Anexo del Certificado Individual
Seguro de Gastos Médicos Dental
Colectivo A
Red Abierta

El presente documento, las Condiciones Generales y el Directorio de Dentistas en conjunto, contienen 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 es muy importante que antes de usar su seguro, consulte en su Certificado Individual de Seguro Dental:

1) **Plan Dental que ha contratado**
2) **Los Beneficios que tiene cubiertos dentro de su plan (pueden ser algunos de los indicados en la siguiente tabla)**
3) **El Copago o coaseguro que cada beneficio tiene (puede variar por beneficio)**
4) **El límite anual establecido en su Plan contratado**

Beneficios: de acuerdo al plan contratado	Copago o Coaseguro Red Cerrada	Copago o Coaseguro Red Abierta
Restaurativo Básico	% - según Plan contratado	% - según Plan contratado
Procedimientos Quirúrgicos Menores	% - según Plan contratado	% - según Plan contratado
Endodoncias	% - según Plan contratado	% - según Plan contratado
Remoción de Terceros Molares y Procedimientos Quirúrgicos Complejos	% - según Plan contratado	% - según Plan contratado
Periodoncia	% - según Plan contratado	% - según Plan contratado
Coronas y Prostodoncia	% - según Plan contratado	% - según Plan contratado
Límite Anual: según plan contratado	Consultar cantidad en la Credencial o en el Certificado Individual	

Usted cuenta con un Plan con acceso a Red Abierta por lo que usted podrá acudir tanto con Dentistas de la Red **DENTEGRA** como con dentistas fuera de la Red **DENTEGRA**.

El Copago o Coaseguro es una cantidad fija que el Asegurado debe pagar al dentista por cada tratamiento cubierto por el seguro y se calcula aplicando el porcentaje indicado al Honorario Máximo que el Dentista de la Red tiene pactado con **DENTEGRA**.

Ejemplo de cálculo de Copago o Coaseguro

Honorario Máximo del dentista por el tratamiento dental	$2,000
Pago del Copago o Coaseguro	$400

Los Beneficios Cubiertos bajo este plan tienen un Límite Anual por persona y usted será responsable de pagar cualquier cantidad adicional a este monto.

¿CÓMO USO MI SEGURO?

Antes de iniciar cualquier Tratamiento, es muy importante que lea este documento.

	PROCESO ACUDIENDO CON DENTISTAS DE LA RED	PROCESO ACUDIENDO CON DENTISTAS FUERA DE LA RED
1	**Elija al Dentista de Red de su preferencia:** Debe elegir para su primer consulta a un Dentista General quién lo remitirá con un Especialista en caso de que sea necesario. Los menores de 14 años podrán acudir con un Odontopediatra. Consulte la lista de Dentistas de la Red Dentegra en: www.dentegra.com.mx, el Centro de Contacto: 50 02 3102 y larga distancia sin costo 01 800347 11 11; o en el Directorio impreso.	**Elija al Dentista de su preferencia:** Es mejor elegir para su primer consulta a un Dentista General quién lo remitirá con un Especialista en caso de que sea necesario. Los menores de 14 años podrán acudir con un Odontopediatra. No todos lo especialistas realizan servicios de Odontología General. Dentegra no puede garantizar la calidad de los tratamientos de dentistas fuera de su red. Al acudir con Dentistas de la Red Dentegra usted ahorra dinero.
2	**Solicite una cita** llamando directamente al consultorio del Dentista seleccionado. I**nforme a la asistente o al Dentista que es un asegurado de Dentegra** y proporcione su nombre, número de póliza, número de certificado y número de teléfono. **Acuda puntualmente a su cita** y muestre su credencial de la Aseguradora, así como una identificación oficial. **En caso de extravío de su credencial** de la Aseguradora, deberá presentar una identificación oficial y el Dentista deberá llamar al Centro de Contacto. Le sugerimos preguntar a su dentista cómo lo puede **contactar en caso de Emergencias o Urgencias.**	**Solicite una cita** llamando directamente al consultorio de su Dentista.
3	Antes de iniciar un Tratamiento, **asegúrese de preguntar a su Dentista si el tratamiento está cubierto en su Plan contratado**. **Es recomendable solicitar una Predeterminación de costos a Dentegra** en los siguientes casos: si se le va a realizar algún Tratamiento costoso o de larga duración, para asegurarse de que algún procedimiento tenga cobertura, para saber si el tratamiento rebasa su Límite anual o a fin de poder planear su pago por anticipado. Solicite a su Dentista tramitar una predeterminación de costos con Dentegra. La respuesta a su solicitud le será enviada a su Dentista.	Acuda a su cita y **no olvide llevar consigo una solicitud de reembolso**, que usted puede obtener en www.dentegra.com.mx. **Antes de iniciar un tratamiento es recomendable solicitar una Predeterminación de costos a Dentegra** en los siguientes casos: si se le va a realizar algún Tratamiento costoso o de larga duración, para asegurarse de que algún procedimiento tenga cobertura, para saber si el tratamiento rebasa su Límite anual o a fin de poder planear su pago por anticipado. Dentegra le responderá si el Tratamiento fue autorizado. **Solicite a su dentista le tome radiografías en los siguientes tratamientos (verifique antes si su Plan incluye dichos beneficios)**: amalgamas y resinas compuestas y complejas, cirugía (extracciones simples y quirúrgicas), Endodoncias (remoción del nervio dental, apicectomías, apexificaciones, etc.), Tratamientos para prótesis (coronas donde se aprecie el motivo del tratamiento y la corona cementada), Tratamientos de Periodoncia (radiografías de diagnóstico, periodontograma y reporte del plan de Tratamiento con diagnóstico por escrito). **Indique a su Dentista que requiere presentar tanto las radiografías previas al tratamiento como las posteriores al mismo.** **Para procedimientos quirúrgicos se requiere además** que su Dentista elabore un reporte detallado indicando el Diagnóstico, Plan de tratamiento y justificación, así como el pronóstico. **Para solicitar una** predeterminación solicite a su Dentistas que llene un formato de reembolsos sin anotar fecha de servicio y envíe todos los documentos a Dentegra, incluyendo las radiografías.
4	**Pague al Dentista el Copago correspondiente** (se calcula aplicando el porcentaje indicado al Honorario Máximo del Dentista).	Una vez que terminó su tratamiento, pague al dentista el 100% de los honorarios cobrados y **llene la Solicitud de Reembolso con ayuda de su Dentista**. La solicitud de reembolso la puede obtener en www.dentegra.com.mx. **Solicite las radiografías que le tomó**.
5		Solicite su Reembolso a **DENTEGRA** enviando los siguientes documentos: • Solicitud de Reembolso firmada tanto por el asegurado como por el dentista. • Copia de identificación oficial con fotografía. • Copia de comprobante de domicilio. • Copia de Estado de cuenta bancario para garantizar que tenemos su número de cuenta correcto para poder pagarle sin contratiempos (puede ocultar los movimientos financieros). **• Radiografías antes y después del tratamiento.** **• Plan de Tratamiento en caso de procedimiento quirúrgico.** • Facturas o recibos de honorarios originales a nombre del asegurado titular. Agradeceremos que nos envíe la documentación para el reembolso en los primeros 60 días después de que se atendió **DENTEGRA** liberará el pago en un plazo de 7 días hábiles en caso de ser procedente el Reembolso y de haber recibido toda la documentación necesaria.

Si usted acude con Dentista de la Red **DENTEGRA**, solamente deberá pagar al Dentista el monto del Copago. Si usted acude con un Dentista que no es de la Red **DENTEGRA**, el importe a reembolsar estará topado al Honorario Máximo y adicionalmente se le descontará el copago (en caso de que estén pactados en el plan que contrató).

El Honorario Máximo es la cantidad máxima que Dentegra paga al dentista por concepto de honorarios por Tratamientos Cubiertos. Si la cantidad que cobra el **DENTISTA** es mayor al Honorario Máximo de **DENTEGRA**, el copago se calcula sobre el Honorario Máximo; si es menor al Honorario Máximo, el copago se calcula sobre el monto cobrado por el dentista. Usted podrá consultar en nuestro Centro de Contacto cuánto es el Honorario Máximo por Tratamiento.

Ejemplo de cantidad a reembolsar	**Ejemplo 1**	**Ejemplo 2**	**Ejemplo 3**
Honorario que cobra el Dentista por el tratamiento dental	$2,200	$1,000	$600
Honorario Máximo de Dentegra	$1,800	$1,200	$600
Menos Copago del 20%	$360	$200	$120
Cantidad que Dentegra reembolsará	$1,440	$800	$480

Placa Panorámica: en caso de requerir de una Placa Panorámica, deberá acudir a un gabinete a tomarla y Dentegra le reembolsará hasta el Honorario Máximo para este procedimiento.

Reembolso de Gastos en el Extranjero. En caso de reclamar gastos realizados en el extranjero, además de la documentación requerida para el Reembolso, se requiere:

- Un reporte del Tratamiento o Procedimiento que el dentista le realizó, desglosando cada procedimiento realizado
- Un recibo de los honorarios pagados donde se desglose el costo de cada uno de los tratamientos o procedimientos realizados.

Entrega de Documentos. La entrega de Solicitudes de Reembolso o trámites de Predeterminación de Costos será en el Departamento de Recursos Humanos (o equivalente) de su empresa, o bien en las oficinas de **DENTEGRA** de lunes a viernes de 8:00 a 17:00 horas.

Importante: El Asegurado debe conservar una copia de toda la documentación entregada para cualquier aclaración posterior y deberá presentar a cobro los Tratamientos recibidos dentro de los 30 días naturales posteriores a la fecha de terminación del Tratamiento. Le pedimos que evite presentar a cobro solicitudes con una antigüedad mayor a 60 días naturales.

DESCRIPCIÓN DE LOS BENEFICIOS CUBIERTOS Y LIMITACION POR PROCEDIMIENTO

A continuación se describen de manera genérica los Beneficios Cubiertos y usted deberá consultar cuáles están cubiertos en el Plan Dental que haya contratado. En caso de tener alguna duda respecto a los procedimientos específicos, contáctenos y con gusto lo atenderemos.

BENEFICIOS CUBIERTOS

A continuación se describen de manera genérica los Beneficios Cubiertos. En caso de tener alguna duda respecto a los procedimientos específicos, contáctenos y con gusto lo atenderemos.

I. Servicios Básicos (Diagnóstico y tratamiento para caries):
Evaluación Oral y Evaluación Peridontal - Una en doce meses
Radiografía Periapical - Cuatro en doce meses
Radiografía Aleta de Mordida - Cuatro en doce meses
Placa Panorámica - Una en cinco años
Serie Radiográfica - Una en cinco años
Profilaxis (Limpieza) – Una en cualquier periodo de 6 meses
Amalgamas (Una en 3 años – mismo diente – misma superficie)
Resinas en dientes anteriores (Una en 3 años – mismo diente – misma superficie)
Verifique las limitaciones a Radiografías en la sección de "Limitaciones a los Beneficios".

II. Procedimientos Quirúrgicos Menores (Extracciones simples y otros procedimientos menores):
Extracción, restos coronales -- dientes deciduos - Una de por vida - mismo diente
Extracción, diente o raíz expuesta (elevación y/o remoción con fórceps) - Una de por vida - mismo diente
Reimplantación de diente y/o estabilización de diente causada por accidente o desplazamiento
Biopsia de tejido oral - duro y blando - Una vez al año
Incisión y drenaje de abscesos (Tejido blando intraoral)
Raspado y alisado periodontal de raíz - Una en 2 años - mismo cuadrante. Ver la limitación 10 en la Sección de Limitaciones a los Beneficios.

III. Endodoncia (Remoción del nervio dental):
Pulpotomía terapéutica - Una de por vida - mismo diente
Terapia de conducto radicular en diente anterior, premolar o molar - Una de por vida - mismo diente
Retratamiento de terapia de conducto radicular - en diente anterior, premolar o molar - Una de por vida - mismo diente
Apexificación/recalcificación - Una de por vida - mismo diente
Cirugía de Apicectomía/perirradicular - en diente anterior, premolar o molar - Una de por vida - mismo diente
Obturación retrógrada - por raíz - Una de por vida - mismo diente
Amputación radicular - Una de por vida - mismo diente
Hemisección - Una de por vida - mismo diente

IV. Remoción de Terceros Molares y Procedimientos Quirúrgicos Complejos (Extracción de muelas del juicio y otros procedimientos complejos):
Remoción quirúrgica de diente expuesto que requiere la elevación del colgajo del mucoperiostio y remoción ósea y/o sección del diente - Una de por vida - mismo diente
Remoción de diente impactado -tejido blando, parcialmente cubierto por hueso o completamente cubierto por hueso - Una de por vida - mismo diente
Remoción quirúrgica de residuos de raíces de dientes - Una de por vida - mismo diente
Cierre de fístula oroantral
Cierre primario de un seno perforado - Una de por vida - mismo diente
Alveoloplastía - Una de por vida - mismo diente
Vestibuloplastía
Remoción de exostosis lateral, de Torus palatino y Torus Mandibular
Reducción quirúrgica de tuberosidad ósea
Incisión y drenaje de abscesos -- tejido blando intraoral y extraoral. Ver la limitación 11 en la Sección de Limitaciones a los Beneficios.
Remoción de cuerpos extraños
Ostectomía parcial/secuestrectomía para la remoción de hueso no vital
Sinusotomía maxilar para remoción de fragmentos de dientes o cuerpos extraños
Frenilectomía y Frenuloplastía

Escisión de tejido hiperplásico y de encía pericoronal
Reducción quirúrgica de tuberosidad fibrosa

V. Periodoncia (Tratamiento de la enfermedad de encías y hueso):
Gingivectomía o gingivoplastía - una en 5 años - mismo diente
Procedimiento de colgado gingival, incluyendo alisado radicular - Una en 5 años - mismo diente
Alargamiento de corona clínica - en tejido duro - Una en 5 años - mismo diente - máximo dos sitios por cuadrante
Cirugía Ósea (incluyendo colgajo de entrada y cierre) – Una en 5 años – mismo diente
Injerto de reemplazo de hueso – Una en años – mismo diente – máximo dos sitios por cuadrante
Raspado y alisado periodontal de raíz – Una en 2 años
Desbridación completa de boca – Una de por vida
Procedimiento para el mantenimiento periodontal (siguiendo una terapia activa) – Dos en 12 meses – solamente el primer año después de la cirugía

VI. Coronas y Prostodoncia (Coronas, puentes y dentaduras parciales y completas):
Corona – una en 8 años – mismo diente
Corona prefabricada de acero inoxidable – en dientes permanentes solo hasta los 16 años – Una en dos años – mismo diente
Poste y base en adición a la corona – Una e 8 años – mismo diente
Dentadura completa o parcial – Una en 5 años – misma arcada
Reparación o reemplazo de broches rotos – Una en 12 meses – misma arcada
Reemplazo de dientes rotos – por diente – Una en 12 meses – misma arcada
Añadir un diente o dentadura parcial ya existente – Cuatro dientes en 12 meses – misma arcada
Añadir broche a dentaduras parciales ya existentes – Una en 12 meses – misma arcada
Rebase en dentadura completa – Una en 3 años – misma arcada
Póntico – Una en 8 años – mismo diente

VII. Procedimientos Especiales
Onlay albacast- en un mismo diente uno en 5 años
Poste de fibra de vidrio o metálico- en un mismo diente uno en 8 años.

CONDICIONES BÁSICAS DEL SEGURO

PREEXISTENCIA: DENTEGRA cubrirá los Padecimientos Preexistentes definidos en el Capítulo **II. DEFINICIONES** de la Póliza de Seguro, siempre y cuando no haya iniciado Tratamiento alguno en el Asegurado algún dentista que no haya sido autorizado por **DENTEGRA**.

No obstante lo anterior, en caso de que **DENTEGRA** rechace alguna reclamación por Padecimiento Preexistente, **DENTEGRA** estará sujeta a lo siguiente: **(a)** que previamente a la celebración del Contrato de Seguro, se hubiere declarado la existencia del padecimiento o enfermedad, y ésta se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se ha elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio de diagnóstico; y **(b)** que previamente a la celebración del Contrato de Seguro, el Asegurado haya hecho gastos comprobables documentalmente para recibir un tratamiento médico de la enfermedad o padecimiento de que se trate.

Asimismo, en caso de suscitarse alguna controversia relacionada con la determinación de si un Padecimiento Preexistente es o no susceptible de estar cubierto bajo el Contrato de Seguro, en cumplimiento a lo dispuesto por la Circular S-25.3 emitida por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, el Asegurado podrá iniciar un procedimiento arbitral y solicitar se nombre a un árbitro independiente para resolver la controversia. Dicho nombramiento deberá recaer en alguna persona designada por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, para garantizar la independencia del mismo. Una vez desahogado el procedimiento arbitral, el laudo emitido que ponga fin a dicha controversia será considerado como obligatorio y vinculará a las partes. Este procedimiento será gratuito para el Asegurado y en caso de existir algún costo, éste deberá ser liquidado 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.

En caso de que la Póliza de Seguro **(i)** no se renueve, o **(ii)** se cancele por falta de pago o a solicitud por parte del Contratante, o en su caso, el Contratante solicite la baja del Asegurado, **DENTEGRA** no tendrá responsabilidad alguna por el pago de gastos dentales erogados posteriormente a cualesquiera de estos eventos. Todos los gastos efectuados con posterioridad a cualquiera de los eventos antes mencionados, quedarán bajo la responsabilidad exclusiva del Asegurado.

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 2 (dos) años contados a partir de la fecha en que suceda el hecho o acontecimiento que le dio origen, salvo los casos de excepción previstos en el Artículo 82 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. Dicho plazo se suspenderá en el caso de que se presente la reclamación correspondiente ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de **DENTEGRA**, de conformidad con lo previsto en el Artículo 50 Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

Asimismo, la prescripción se interrumpirá: **(i)** por el nombramiento de los peritos que con motivo de la realización del siniestro, sean necesarias para demostrar las características y causas del mismo; **(ii)** en caso de reclamaciones en contra de **DENTEGRA**, por la iniciación del procedimiento conciliatorio establecido en el Artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros; y **(iii)** en los casos que se establecen el Artículo 1041 del Código de Comercio.
Cuantía de la Indemnización.

CUANTÍA DE LA INDEMNIZACIÓN: Las cantidades que **DENTEGRA** pagará al Asegurado, se determinarán de la siguiente manera:

a. Se sumarán todos los gastos de los Tratamientos y Procedimientos, ajustándolos a los límites establecidos en la Póliza de Seguro, Certificado Individual, Endosos y Honorarios Máximos.
b. A la cantidad resultante se le descontará la cantidad por concepto de Deducible, en caso de que el plan contratado así lo incluya; posteriormente se descontará el Copago de acuerdo al porcentaje establecido en la Carátula de la Póliza y Certificado Individual sobre los gastos resultantes una vez que se descontado el Deducible. **DENTEGRA** cubrirá la diferencia hasta agotar el Límite Anual. En caso de que el Asegurado cuente con un Plan con acceso a la Red Abierta y, acuda con dentistas que no pertenezcan a la Red **DENTEGRA,** se descontará el porcentaje de Copago establecido para reclamaciones fuera de red, indicado en la Carátula de la Póliza de Seguro y en el Certificado Individual respectivo.
c. El pago que **DENTEGRA** realice al Asegurado, por haberse atendido con algún dentista fuera de la Red **DENTEGRA**, no podrá exceder de los Honorarios Máximos autorizados por **DENTEGRA**.
d. El Límite Anual contratado durante la vigencia de la Póliza de Seguro corresponderá al especificado en la Carátula de la Póliza y el Certificado Individual respectivo.

REEMBOLSO: Si el Asegurado cuenta con un Plan de acceso a la Red Abierta y está dispuesto a cubrir cualquier diferencia que resulte entre los Honorarios Máximos autorizados y el costo de los servicios que le preste el dentista, podrá elegir dentistas no afiliados a la Red **DENTEGRA**.

En caso de que el Asegurado cuente con un Plan con acceso a Red Abierta y prefiera acudir con algún dentista que no se considere de la Red **DENTEGRA**, **DENTEGRA** cubrirá los gastos incurridos por el Asegurado Titular mediante Reembolso, siempre que éstos sean procedentes de conformidad con la Póliza de Seguro.

En caso de que el Asegurado cuente con un Plan con acceso a Red Cerrada, el Asegurado Titular únicamente podrá solicitar el Reembolso a **DENTEGRA**, en aquellos casos de Urgencia en los que los Dentistas de la Red **DENTEGRA** se encuentren imposibilitados para brindarle los servicios previstos bajo la Póliza de Seguro, y siempre y cuando se acredite **(i)** saturación, **(ii)** falta de disponibilidad del servicio, o **(iii)** Error de Diagnóstico. En caso de que acontezca una Urgencia bajo cualquiera de los supuestos antes mencionados, **DENTEGRA** únicamente reembolsará aquellos Tratamientos o Procedimientos que se consideren necesarios y directamente relacionados con el tratamiento de la Urgencia, en el entendido de que **DENTEGRA** no reembolsará ningún Procedimiento o Tratamiento que no se considere necesario y directamente relacionado con la Urgencia, los cuales deberán hacerse por los Dentistas de la Red **DENTEGRA** en los términos de la Póliza de Seguro.

En caso de que la reclamación proceda a través del sistema de Reembolso, el Asegurado Titular deberá comprobar fehacientemente a **DENTEGRA** la prestación del Tratamiento o Procedimiento. El Asegurado deberá presentar su reclamación por escrito, acompañada de las siguientes formas y documentos debidamente llenados en los términos indicados en los mismos:

- **(i)** **Formato de Solicitud de Reembolso**, autorizado y proporcionado por **DENTEGRA**, el cual deberá estar debidamente llenado y firmado. Este formato será aplicable únicamente para Tratamientos o Procedimientos efectuados dentro del territorio de la República Mexicana.
- **(ii)** **Facturas originales** de cada uno de los gastos efectuados y que satisfagan los requisitos fiscales aplicables.
- **(iii)** **Recibos de honorarios dentales,** que especifiquen claramente los conceptos que se están cobrando y desglosen el costo de cada Procedimiento o Tratamiento realizado.
- **(iv)** **Radiografías** previas y posteriores a un Tratamiento o Procedimiento.
- **(v)** **Copia de su Estado de Cuenta Bancario**, a nombre del titular, en caso de que su Reembolso sea vía Transferencia Electrónica de Fondos.
- **(vi)** **Carta Explicativa** detallando las razones por las que acudió con un dentista fuera de Red **DENTEGRA**. Esta carta únicamente será aplicable cuando se cuente con un plan de Red Cerrada.

EXCLUSIONES.
La Póliza de Seguro en ningún caso cubrirá los gastos originados por:

1. Tratamientos o materiales por malformaciones óseas congénitas y Tratamientos de hipoplasia del esmalte (falta de desarrollo).
2. Tratamientos que incrementan la dimensión vertical de una oclusión, reemplacen la pérdida de la estructura de los dientes por desgaste, abrasión, erosión, o de cualquier otra manera, excepto que sea parte del tratamiento dental necesario y debido a un accidente o lesión y directamente atribuible a éste. Protector oclusal y ajuste oclusal completo.
3. Tratamientos, 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); 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 del Tratamiento dental necesario y debido a un accidente o lesión directamente atribuible a éste. Si los servicios realizados en un diente en particular no están excluidos, el tratamiento cosmético de los dientes adyacentes o que están cerca del afectado, se considerarán Beneficios Excluidos.
4. Servicios prestados o materiales suministrados 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.
5. Ferulización periodontal, equilibrio de la oclusión, gnatología (estudio de las fuerzas masticatorias y las partes anatómicas involucradas) y tratamientos asociados e injertos extra-orales (injertos de tejido en la parte de afuera de la boca).
6. Programas de control preventivo de la placa dento-bacteriana, incluyendo programas de instrucción de higiene oral, selladores de fisuras y aplicación tópica de flúor.
7. Terapia miofuncional (de la función de los músculos).
8. Diagnóstico o tratamiento por la disfunción de la articulación temporomandibular o musculatura, nervios u otros tejidos asociados.
9. Medicamentos, incluyendo medicamentos de aplicación tópica para tratamientos de enfermedad periodontal, pre-medicación, analgesia, sedación intravenosa, anestesia general y cargos separados por anestesia local.
10. Implantes y servicios relacionados (materiales implantados dentro y sobre el hueso o tejido suave).
11. Tratamientos o procedimientos 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.

12. Servicios prestados o materiales suministrados después de la terminación de la vigencia de la Póliza de Seguro, a menos de que el tratamiento por diente haya comenzado durante la vigencia de la Póliza de Seguro.
13. Tratamientos o materiales suministrados en un hospital o en cualquier instalación para tratamientos quirúrgicos y cualquier honorario adicional cobrado por el dentista por de tratamiento en hospital.
14. 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.
15. 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, los algodones, mascarillas y las técnicas de relajación como música.
16. Reemplazo de restauraciones existentes para cualquier propósito diferente que el de restaurar lesiones por caries activas o por desajuste demostrable de la restauración.
17. Servicios de ortodoncia (Tratamientos para la corrección de dientes o mandíbulas mal posicionadas).
18. 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.
19. 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.
20. Ningún tratamiento que no esté especificado dentro de los beneficios del plan.
21. Gastos en que se incurra a consecuencia de hechos de guerra, alborotos populares, motines y epidemias declaradas oficialmente.
22. Gastos en que se incurra por accidentes o enfermedades 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, aún cuando se cometan en estado de enajenación mental.

Limitaciones a los Beneficios:

1. Limitaciones en planes de Tratamiento o procedimientos opcionales. En todos los casos en los que el Asegurado se someta a un Plan de Tratamiento más costoso o distinto de los Tratamientos o Procedimientos cubiertos por la Póliza de Seguro, **DENTEGRA** únicamente pagará el porcentaje aplicable al Honorario del Procedimiento o Tratamiento alternativo menos costoso, únicamente si el Tratamiento o Procedimiento restaura la salud bucodental del Asegurado de acuerdo a estándares generalmente aceptados en la práctica dental. La diferencia de costo por dicho Plan de Tratamiento alternativo queda a cargo del Asegurado. Dentro de dichos Planes de Tratamiento 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 procedimientos en componentes individuales cuando la costumbre es cobrarlos como parte de un procedimiento general, de acuerdo a los estándares generalmente aceptados en la práctica dental.

2. Limitaciones en Beneficios de Restauraciones 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 procedimiento restaurativo de menor costo. La diferencia en el costo queda a cargo del Asegurado y se considerará como un Beneficio Excluido de la Póliza de Seguro. El reemplazo de coronas se pagará no más de una vez en un periodo de 8 (ocho) años y solamente en el evento de que las coronas existentes no sean satisfactorias y no puedan corregirse. El periodo de 8 (ocho) años comenzará a contarse, a partir de la fecha en que se realizó la restauración por última vez, 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.

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 posteriores al Tratamiento para comprobar de la calidad del mismo están incluidas 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 5 (cinco) años, las radiografías Panorámicas acompañadas por radiografías de Aleta de Mordida están limitadas a una cada 5 (cinco) años. Las radiografías de Aleta de Mordida están limitadas a cuatro por año. Las radiografías Periapicales están limitadas a 4 (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. Las 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 Periódica y Evaluación Oral Completa.

5. Limitaciones en Profilaxis. Las Profilaxis están limitadas a 2 (dos) al año.

6. Limitaciones en Beneficios de Prostodoncia. Los reemplazos de Tratamientos de Prostodoncia (de una dentadura) se pagarán no más de una vez en un periodo de 5 (cinco) años, solamente en el evento de que sea insatisfactoria y no haya manera de corregirla. Los servicios necesarios para ajustar al aparato de Prostodoncia se prestarán de acuerdo a las condiciones de la Póliza de Seguro. Los aparatos de Prostodoncia y coronas soportadas por implantes se reemplazarán solamente después de que hayan transcurrido 8 (ocho) años de haber sido colocadas; los 8 (ocho) años se contarán a partir de cualquier provisión de dichos aparatos y coronas soportadas por implantes.

7. Limitaciones en Cirugía Periodontal. Los beneficios para Cirugía Periodontal en el mismo cuadrante están limitados a una vez en un periodo de 5 (cinco) años. El periodo de 5 (cinco) años 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.

8. Limitación a las Resinas en Dientes Posteriores. Se cubren las resinas de una y 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%. Será obligación del Asegurado presentar las radiografías ó fotografías preoperatorias y postoperatorias para la procedencia del pago**.**

9. Limitación de Procedimientos Quirúrgicos Menores – El procedimiento de raspado y alisado para los planes que no incluyan la cobertura de Periodoncia, aplican únicamente a pacientes mayores de 35 años con problemas periodontales evidentes (con bolsas periodontales de 5 mm o más). Este Tratamiento o Procedimiento deberá ser realizado por un Periodoncista y se cubrirán un máximo de dos cuadrantes por año.

10. En incisión y drenaje de abscesos complicados, se excluye la "Angina de Ludwig".

11. Las limitaciones a Procedimientos particulares se encuentran detalladas en el Capítulo **III. BENEFICIOS CUBIERTOS Y LIMITACIONES POR PROCEDIMIENTO CUBIERTO**, en la Sección "**Descripción de los Beneficios y Limitación por Procedimiento**" de las Condiciones Generales.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad en lo dispuesto en los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo los registros CNSF-H0714-0034-2010 con fecha 04/08/2010 - CONDUSEF-000058-01

DENTEGRA®
Seguros Dentales

Para atención al asegurado y acceso a la Unidad Especializada de Consultas y Reclamaciones:
Centro de Atención Telefónica: D.F. 5002 3102 de lunes a viernes de 8:00 a 21:00 horas y sábados de 9:00 a 14:00 horas.
y Larga Distancia sin costo **01800 347 1111,** Correo Electrónico: segurodental@dentegramx.com;
Página Web: www.dentegra.com.mx
y en Nuestras Oficinas de lunes a viernes de 8:00 a 17:00 horas en Insurgentes Sur 826 – PH, Colonia Del Valle. C.P. 03100, México, D.F.

Página Web: Para poder acceder a nuestra página privada y obtener información sobre sus beneficios, red de Dentistas pago de reclamaciones y mucho más, favor de enviarnos su dirección de correo electrónico a segurodental@dentegramx.com y por el mismo medio le enviaremos su usuario y contraseñ