



Guía del **Asegurado**



Cartera Individual Indemnizatorio

Dental y Visión – Red Cerrada

Seguro de Gastos Médicos Cartera Individual Indemnizatorio Plan Dental y Plan Visión - 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.

RESUMEN DE BENEFICIOS CUBIERTOS

DENTEGRA cuenta con una amplia variedad de Planes Dentales, por lo que antes de usar tu Seguro es importante tomar en cuenta:

- 1) El Copago que cada beneficio tiene, el cual puede variar por Procedimiento
- 2) El Límite Anual del Plan Dental Contratado
- 3) Los Beneficios Cubiertos, indicados en la siguiente tabla:

Beneficios Dentales Cubiertos	Estaño
	Copago ¹
Urgencias Dentales	0%
Diagnóstico y Prevención (Evaluación oral, rayos X, limpiezas, aplicación de flúor y Selladores)	0%
Restaurativo Básico (Restauraciones con amalgamas y resinas)	0%
Procedimientos Quirúrgicos Menores (Extracciones simples y otros Procedimientos menores)	20%
Límite Anual² por persona	\$120,000

En caso de requerir una Placa Panorámica deberás acudir a un gabinete radiológico que realice este tipo de estudios y DENTEGRA te reembolsará hasta el Honorario Máximo para este Procedimiento.

VISIÓN

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

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
Deducible⁴	\$0

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

1. El **Copago** es una cantidad fija que deberás pagar al Dentista por cada Procedimiento Cubierto por el Seguro y se calcula aplicando el porcentaje indicado al Honorario Máximo que el Dentista de la Red tiene pactado con **DENTEGRA**. Para consultar el monto del Honorario Máximo puedes comunicarte a nuestro Centro de Contacto por los medios indicados al final de este documento.
2. El **Límite Anual** es la cantidad máxima que **DENTEGRA** cubrirá en cada año de vigencia de la Póliza de Seguro de conformidad con el Plan Contratado. Tú serás responsable de pagar cualquier cantidad adicional a este monto.

Ejemplo de cálculo de Copago	Copago
Honorario Máximo ³ del Dentista por el Tratamiento Dental	\$3,000
Copago 20% (a cargo del Asegurado)	\$600
DENTEGRA pagará al Dentista	\$2,400

- El **Honorario Máximo** es la cantidad máxima que **DENTEGRA** pagará al Dentista por concepto de honorarios por cada Procedimiento o Tratamiento realizado, de acuerdo con el Plan Contratado.
- El **Deducible** es la cantidad que pagarás anualmente por concepto de gastos derivados de Procedimientos cubiertos por **DENTEGRA**.

I. URGENCIAS DENTALES

Descripción del Tratamiento o Procedimiento Dental	Alcance del Beneficio
Consulta por Urgencia Dental. Horario Normal o Fuera del Horario Normal	Solo por Urgencias
Curaciones sedantes temporales u Obturación Provisional	Solo por Urgencias
Extracción de restos coronales (dientes primarios) *	Solo por Urgencias
Rx. Intraoral -- periapical--primera placa	Solo por Urgencias
Rx. Aleta de mordida -- una placa	Solo por Urgencias
Extracción, diente o raíz expuesta (elevación y/o remoción con fórceps) *	Solo por Urgencias
Reimplantación de diente y/o estabilización de diente causado por accidente Dental o desplazamiento	Solo por Urgencias
Incisión y drenaje de abscesos -- tejido blando intraoral (realizado en el consultorio Dental sin complicaciones quirúrgicas complejas)	Solo por Urgencias
Pulpotomía terapéutica-- remoción de pulpa coronaria hasta la unión dentinocemental y aplicación de medicamento, en dientes primarios (no incluye restauración final)	Solo por Urgencias
Pulpectomía - Terapia pulpar (relleno absorbible) -- dientes primarios, anteriores y posteriores (no incluye restauración final)	Solo por Urgencias

Recubrimiento pulpar directo (no incluye restauración final)	Solo por Urgencias
Recubrimiento pulpar indirecto (no incluye restauración final)	Solo por Urgencias
Recementado de inlay, onlay, o reparaciones de cobertura parcial (prótesis Fijas)	Solo por Urgencias
Recementación de coronas y/o puentes (prótesis fijas)	Solo por Urgencias
Escisión de encía pericoronar	Solo por Urgencias
Sutura de heridas intrabucales recientes de hasta 5 cm	Solo por Urgencias
Tratamiento paliativo del dolor Dental – por alveolitis o por Procedimiento menor – incluyendo Acceso y Debridación Pulpar	Solo por Urgencias
Pegado de fragmentos de diente, borde incisal o cúspide, dientes permanentes (por medio de adhesivos Dentales)	Solo por Urgencias
Corona provisional directa en acrílico autopolimerizable - diente anterior	Solo por Urgencias
Reducción de luxación de la Articulación Temporo-Mandibular (ATM) (reposición de la mandíbula por medio de manipulación física por única vez)	Solo por Urgencias

II. **DIAGNÓSTICO Y PREVENCIÓN (EVALUACIÓN ORAL, RAYOS X, LIMPIEZAS, APLICACIÓN DE FLÚOR Y SELLADORES)**

Descripción del Tratamiento o Procedimiento Dental	Alcance del Beneficio
Evaluación Oral -- paciente nuevo o establecido	1 (Una) cada 12 (doce) meses
Evaluación periodontal completa -- paciente nuevo o establecido	1 (Una) cada 12 (doce) meses
Intraoral -- Serie Radiográfica de Diagnóstico completa incluyendo aleta de mordida	1 (Una) cada 5 (cinco) años
Intraoral – periapical, de Diagnóstico	Hasta 4 (cuatro) en 12 (doce) meses
Intraoral – placa oclusal de Diagnóstico	1 (Una) cada 12 (doce) meses

Intraoral - aleta de mordida de Diagnóstico	Hasta 4 (cuatro) en 12 (doce) meses
Placa panorámica de Diagnóstico	1 (Una) cada 5 (cinco) años
Profilaxis (limpieza) en adulto	Hasta 2 (dos) en 12 (doce) meses
Profilaxis (limpieza) en niño menores de 14 (catorce) años de edad	Hasta 2 (dos) en 12 (doce) meses
Aplicación tópica de flúor (no incluye profilaxis) en niños menores de 14 (catorce) años de edad**	Hasta 2 (dos) en 12 (doce) meses
Sellador -- por diente**	1 (Uno) cada 3 (tres) años – mismo diente; Primeros molares hasta 10 (diez) años; segundos molares hasta 15 (quince) años

III. SERVICIOS RESTAURATIVOS BÁSICOS (EXTRACCIONES SIMPLES Y OTROS PROCEDIMIENTOS MENORES)

Descripción del Tratamiento o Procedimiento Dental	Alcance del Beneficio
Amalgama de una a cuatro superficies, en dientes primarios o permanentes	1 (una) cada 3 (tres) años por cada diente o superficie.
Composite con base de resina -- de 1 (una) o más superficies en diente anterior	1 (una) cada 3 (tres) años por cada diente o superficie.
Composite con base de resina -- de 1 (una) a 2 (dos) superficies – en diente posterior	1 (una) cada 3 (tres) años por cada diente o superficie.
Restauración con resina fluida en dientes permanentes- hasta 16 (dieciséis) años	Hasta edad de 16 (dieciséis) años y en diente sin restauración previa. 1 (una) cada 3 (tres) años por cada diente o superficie.

De acuerdo a los estándares de la práctica dental, los Tratamientos o Procedimientos indicados para el caso de las caries sin cavidad (incipientes) son las restauraciones con resina fluida o los selladores y no los composite con base de resina.

IV. PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS MENORES (EXTRACCIONES SIMPLES Y OTROS PROCEDIMIENTOS MENORES)

Descripción del Tratamiento o Procedimiento Dental	Alcance del Beneficio
Extracción, restos coronales -- dientes primarios	
Extracción, diente o raíz expuesta (remoción con elevador y/o fórceps)	
Reimplantación y/o estabilización de diente desprendido o desplazado por accidente Dental.	1 (Una) por diente de por vida
Biopsia de tejido oral duro y blando (no incluye costo de laboratorio)	2 (Dos) en 12 (doce) meses cualquier combinación de ellas
Incisión y drenaje de abscesos -- tejido blando intraoral	
Raspado y alisado periodontal de raíz-- por cuadrante	1 (Uno) cada 2 (dos) años - mismo cuadrante (máximo dos cuadrantes), para pacientes mayores de 35 (treinta y cinco) años con problemas periodontales evidentes (con bolsas periodontales de al menos 5 mm)

¿CÓMO UTILIZO LOS SERVICIOS?

1.	<p>Coordinamos tu primera cita con al menos cuarenta y ocho (48) horas de anticipación, comunicándote a nuestro Centro de Contacto DENTEGRA al número 800 772 5831;</p> <ul style="list-style-type: none">• Indícanos tres opciones de horario, ubicación de preferencia o en su caso, elige un Dentista de nuestra red*.• Recibirás una confirmación de cita en un lapso no mayor a 2 (dos) días hábiles <p>*Si quieres elegir a un Dentista de nuestra Red antes de coordinar la cita:</p> <ul style="list-style-type: none">• En la APP Móvil DENTEGRA® (descárgala en Android o IOS sin costo)• O en nuestro portal dentegra.com.mx, en la opción “Encuentra un Dentista” o activando el “Chat para asegurados” <p>En caso de ser necesario, te remitirá con un especialista (Cirujano Maxilofacial, Endodoncista, Periodoncista). Los menores de 14 años podrán acudir con un Odontopediatra.</p> <p>Para que coordinemos tu primera cita, ten a la mano la siguiente información referente al Asegurado afectado:</p> <ul style="list-style-type: none">• Nombre completo• Fecha de nacimiento• Número de póliza• Parentesco• Correo electrónico y/o número de teléfono de contacto
2.	<p>Acude puntualmente a tu cita con tu credencial de Seguro y una identificación oficial.</p>
3.	<p>Antes de iniciar un Tratamiento, pregunta a tu Dentista si está cubierto por tu Plan.</p> <p>Es recomendable que solicites una predeterminación de costos* a DENTEGRA en los siguientes casos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Para asegurarte de que el Procedimiento tenga cobertura• Para saber si el Tratamiento rebasa tu Límite Anual contratado• Para poder planear tu pago por anticipado

3.	<p>*La predeterminación de costos es el procedimiento mediante el cual DENTEGRA te autoriza la realización de algunos Tratamientos, especificando los honorarios que deberás pagar.</p> <p>La respuesta a tu solicitud le será enviada a tu Dentista de la Red en un lapso de tres (3) días hábiles. Es importante saber que, en caso de requerir siete o más Procedimientos, el Dentista de la Red siempre solicitará una predeterminación de costos.</p>
4.	<p>Paga al Dentista de nuestra Red el Copago correspondiente (se calcula aplicando el porcentaje indicado al Honorario Máximo del Dentista). Te sugerimos preguntar al Dentista cómo contactarlo en caso de Urgencias.</p>
5.	<p>Para cualquier complicación derivada de un tratamiento o procedimiento Dental deberás acudir al mismo Dentista con el que te realizaste dicho tratamiento o procedimiento o deberás llamarnos al Centro de Contacto donde con gusto te asistiremos.</p>

VISIÓN

1.	<p>Elige la Óptica DEVLYN de tu preferencia dentro del directorio que puedes ver en el siguiente link: • DIRECTORIO DE ÓPTICAS DEVLYN</p>
2.	<p>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.</p> <p>En caso de extravío de tu credencial de Seguro, deberás presentar una identificación oficial y la Óptica deberá llamar al Centro de Contacto.</p>
3.	<p>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.</p>
4.	<p>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.</p>

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 de 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.

¿QUÉ DEBO HACER EN CASO DE URGENCIA DENTAL?

En caso de Urgencias Dentales cuentas con asesoría las veinticuatro (24) horas, los 365 días del año, llamando de la Ciudad de México e Interior de la República al **800 772 5831**.

Se entiende por Urgencia Dental a toda aquella situación extraordinaria que implique una dolencia física que requiera de manera imperiosa la atención inmediata del Dentista para prevenir un daño físico o paliar una dolencia.

En caso de Urgencia Dental, y solamente cuando **DENTEGRA** no cuente con un Dentista de la Red **DENTEGRA** disponible en el lugar de residencia o de trabajo, o en una población a un máximo de setenta kilómetros de los lugares antes mencionados, o en una población a cuarenta y cinco minutos de traslado por carretera del lugar de residencia o de trabajo, podrás acudir con un Dentista fuera de la Red **DENTEGRA** para obtener servicios de Urgencia, y **DENTEGRA** únicamente reembolsará aquellos Tratamientos que se consideren necesarios y directamente relacionados con la Urgencia.

Es necesario para el Reembolso que presentes tanto las radiografías previas al Tratamiento como las posteriores al mismo. Para consultar el procedimiento de Reembolso o verificar la disponibilidad de los Dentistas de la Red **DENTEGRA** en caso de Urgencia, comunícate a nuestro Centro de Contacto.

UNIDAD ESPECIALIZADA DE ATENCIÓN A ASEGURADOS

Cuentas con la asesoría de la Unidad Especializada de 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.

LIMITACIONES A LOS BENEFICIOS

1. Limitaciones en Planes de Tratamientos o Procedimientos dentales. En todos los casos en los que el Asegurado se someta a un Plan de Tratamiento Dental más costoso o distinto de los Tratamientos o Procedimientos dentales cubiertos por la Póliza de Seguro, **DENTEGRA** únicamente pagará el porcentaje aplicable al Honorario Máximo del Tratamiento o Procedimiento Dental alternativo menos costoso, únicamente si el Tratamiento o Procedimiento Dental restaura la salud bucodental del Asegurado de acuerdo con los estándares generalmente aceptados en la Práctica Dental. La diferencia de costo por dicho Plan de Tratamiento Dental alternativo queda a cargo del Asegurado. Dentro de dichos Planes de Tratamiento Dental alternativos se incluyen, entre otros, técnicas especializadas que lleven oro, aditamento de precisión parcial, sobre-dentaduras o dentaduras superpuestas, Implantes, dentaduras de precisión, personalización o caracterización como son joyas, hombros en coronas o cualquier otro medio de cobro de Tratamientos o Procedimientos dentales en componentes individuales cuando la costumbre es pagarlos como parte de un Tratamiento o Procedimiento Dental general, de acuerdo a los estándares generalmente aceptados en la Práctica Dental.
2. Limitaciones a Consultas y Evaluaciones Orales (incluyendo visitas para Observación)
 - i. Para los Tratamientos o Procedimientos de Urgencias Dentales, las Consultas por Urgencia Dental están limitadas a una por incidente de urgencia con el Dentista General y una por incidente de urgencia con el Especialista, si no hubiera Tratamiento Dental por parte de un Especialista (se considera que cuando hay Tratamiento Dental por parte de un Especialista, el costo de la consulta por Urgencia Dental está incluida en los Honorarios Máximos por el Tratamiento Dental).
 - ii. La Evaluación Oral está limitada a no más de 1 (una) en el periodo establecido como Alcance del Beneficio y deberá ser realizado por un Dentista General u Odontopediatra en el caso de menores de 14 (catorce) años.
 - iii. La Evaluación Peridontal deberá ser realizada por un Periodoncista y está limitada a 1 (una) en el periodo establecido como Alcance del Beneficio.
3. Limitaciones en Radiografías.
DENTEGRA únicamente pagará por radiografías tomadas para fines de diagnóstico. Las radiografías que se necesiten tomar para realizar

los diferentes Tratamientos y aquellas posteriores al Tratamiento para comprobar la calidad del mismo no serán pagadas, ya que su costo está incluido en el costo total de cada Tratamiento o Procedimiento (en el Honorario Máximo pactado con el Dentista). Las Series Radiográficas completas están limitadas a una cada cinco años, las radiografías panorámicas acompañadas por radiografías de aleta de mordida están limitadas a una cada cinco años. Las radiografías de aleta de mordida están limitadas a cuatro por año. Las radiografías periapicales están limitadas a cuatro en un año. Para el caso de las radiografías periapicales, aleta de mordida, la Serie Radiográfica, así como la Placa Panorámica, el máximo a pagar anualmente por cualquier combinación de éstas no podrá ser mayor al costo de una Serie Radiográfica. Si se toma una radiografía panorámica conjuntamente con una serie intraoral completa, **DENTEGRA** considerará la radiografía panorámica conjuntamente incluida en la serie intraoral completa, por lo que únicamente pagará el costo de esta última (esta limitación no suplanta a la limitación particular del Procedimiento Serie Radiográfica ni la del Procedimiento Placa Panorámica).

4. Limitaciones en Profilaxis y Flúor

Las Profilaxis están limitadas hasta 2 (dos) en 12 (doce) meses y las aplicaciones de Flúor están limitadas hasta 2 (dos) en 12 (doce) meses hasta menores de 14 (catorce) años de edad, de acuerdo al Plan contratado respectivamente.

5. Limitaciones en Selladores

El beneficio de Selladores está limitado a la aplicación de selladores en los primeros molares permanentes hasta la edad de 10 (diez) años y en los segundos molares permanentes hasta la edad de 15 (quince) años. Solo podrán ser aplicados en dientes sin caries y sin restauraciones en la superficie oclusal. En el beneficio de Selladores no están incluidas reparaciones ni reemplazos de ningún sellador en un diente dentro de los primeros 3 (tres) años de su aplicación.

6. Limitaciones en Restaurativo Básico

Si un diente puede ser restaurado con amalgama o composite con base de resina, pero el Asegurado y el Dentista seleccionan otro tipo de restauración o material, **DENTEGRA** solamente pagará el porcentaje aplicable del Honorario Máximo del Tratamiento o Procedimiento Dental restaurativo de menor costo. La diferencia en el costo queda a cargo del Asegurado y se considerará como Excluido de la Póliza de Seguro.

En el módulo de Restaurativo Básico No se cubren tratamientos o procedimientos de amalgamas o resinas en dientes posteriores con tratamiento de endodoncia. Así mismo, el tratamiento con inlays (incrustaciones) no está cubierto en dicho módulo.

De acuerdo a los estándares de la práctica dental, los Tratamientos o Procedimientos indicados para el caso de las caries sin cavidad (incipientes) son las restauraciones con resina fluida o los selladores y no los composite con base de resina.

7. Limitación a las Resina (Composite con Base de Resina) en Dientes Posteriores

Se cubren las resinas de 1 (una) y 2 (dos) superficies en dientes posteriores siempre y cuando el diente no haya sido tratado con ningún tipo de obturación anteriormente y el ancho de la lesión en la cara oclusal sea menor al 50% (cincuenta por ciento); será obligatorio presentar las fotografías y/o radiografías de diagnóstico y postoperatorias para que proceda el pago.

De acuerdo a los estándares de la práctica dental, los Tratamientos o Procedimientos indicados para el caso de las caries sin cavidad (incipientes) son las restauraciones con resina fluida o los selladores y no los composite con base de resina.

8. Limitación de Tratamientos o Procedimientos dentales Quirúrgicos Menores

El Tratamiento o Procedimiento Dental de raspado y alisado para los planes que no incluyan la Cobertura de Periodoncia, aplican únicamente a pacientes mayores de 35 (treinta y cinco) años con problemas periodontales evidentes (con bolsas periodontales de 5mm o más). Este Tratamiento o Procedimiento Dental deberá ser realizado por un Periodoncista y se cubrirán un máximo de 2 (dos) cuadrantes en el periodo establecido en el Detalle de los Beneficios cubiertos.

CONDICIONES BÁSICAS DEL SEGURO

PREEXISTENCIA: La Póliza de Seguro cubrirá los padecimientos dentales de todos aquellos Asegurados cuya sintomatología haya iniciado en fechas anteriores al inicio de la vigencia del Contrato de Seguro, siempre que no haya iniciado Tratamiento alguno en el Asegurado algún Dentista no autorizado por **DENTEGRA**.

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 Dentista todos los gastos de los Tratamientos y Procedimientos, ajustándolos a los límites establecidos en el Plan Dental y los Honorarios Máximos y se les descontará el Copago, de acuerdo con el porcentaje establecido en este documento.

EXCLUSIONES

COBERTURA DENTAL:

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

- 1. Tratamientos o materiales por malformaciones óseas y Dentales congénitas y Tratamientos o Procedimientos por afecciones durante el desarrollo de los dientes, por ejemplo: hipocalcificación o hipoplasia del esmalte.**
- 2. Tratamientos o Procedimientos dentales que incrementan la dimensión vertical de una oclusión, reemplacen la pérdida de la estructura de los dientes por desgaste, tales como, atrición, bruxismo, rechinamiento, apretamiento de los dientes, abrasión, erosión, abfracción y por hábitos orales que dañen la integridad de los dientes, excepto que sea parte del Tratamiento Dental necesario y debido a un Accidente Dental o lesión bucal y directamente atribuible a éste. Tampoco se cubren los protectores o guardas oclusales y los ajustes oclusales.**
- 3. Tratamientos, Procedimientos, intervenciones quirúrgicas o materiales realizados primariamente por motivos estéticos para mejorar la apariencia del Asegurado, mediante restauración plástica, corrección**

o eliminación de defectos; Tratamiento de fluorosis (un tipo de decoloración de los dientes); Tratamiento por pigmentación dental a consecuencia de medicamentos; carillas de porcelana u otras carillas que no tienen el propósito de restauración; así como cualquier otro Tratamiento o material que sea considerado como tal, de acuerdo a los estándares generalmente aceptados de la Práctica Dental, excepto que sea parte de algún Tratamiento dental necesario y debido a un Accidente Dental o lesión bucal directamente atribuible a éste. Si los Tratamientos o Procedimientos realizados en un diente en particular no están excluidos, el Tratamiento cosmético de los dientes adyacentes o que están cerca del afectado se considerarán como Excluidos.

4. **Gastos Dentales a consecuencia de Tratamientos o Procedimientos dentales incorrectos que hubieran sido proporcionados antes de la vigencia de la Póliza de Seguro o por Dentistas fuera de la Red DENTEGRA durante la vigencia de la Póliza de Seguro.**
5. **Tratamientos o Procedimientos prestados o materiales suministrados por un Dentista antes de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza de Seguro o antes de la fecha de inicio de la Cobertura de los Asegurados.**
6. **Utilización de medicamentos por autoprescripción que causen una lesión bucal que amerite una Urgencia Dental.**
7. **Gastos por radiografías que se necesiten tomar para realizar los diferentes Tratamientos y aquellas posteriores al Tratamiento para comprobar la calidad del mismo, no serán pagados ya que su costo está incluido en el Honorario Máximo Autorizado de cada Tratamiento.**
8. **Ferulización para Tratamiento de enfermedad periodontal, e injertos extra-orales (injertos de tejido en la parte de afuera de la boca).**

- 9. Programas de control preventivo de la placa dento-bacteriana, incluyendo programas de instrucción de higiene oral, que no estén incluidos en el Tratamiento o Procedimiento de Evaluación Oral o Consulta.**
- 10. Terapia miofuncional (de la función de los músculos). Equilibrio de la oclusión, gnatología (estudio y o corrección de las fuerzas masticatorias y las partes anatómicas involucradas) y Tratamientos o Procedimientos asociados. Diagnóstico y/o Tratamiento por la disfunción de la articulación temporomandibular o musculatura, nervios u otros tejidos asociados.**
- 11. Medicamentos y enjuagues bucales, incluyendo los de aplicación tópica para Tratamientos de Enfermedad periodontal, pre-medicación, analgesia, sedación intravenosa, anestesia general. Así mismo, los cargos separados por anestesia local no estarán cubiertos ya que éstos forman parte de los gastos del Tratamiento o Procedimiento Dental. Utilización de medicamentos por auto prescripción que causen una lesión bucal que amerite una Urgencia Dental.**
- 12. Tratamientos o Procedimientos, materiales para injerto de hueso o materiales similares usados con el mismo fin, para el relleno de defectos en zonas sin dientes.**
- 13. Tratamientos o Procedimientos de con Inlay (incrustaciones).**
- 14. Tratamientos o Procedimientos dentales de naturaleza experimental o de investigación, o que no sean considerados como necesarios y acostumbrados de acuerdo a los estándares generalmente aceptados en la Práctica Dental.**
- 15. Tratamientos o Procedimientos dentales prestados o materiales suministrados después de la terminación de la Vigencia de la Póliza de Seguro, a menos de que el Tratamiento o Procedimiento haya comenzado durante la vigencia de la Póliza de Seguro.**

- 16. En los casos donde los Tratamientos o Procedimientos dentales requieran ser realizados o suministrados en un hospital o en cualquier instalación para Tratamientos quirúrgicos, DENTEGRA no cubre cualquier Honorario adicional cobrado por el Dentista por dichos Tratamientos o Procedimientos dentales en hospital, ni cubrirá cualquier gasto del hospital y/o quirófano, de los materiales, de anestesia o de la instalación para Tratamientos quirúrgicos.**
- 17. Servicios de administración del Consultorio Dental, Servicios de administración para el cobro de los siniestros y cualquier otro costo administrativo que no esté expresamente incluido en el Plan.**
- 18. Servicios de transportación de ambulancia, hospitalización por cualquier causa objeto de este seguro.**
- 19. Cualquier servicio de fase de no-tratamiento como puede ser la provisión de un ambiente antiséptico, la esterilización de equipo o control de infecciones, así como cualquier material auxiliar que se use en el Tratamiento o Procedimiento cuando su costo deba estar incluido en el costo del Tratamiento o Procedimiento (Honorario Máximo del Dentista), de acuerdo a los estándares generalmente aceptados en la Práctica Dental, como pueden ser, pero no limitados a algodones, mascarillas y las técnicas de relajación como música.**
- 20. Tratamiento en dientes sin restaurar o reemplazo de restauraciones existentes para cualquier propósito diferente que el de restaurar lesiones por caries activas (con cavidad) o por desajuste demostrable de la restauración.**
- 21. Tratamientos o Procedimientos de ortodoncia (Tratamientos para la corrección de dientes o mandíbulas mal posicionadas). No se cubren extracciones por Indicación ortodóntica.**

- 22. Cualquier complicación derivada o que surja durante o después del Tratamiento odontológico o quirúrgico por las lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en la Póliza de Seguro.**
- 23. Cualquier complicación derivada o que surja durante o después del Tratamiento odontológico o quirúrgico causada por negligencia del Asegurado a las indicaciones del Dentista tratante.**
- 24. Ningún Tratamiento que no esté especificado dentro de los beneficios del Plan.**
- 25. En Incisiones y Drenajes de Abscesos se excluye la “Angina de Ludwig”.**
- 26. Gastos en que se incurra a consecuencia de hechos de guerra, alborotos populares, motines y epidemias declaradas oficialmente.**
- 27. Gastos en que se incurra por Accidentes o Enfermedades Dentales que se originen a consecuencia de:**
 - (i) Delitos dolosos o intencionales en los cuales el Asegurado sea considerado como sujeto activo o partícipe del delito.**
 - (ii) Lesiones auto inflingidas, aun cuando se cometan en estado de enajenación mental.**

COBERTURA DE VISIÓN:

- 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 de contacto como consecuencia de extravío, robo, maltrato o rotura.**
- 11. Servicios adicionales a los Anteojos que no sean utilizados para la corrección de la visión, tales como Tratamientos anti-reflejantes, antirayas 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 de visión 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:

Sus condiciones generales le fueron entregadas en el momento de su contratación en caso de duda sobre la aplicación de alguna cobertura o bien en caso de extravío de las condiciones generales, envíanos tú 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.



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:

Sus condiciones generales le fueron entregadas en el momento de su contratación en caso de duda sobre la aplicación de alguna cobertura o bien en caso de extravío de las condiciones generales, envíanos tú 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®**

