Prevem seguros

Seguro de Gastos Médicos Dental

PLAN PREVEM PREMIUM

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
3) Los Beneficios Cubiertos, indicados en la siguiente tabla:

Beneficios Dentales Cubiertos	Prevem Plus Copago[1]
Urgencias Dentales Nacionales	**0%**
Diagnóstico y Prevención (Evaluación Oral, rayos X, limpiezas, aplicación de flúor y selladores)	**0%**
Otros Servicios Básicos (Restauraciones con amalgamas y resinas)	**20%**
Procedimientos Quirúrgicos Menores (Extracciones simples y otros Procedimientos menores)	**20%**
Endodoncias (Remoción de nervio dental)	**20%**
Remoción de Terceros Molares y Procedimientos Quirúrgicos Complejos (Extracción de muelas del juicio y otros Procedimientos complejos)	**20%**
Periodoncia (Tratamiento de la Enfermedad de encías y hueso)	**20%**
Límite Anual[2] 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.

Tú cuentas con un Plan con acceso a la Red Cerrada, por lo que solamente podrás acudir con Dentistas de la Red **DENTEGRA**.

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	
Honorario Máximo[3] del Dentista por el Tratamiento Dental	$2,000
Copago 20% (a cargo del Asegurado)	$400
DENTEGRA pagará al Dentista	$1,600

3. 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.

DETALLE DE BENEFICIOS CUBIERTOS

A continuación se describen los Beneficios Cubiertos. **Verifica las limitaciones en la sección de Limitaciones a los Beneficios.** En caso de tener alguna duda respecto a los Procedimientos específicos, contáctanos y con gusto te atenderemos.

I. Urgencias Dentales

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

Descripción del Tratamiento o Procedimiento Dental	Alcance del Beneficio
Recementación de coronas, puentes, inlays, onlays o reparaciones de cobertura parcial (prótesis fijas).	Sólo por Urgencia
Escisión de encía pericorona	Sólo por Urgencia
Sutura de heridas intrabucales recientes de hasta 5 cm	Sólo por Urgencia
Tratamiento paliativo del dolor Dental, por alveolitis o por Procedimiento menor, incluyendo Acceso y Debridación Pulpar	Sólo por Urgencia
Pegado de fragmentos de diente, borde incisal o cúspide, dientes permanentes (por medio de adhesivos Dentales)	Sólo por Urgencia
Corona provisional directa en acrílico autopolimerizable, diente anterior	Sólo por Urgencia
Reducción de luxación de la Articulación Temporo-Mandibular (ATM) (reposición de la mandíbula por medio de manipulación física por única vez)	Sólo por Urgencia

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 y evaluación periodontal	1 (Una) cada 12 (doce) meses
Serie Radiográfica de Diagnóstico completa incluyendo aleta de mordida	1 (Una) cada 5 (cinco) años
Radiografía periapical de diagnóstico	Hasta 4 (cuatro) en 12 (doce) meses
Radiografía oclusal de Diagnóstico	1 (Una) cada 12 (doce) meses
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 o y 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. Restaurativo Básico

(Restauraciones con amalgamas y resinas)

Descripción del Tratamiento o Procedimiento Dental	Alcance del Beneficio
Amalgamas	1 (Una) cada 3 (tres) años por cada diente o superficie.
Resinas en dientes anteriores y posteriores	1 (Una) cada 3 (tres) años por cada diente o superficie.
Restauración con resina fluida en dientes permanentes	Hasta 16 (dieciséis) años

IV. Procedimientos Quirúrgicos Menores

(Extracciones simples y otros Procedimientos menores)

Descripción del Tratamiento o Procedimiento Dental	Alcance del Beneficio
Extracción de restos coronales en dientes primarios	
Extracción de diente o raíz expuesta (elevación y/o remoción con fórceps)	
Reimplantación de diente y/o estabilización de diente, causado por accidente Dental o desplazamiento	1 (una) por cada diente
Biopsia de tejido oral duro y blando	2 (dos) en 12 (doce) meses (sin costo de laboratorio)
Incisión y drenaje de abscesos -- tejido blando intraoral	
Raspado y alisado periodontal de raíz -- En un mismo cuadrante (máximo dos cuadrantes)	1 (uno) cada 2 (dos) años, para pacientes mayores de 35 (treinta y cinco) años con problemas periodontales evidentes (con bolsas periodontales de al menos 5mm)

v. **Servicios de Endodoncia**
(Remoción de nervio dental)

Descripción del Tratamiento o Procedimiento Dental	Alcance del Beneficio
Pulpotomía terapéutica (excluyendo restauración final)	
Pulpectomía en dientes anteriores y posteriores (sólo dientes primarios, no incluye restauración final)	1 (una) por diente
Terapia de conducto radicular en diente anterior, premolar o molar. (no incluye restauración final)	
Retratamiento de terapia de conducto radicular (endodoncia) previa en diente anterior, premolar o molar	1 (Una) por cada diente
Apexificación/recalcificación	1 (Una) por diente
Cirugía de Apicectomía/perirradicular -- en diente anterior, premolar o molar	
Obturación retrógrada -- por raíz	1 (Una) por cada diente
Amputación radicular -- por raíz	
Hemisección	

VI. Servicios de Remoción de Terceros Molares y Procedimientos Quirúrgicos Complejos

(Extracción de muelas del juicio y otros Procedimientos complejos)

Descripción del Tratamiento o Procedimiento Dental	Alcance del Beneficio
Remoción quirúrgica de diente expuesto, que requiere la elevación del colgajo del mucoperiostio y remoción ósea y/o sección del diente	
Remoción de diente impactado en tejido blando, parcialmente cubierto por hueso completamente cubierto por hueso	1 (una) por diente
Remoción quirúrgica de residuos de raíces de dientes	
Cierre de fístula oroantral	1 (Una) por cada diente
Cierre primario de un seno perforado	1 (Una) por diente
Alveoloplastía	1 (una) de por vida, mismo cuadrante
Vestibuloplastía	
Remoción de exostosis lateral, torus palatino y torus mandibular	
Reducción quirúrgica de tuberosidad ósea o de tuberosidad fibrosa	
Incisión y drenaje de abscesos -- tejido blando intraoral y extraoral	Se excluye la “Angina de Ludwig”. No incluye medicamentos, anestesia general ni gastos hospitalarios de ningún tipo
Remoción de cuerpos extraños	1 (una) de por vida
Ostectomía parcial/secuestrectomía para la remoción de hueso no vital	1 (una) de por vida
Sinusotomía maxilar para remoción de fragmentos de dientes o cuerpos extraños	1 (una) de por vida
Frenectomía y Frenuloplastia	1 (una) de por vida
Escisión de tejido hiperplástico y encía pericoronal	1 (Una) de por vida, mismo diente

VII. Tratamientos o Procedimientos de Coronas
(Coronas)

Descripción del Tratamiento o Procedimiento Dental	Alcance del Beneficio
Corona individual de porcelana fundida sobre metal no precioso	1 (una) cada 5 (cinco) años – por diente
Corona ¾ en metal no precioso	1 (una) cada 5 (cinco) años – por diente
Corona completa en metal no precioso	1 (una) cada 5 (cinco) años – por diente
Corona prefabricada de acero inoxidable en dientes primarios o permanentes	1 (una) por cada diente, cada 2 (dos) años hasta los 16 años
Poste y muñón para retener una corona (fabricado o prefabricado en laboratorio)	1 (una) cada 5 (cinco) años – por cada diente
Onlay metal tipo III o albacast	1 (uno) cada 5 (cinco) años

¿CÓMO UTILIZO LOS SERVICIOS?

1. **Para conocer la lista de Dentistas de nuestra Red ingresa en www.dentegra.com.mx**

   - Busca al dentista, revisa horarios de atención y programa tu cita con el proveedor elegido. Deberás presentarte como asegurado **DENTEGRA.**
   - Si requieres ayuda para agendar tu primera consulta dental, ingresa a **www.dentegra.com.mx,** selecciona **solicita una cita dental** y responde el formulario.
   - Desde la **App Dentegra** (descárgala en Android y IOS sin costo) también puedes encontrar al Dentista de tu preferencia, así como solicitar ayuda para agendar tu primera consulta.

La primera consulta para tu evaluación dental será con un Odontólogo General. Los menores de 14 años podrán acudir con un Odontopediatra.

Para coordinar la cita, deberás contar con la siguiente información referente al asegurado que será atendido:

- Nombre completo.
- Fecha de nacimiento.
- Número de certificado.
- Correo electrónico y/o número de teléfono de contacto**.**

2. **Acude puntualmente a tu cita con tu credencial de Seguro y una identificación oficial.**

3. **Antes de iniciar un Tratamiento, pregunta a tu Dentista si está cubierto por tu Plan.**

Es recomendable que solicites una predeterminación de costos* a **DENTEGRA** en los siguientes casos:

- 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

*La predeterminación de costos es el procedimiento mediante el cual **DENTEGRA** te autoriza la realización de algunos Tratamientos, especificando los honorarios que deberás pagar.

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.

4. **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.**

5. **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.**

¿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 desde la Ciudad de México e Interior de la República al **55 5002 3102**.

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 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.

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) 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). 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. 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 las radiografías que se requieran para fines de diagnóstico. Las radiografías que se necesiten tomar para realizar los diferentes Tratamientos o Procedimientos dentales y aquellas posteriores al Tratamiento para comprobar la calidad del mismo, no serán pagadas ya que su costo está incluido en el Honorario Máximo Autorizado de cada Tratamiento o Procedimiento Dental. La Serie Radiográfica completa, está conformada por 14 (catorce) periapicales hasta 4 (cuatro) de Aleta de Mordida, está limitada a no más de una serie radiográfica en el periodo establecido como Alcance del Beneficio.

   Evaluaciones Orales (incluyendo visitas para observación y Consultas). Están limitadas a una Evaluación Oral cada año. **DENTEGRA** pagará una sola vez al año por cualquier combinación de los Procedimientos de Evaluación Oral y Evaluación Oral completa.

   Las radiografías Panorámicas acompañadas por radiografías de Aleta de Mordida están limitadas a no más de 1 (una) en el periodo establecido como Alcance del Beneficio. Las radiografías de Aleta de Mordida o Periapicales están limitadas a no más de 4 (cuatro), la placa oclusal está limitada a 1 (una) en el periodo establecido como Alcance del Beneficio. Para el caso de las radiografías Periapicales, Oclusales, 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 en combinación con una serie intraoral completa, DENTEGRA considerará la radiografía panorámica incluida en la serie intraoral completa, por lo que únicamente pagará el costo de esta última (esta limitación no sustituye 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 y de acuerdo al Plan contratado. 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 Incisión y Drenaje de abscesos complicados **se excluye la Angina de Ludwig.**

   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.

9. Limitaciones en Tratamientos o Procedimientos de Periodoncia Los Tratamientos o Procedimientos de Cirugía Periodontal en el mismo cuadrante se pagarán no más de una vez en el periodo establecido en el Detalle de los Beneficios cubiertos, que se medirá a partir de la fecha en la que fue realizada la última Cirugía Periodontal en dicho cuadrante no importando si fue pagado dentro de la Vigencia de la Póliza de Seguro cubierta por otra Aseguradora o administradora de Servicios de salud o por el Asegurado. Los Beneficios del módulo de Tratamientos o Procedimientos de Periodoncia se cubren únicamente cuando se apliquen sobre dientes naturales.

10. Limitaciones en Coronas. El reemplazo de coronas se pagará no más de una vez en el periodo establecido en el Detalle de los Beneficios cubiertos, y solamente si las coronas existentes no son satisfactorias funcionalmente y no pueden corregirse. El periodo de alcance del beneficio comenzará a contarse a partir de la fecha en que se realizó la restauración por última vez según los registros de DENTEGRA. El poste y muñon quedaran cubiertos siempre y cuando haya una pérdida del 50% (cincuenta por ciento) o más de estructura dentaria y la restauración final será una corona completa. El onlay es la restauración mínima recomendada en dientes posteriores con tratamiento de conducto radicular (endodoncia), por lo que, en estos casos, no se cubren tratamientos o procedimientos de amalgamas o resinas por lo que será su responsabilidad pagarlo en su totalidad.

11. Limitaciones en Beneficios de Prostodoncia. Los reemplazos de Tratamientos de Prostodoncia se pagarán no más de una vez en el periodo establecido como Alcance del Beneficio, y solamente si no son satisfactorios funcionalmente y no pueden corregirse. Los Tratamientos o Procedimientos dentales necesarios para ajustar al aparato de Prostodoncia se prestarán de acuerdo con las condiciones de la Póliza de Seguro. Los aparatos de Prostodoncia soportados por Implantes se pagarán no más de una vez en el periodo establecido como Alcance del Beneficio, y solamente si no son satisfactorios y no pueden corregirse. El período se contará a partir de cualquier provisión de dichos aparatos soportados por Implantes. No se cubren puentes fijos para reponer segundos premolares y molares, que no sean soportados por coronas en ambos lados del espacio sin dientes.

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

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 (según plan contratado) 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 de diagnóstico 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. **Para la Cobertura de Implantes, los gastos a consecuencia de tomografías, modelos de estudio, materiales, métodos o técnicas para diagnóstico, aparatos de ayuda para la colocación de implantes.**

13. **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.**

14. **Tratamientos o Procedimientos de con Inlay (incrustaciones).**

15. **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.**

16. **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.**

17. **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.**

18. **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.**

19. **Servicios de transportación de ambulancia, hospitalización por cualquier causa objeto de este seguro.**

20. **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.**

21. **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.**

22. **Tratamientos o Procedimientos de ortodoncia (Tratamientos para la corrección de dientes o mandíbulas mal posicionadas). No se cubren extracciones por Indicación ortodóntica, salvo que se contrate la Cobertura opcional de ortodoncia por lo que aplicarán las exclusiones establecidas en dicho apartado.**

23. **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.**

24. **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.**

25. **Ningún Tratamiento que no esté especificado dentro de los beneficios del Plan.**

26. **En Incisiones y Drenajes de Abscesos se excluye la "Angina de Ludwig".**

27. **Gastos en que se incurra a consecuencia de hechos de guerra, alborotos populares, motines y epidemias declaradas oficialmente.**

28. **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 infligidas, aun cuando se cometan en estado de enajenación.**

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 08 de marzo 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 Dental, 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.

DENTEGRA® Seguros Dentales | Somos aluna

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 Republica:
55 5002 3102

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 privacía, 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 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 08 de marzo 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 Dental, 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.

DENTEGRA® Seguros Dentales | Somos auna

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 Republica:
55 5002 3102

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.