestros Dentistas que te atiendan, y la persona responsable del equipo.
- **Información:** Tendrás derecho a ser informado sobre tu padecimiento, los métodos, diagnósticos, riesgos, beneficios y alternativas, lo mismo que las medidas terapéuticas ocasionen y sobre el pronóstico de tu padecimiento.
- **Comunicación:** Tendrás derecho a mantenerte en todo momento en comunicación con tu familia y a que sean informados en forma comprensible.
- **Consentimiento:** No deberás ser sometido a ningún procedimiento,

diagnóstico o terapéutico, sin ser informado en forma clara de sus riesgos, beneficios y alternativas.

- **Consultas:** Tendrás derecho a solicitar otras opiniones sobre tu padecimiento, conforme a lo estipulado en el Contrato de Seguro.
- **Negativa al tratamiento:** Tendrás derecho a no aceptar las propuestas terapéuticas.
- **Selección del Dentista e instalaciones para tu atención:** Tienes derecho a seleccionar el Dentista e instalaciones para tu atención y cambiar cuando lo consideres pertinente, conforme a lo estipulado en el Contrato de Seguro.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la Documentación Contractual y la Nota Técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 03 de agosto de 2017, con el número CNSF-H0714-0029-2017.

Nota para el Asegurado:

En caso de que requieras conocer la totalidad de las condiciones de aseguramiento de tu Cobertura, envíanos tu solicitud al correo electrónico: **segurodental@dentegramx.com** indicándonos nombre completo, fecha de nacimiento, número de Póliza, Certificado, parentesco (en caso de ser dependiente) y correo electrónico. Por el mismo medio te enviaremos la información, o comunícate a nuestro Centro de Contacto.



Para atención al Asegurado y acceso a la Unidad Especializada de Consultas y Reclamaciones

Centro de Contacto DENTEGRA:

Horario de atención de
Lunes a viernes de 8:00 a 22:00 horas
Sábados y domingos de 8:00 a 20:00 horas

Ciudad de México e Interior de la República al
800 772 5831

Asesoría las 24 horas en caso de Urgencias

Correo electrónico: **segurodental@dentegramx.com**

Página web: **dentegra.com.mx**

En nuestras oficinas de lunes a viernes de 8:00 a 17:00 horas en Insurgentes Sur 1458, pisos 19 y 20, Col. Actipan, Benito Juárez, C.P. 03230, Ciudad de México.

Podrás consultar en nuestra página de Internet el Aviso de Privacidad de Dentegra Seguros Dentales, S.A., que podrá estar sujeto a cambios, por lo que te recomendamos su consulta de forma frecuente.



DENTEGRA®
Seguros Dentales



dentegra.com.mx



Descarga nuestra **APP Móvil Dentegra®**



Insurgentes Sur 1458, pisos 19 y 20, Col. Actipan, Benito Juárez,
C.P. 03230, Ciudad de México. Contáctanos: **800 772 5831**