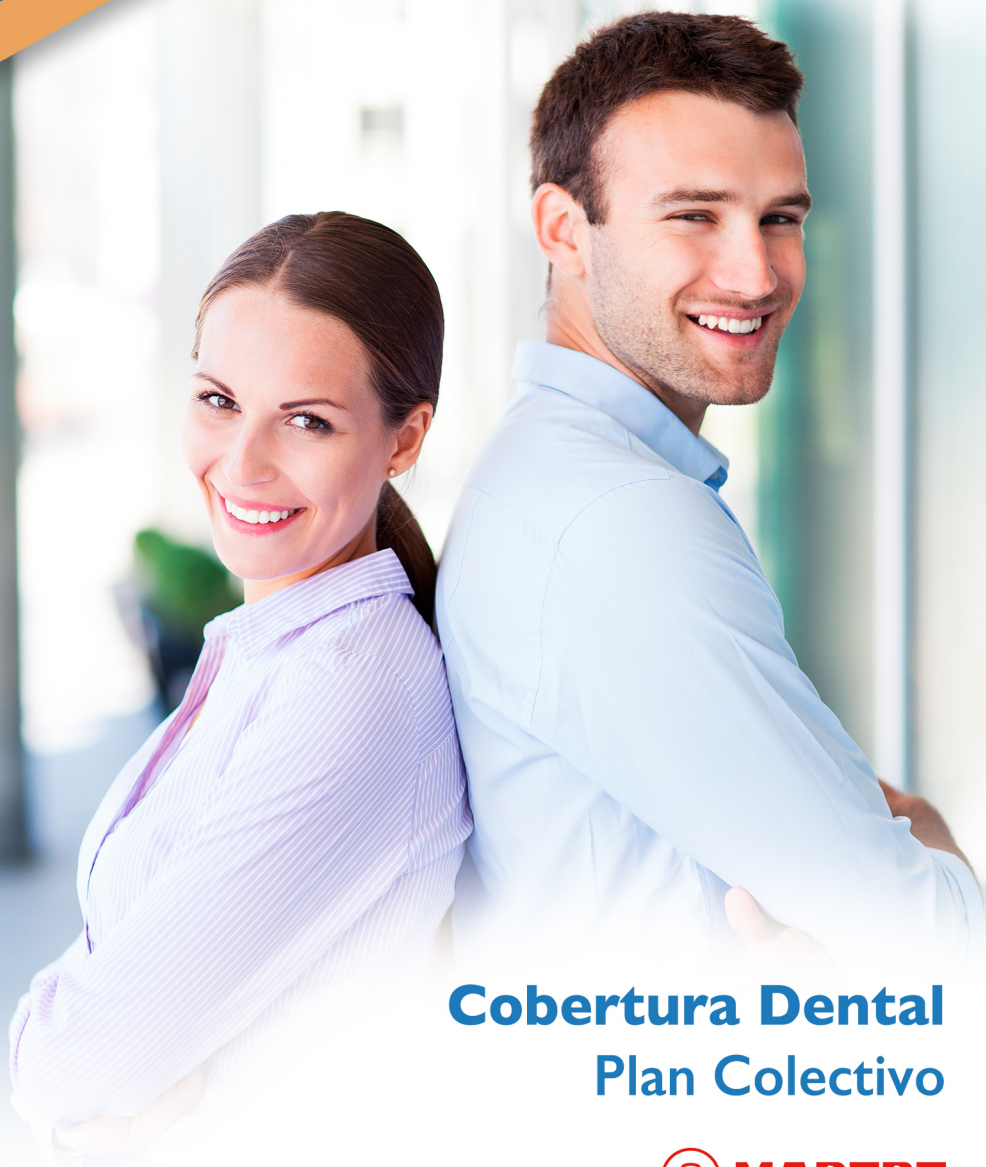


**Guía del  
Asegurado**



**DENTEGRA**<sup>®</sup>  
*Seguros Dentales*



**Cobertura Dental  
Plan Colectivo**



**MAPFRE**

## Seguro de Gastos Médicos Dental Plan Dental Dentegra - 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 Plan Dental Contratado
- 2) El Copago que cada beneficio tiene, el cual puede variar por Procedimiento
- 3) El Límite Anual del Plan Dental Contratado
- 4) El monto de Deducible a aplicar
- 5) Los Beneficios Cubiertos, indicados en la siguiente tabla:

### PLAN INICIAL

Descripción del Procedimiento	Alcance del Beneficio	Copago
Evaluación Completa	Una en doce meses. Sólo en la primera consulta con el odontólogo	<b>0%</b>
Limpieza Dental en adulto y niño	Una en doce meses	
Evaluación Periodontal Completa	Una en doce meses	<b>30%</b>
Restauraciones con amalgamas y resinas	Una por pieza dental cada tres años. <b>No se cubre el cambio por motivos estéticos</b>	<b>30%</b>

<b>Límite Anual<sup>3</sup> por persona</b>	<b>\$10,000</b>
---	-----------------

## OTROS PLANES

Beneficios Dentales Cubiertos	Combinado	Selecto	Integral	Ultra	Global	Elite*
	Copago <sup>1</sup>					
<b>Servicios Básicos</b> (Evaluación Oral, rayos X, limpiezas, restauraciones con amalgamas y resinas)	20%	20%	0%	20%	20%	20%
<b>Procedimientos Quirúrgicos Menores</b> (Extracciones simples y otros Procedimientos menores)	20%	20%	0%	20%	20%	20%
<b>Endodoncias</b> (Remoción de nervio dental)	20%	20%	0%	20%	20%	20%
<b>Remoción de Terceros Molares y Procedimientos Quirúrgicos Complejos</b> (Extracción de muelas del juicio y otros Procedimientos complejos)	20%	20%	0%	20%	20%	20%
<b>Periodoncia</b> (Tratamiento de la Enfermedad de encías y hueso)	No incluido	No incluido	No incluido	20%	50%	50%
<b>Coronas y Prostodoncia</b> (Coronas, puentes y dentaduras parciales y completas)	No incluido	No incluido	No incluido	No incluido	No incluido	50%
<b>Deducible<sup>2</sup></b>	\$300	No aplica				
<b>Límite Anual<sup>3</sup> por persona</b>	<b>\$120,000</b>					

\*El Plan Elite tiene un sublímite de \$30,000 para el beneficio de Coronas y Prostodoncia y está incluido en el Límite Anual por Persona.

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 **Deducible** es la cantidad que pagarás anualmente por concepto de gastos derivados de Procedimientos cubiertos por **DENTEGRA**.
3. 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 Deducible y Copago	Deducible + Copago	Sólo Copago
Honorario Máximo <sup>4</sup> del Dentista por el Tratamiento Dental	\$3,000	\$3,000
Deducible (a cargo del Asegurado)	\$300	\$0
Monto después de Deducible	\$2,700	\$3,000
Copago 20% (a cargo del Asegurado)	\$540	\$600
<b>DENTEGRA</b> pagará al Dentista	\$2,160	\$2,400
El Asegurado pagará	\$840	\$600

4. 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 de manera genérica los Beneficios Cubiertos y deberás consultar cuáles se encuentran amparados de acuerdo con el Plan Dental que hayas contratado. **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. Servicios Básicos (Evaluación Oral, rayos X, limpiezas, restauraciones con amalgamas y resinas)

- Evaluación Oral y Evaluación Periodontal: 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 seis meses
- Amalgamas: una cada tres años por cada diente o superficie
- Resinas en dientes anteriores: una cada tres años por cada diente o superficie
- Resinas en dientes posteriores: una cada tres años por cada diente o superficie

### II. Procedimientos Quirúrgicos Menores (Extracciones simples y otros Procedimientos menores)

- Extracción de restos coronales en dientes deciduos: una por cada diente. No se cubren extracciones por indicación ortodóntica
- Extracción de diente o raíz expuesta (elevación y/o remoción con fórceps): una por cada diente
- Reimplantación de diente y/o estabilización de diente, causado por accidente o desplazamiento
- Biopsia de tejido oral, duro y blando: una cada doce meses (sin costo de laboratorio)
- Incisión y drenaje de abscesos (tejido blando intraoral)
- Raspado y alisado periodontal de raíz: en un mismo cuadrante, uno cada dos años

### III. Servicios de Endodoncia (Remoción de nervio dental)

- Pulpotomía terapéutica: una por cada diente (sólo en dientes primarios)
- Terapia de conducto radicular en diente anterior, premolar o molar: una por cada diente
- Retratamiento de terapia de conducto radicular (endodoncia) en diente anterior, premolar o molar: una por cada diente
- Apexificación/Recalcificación: una por cada diente

- Cirugía de Apicectomía/perirradicular en diente anterior, premolar o molar: una por cada diente
- Obturación retrógrada por raíz: una por cada diente
- Amputación radicular: una por cada diente
- Hemisección: una por cada diente

#### **IV. Servicios de 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 por cada diente
- Remoción de diente impactado en tejido blando, parcialmente cubierto por hueso o completamente cubierto por hueso: una por cada diente
- Remoción quirúrgica de residuos de raíces de dientes: una por cada diente
- Cierre de fístula oroantral: uno por cada diente
- Cierre primario de un seno perforado: uno por cada diente
- Alveoloplastia: una por cada diente
- Vestibuloplastia
- Remoción de exostosis lateral, de torus palatino y torus mandibular
- Reducción quirúrgica de tuberosidad ósea
- Incisión y drenaje de abscesos en tejido blando intraoral y extraoral
- Remoción de cuerpos extraños
- Ostectomía parcial/Secuestrectomía para la remoción de hueso no vital
- Sinusotomía maxilar para la remoción de fragmentos de dientes o cuerpos extraños
- Frenilectomía y Frenuloplastia: una de por vida
- Escisión de tejido hiperplásico y de encía pericoronar
- Reducción quirúrgica de tuberosidad fibrosa

#### **V. Servicios de Periodoncia (Tratamiento de la Enfermedad de encías y hueso)**

- Gingivectomía o gingivoplastia: por cada diente, una cada cinco años
- Procedimiento de colgajo gingival, incluyendo alisado radicular: por cada diente, una cada cinco años
- Alargamiento de corona clínica en tejido duro: por cada diente, una cada cinco años (máximo dos Sitios por cuadrante)
- Cirugía ósea (incluyendo colgajo de entrada y cierre): por cada diente, una cada cinco años
- Injerto de reemplazo de hueso: por cada diente, una cada cinco años (máximo dos Sitios por cuadrante. No incluye hueso)
- Raspado y alisado periodontal de raíz: en el mismo cuadrante, uno cada dos años

- Desbridación completa de boca: una vez de por vida
- Procedimiento para el mantenimiento periodontal (siguiendo una terapia activa): dos en doce meses, solamente aplica en el primer año después de realizada la cirugía

## VI. Servicios de Coronas y Prostodoncia (Coronas, puentes y dentaduras parciales y completas)

- Corona: por diente, una cada ocho años
- Corona prefabricada de acero inoxidable: una por cada diente, cada dos años sólo en dientes permanentes hasta los 16 años
- Poste y base en adición a la corona: por cada diente, una cada ocho años
- Dentadura completa o parcial: misma arcada, una cada cinco años
- Reparación o reemplazo de broches rotos: misma arcada, una cada doce meses
- Reemplazo de dientes rotos: misma arcada, una cada doce meses
- Añadir un diente o dentadura parcial ya existente: misma arcada, cuatro cada doce meses
- Añadir broche a dentaduras parciales ya existentes: misma arcada, una cada doce meses
- Rebase en dentadura completa: misma arcada, una cada tres años
- Póntico: por cada diente, uno cada ocho años

## ¿CÓMO UTILIZO LOS SERVICIOS?

1.	<p>Elige a un Dentista de nuestra Red y llámalo para concertar tu cita, o <b>si eres paciente de primera vez, coordinamos tu primera atención.</b></p> <p>Para tu primera Consulta deberás seleccionar a un Dentista General quien, en caso de ser necesario, te remitirá con un especialista. Los menores de 14 años podrán acudir con un Odontopediatra.</p> <p>En caso de que requieras atención de un especialista (Cirujano Maxilofacial, Endodoncista, Periodoncista o Implantólogo), te recomendamos que te comuniques a nuestro Centro de Contacto.</p> <p>Puedes consultar nuestra lista de Dentistas afiliados en nuestra página web: <b>dentegra.com.mx</b> o llamando al Centro de Contacto de <b>DENTEGRA.</b></p>
----	---

## ¿CÓMO UTILIZO LOS SERVICIOS?

1.	<p>Para la coordinación de tu cita ten a la mano la siguiente información referente al Asegurado afectado:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Nombre completo</li><li>• Fecha de nacimiento</li><li>• Número de Póliza</li><li>• Certificado</li><li>• Parentesco</li><li>• Correo electrónico y/o número de teléfono de contacto</li></ul>
2.	<p>Coordina tu cita con al menos cuarenta y ocho (48) horas de anticipación e indica tres opciones de horario. <b>DENTEGRA</b> te asignará una cita con un Dentista de la Red <b>DENTEGRA</b> y te confirmará la atención en un lapso no mayor a dos (2) días hábiles.</p>
3.	<p>Acude puntualmente a tu cita con tu credencial de Seguro y una identificación oficial.</p>
4.	<p>Antes de iniciar un Tratamiento, pregunta a tu Dentista si está cubierto por tu Plan.</p>
5.	<p>Es recomendable que solicites una predeterminación de costos* a <b>DENTEGRA</b> en los siguientes casos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Para asegurarte de que el Procedimiento tenga cobertura</li><li>• Para saber si el Tratamiento rebasa tu Límite Anual contratado</li><li>• Para poder planear tu pago por anticipado</li></ul> <p>*La predeterminación de costos es el procedimiento mediante el cual <b>DENTEGRA</b> 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 en un lapso de tres (3) días hábiles. Es importante saber que en caso de requerir siete o más Procedimientos, el Dentista siempre solicitará una predeterminación de costos.</p>
6.	<p>Paga al Dentista el Copago correspondiente (se calcula aplicando el porcentaje indicado al Honorario Máximo del Dentista) y el Deducible correspondiente. Te sugerimos preguntar al Dentista cómo contactarlo en caso de Urgencias.</p>



## ¿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 y Área Metropolitana al **5002 3102** y, del interior de la República sin costo de larga distancia al **01 (55) 5002 3102** o **01800 347 1111**.

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 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 si el Tratamiento o Procedimiento 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 alternativo queda a cargo del Asegurado. Dentro de dichos Planes de Tratamiento alternativo 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 con 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 ocho años y solamente en el evento de que las coronas existentes no sean satisfactorias y no puedan corregirse. El periodo de 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 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. 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.
5. Limitaciones en Profilaxis. Las profilaxis están limitadas a 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 cinco años y 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 con las condiciones de la Póliza de Seguro. Los aparatos de Prostodoncia y coronas soportadas por Implantes se reemplazarán solamente después de que hayan transcurrido ocho años de haber sido colocadas. Los 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 cinco años. El periodo de 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 o fotografías preoperatorias y postoperatorias para que proceda el pago.
9. Limitación de Procedimientos Quirúrgicos Menores. El Procedimiento de raspado y alisado 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.**

## **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 congénitas y Tratamientos de hipoplasia del esmalte (falta de desarrollo).**
- 2. Tratamientos que incrementen 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 directamente atribuible a éste. También quedan excluidos el protector oclusal y el 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 con los estándares generalmente aceptados en 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 la 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 extraorales (injertos de tejido en la parte de afuera de la boca).**
- 6. Programas de control preventivo de la placa dentobacteriana, 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, premedicación, 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 con 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 o Procedimiento 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 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 que no sea parte del 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 durante el Tratamiento o Procedimiento, cuando su costo deba estar incluido en el total del Tratamiento o Procedimiento (Honorario Máximo del Dentista), de acuerdo con los estándares generalmente aceptados en la práctica dental, como pueden ser: los algodones, las mascarillas y las técnicas de relajación como la 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:**
  - a. Delitos dolosos o intencionales en los cuales el Asegurado sea considerado como sujeto activo o partícipe del delito.**
  - b. Lesiones autoinfligidas, aun cuando se cometan en estado de enajenación mental.**

**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 04 de agosto de 2010, con el número CNSF-H0714-0034-2010.**



## 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.



### **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 y Área Metropolitana:

**5002 3102**

Interior de la República sin costo de larga distancia:

**01(55) 5002 3102 o 01800 347 1111**

### **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 863, piso 5, Colonia Nápoles, C.P. 03810, 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.



Insurgentes Sur 863 piso 5, Col. Nápoles  
C.P. 03810, Ciudad de México.

**[dentegra.com.mx](http://dentegra.com.mx)**