DENTEGRA®
Seguros Dentales

Seguro de Gastos Médicos Dental
Red Cerrada Plan Estándar

INBURSA
Seguros

Asegura tu sonrisa

SEGURO DE GASTOS MÉDICOS DENTAL

RED CERRADA PLAN ESTÁNDAR

El presente documento contiene los términos y condiciones del Seguro que ha sido contratado con Dentegra.

RESUMEN DE BENEFICIOS CUBIERTOS

Beneficio	Procedimiento	Limitación
Servicios Básicos	Evaluación oral completa y Evaluación periodontal completa.	1 (una) en 12 (doce) meses.
	Consulta de urgencia en horario normal (sin costo).	1 (una) en 12 (doce) meses.
	Profilaxis (Limpieza).	1 (una) en 12 (doce) meses.
	Radiografía periapical, radiografía aleta de mordida.	Las radiografías están limitadas a 2 (dos) en 12 (doce) meses en cualquier combinación de éstas.
	Amalgama en dientes primarios o permanentes y resina en diente anterior.	Las restauraciones con amalgamas o resinas están limitadas a 2 (dos) en cualquier combinación de éstas. Las amalgamas o resinas en un mismo diente o superficie se garantizan por 3 (tres) años.

Coaseguro a cargo del Asegurado	**20%**
Límite Anual	**$10,000**

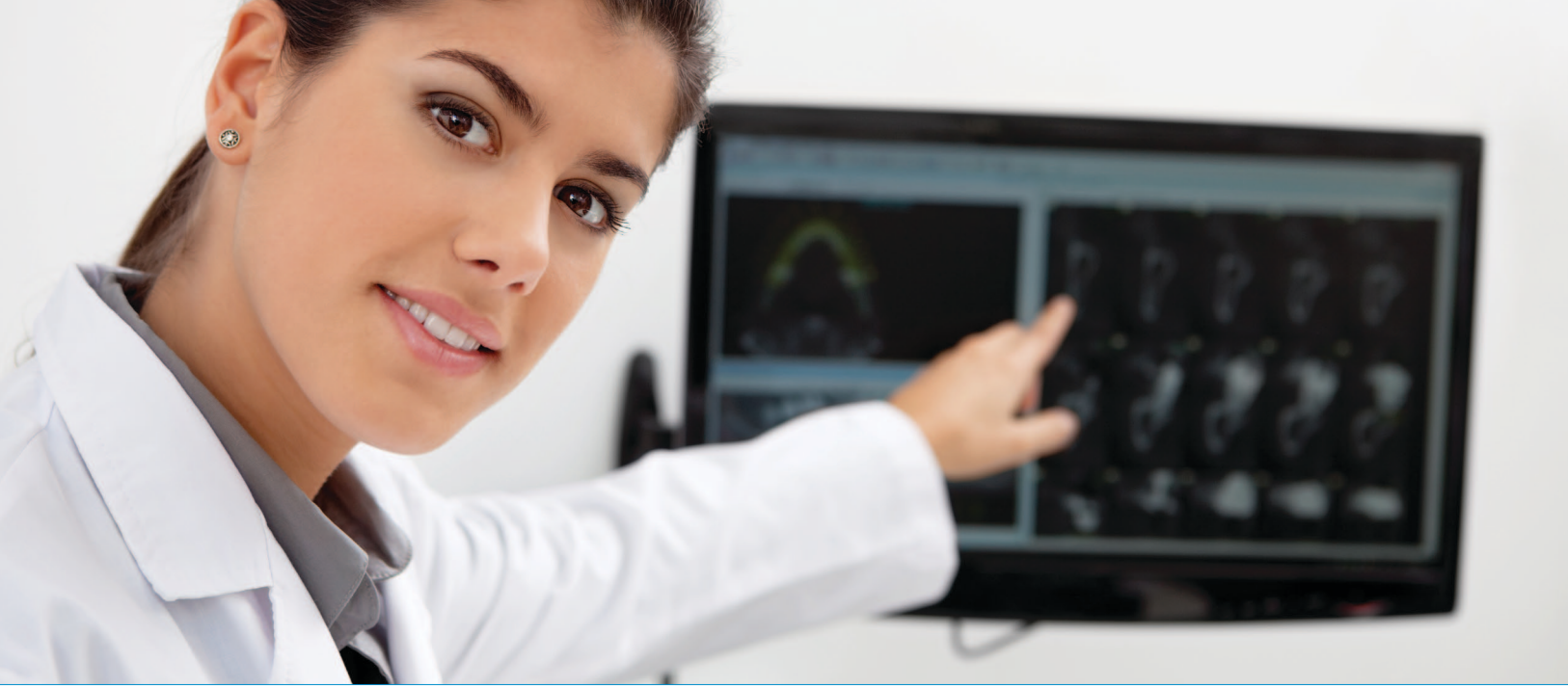
El Asegurado cuenta con un plan con acceso a Red Cerrada, por lo que solamente podrá acudir con Dentistas de la Red **Dentegra**.

El 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 en el Honorario Máximo que el Dentista de la Red tiene pactado con **Dentegra**. Para consultar el monto del Honorario Máximo, comuníquese a nuestro Centro de Contacto por los medios indicados al final de este documento.

Ejemplos de cálculo de Coaseguro:	
Honorario Máximo del Dentista por el Tratamiento Dental	**$2,000**
Pago de Coaseguro del 20%	**$400**

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

En caso de Urgencia 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 70 kilómetros de dicho lugar de residencia o de trabajo, o en una población a 45 minutos de traslado por carretera de dicho lugar de trabajo o de residencia, el Asegurado podrá 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 el Asegurado presente 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, favor de comunicarse a nuestro Centro de Contacto.



¿CÓMO USO MI SEGURO?

1	**Elija al Dentista de Red de su preferencia.** Debe elegir para su primera consulta a un Dentista general, quien en caso de ser necesario lo remitirá con un especialista. Los menores de 14 años podrán acudir con un odontopediatra. Consulte la lista de Dentistas de la Red **Dentegra** en: **www.dentegra.com.mx**, en el Centro de Contacto: **5002 3102** y larga distancia sin costo **01 800 347 1111**.
2	**Solicite una cita** llamando directamente al consultorio del Dentista seleccionado. Informe **a la asistente o al Dentista que es un Asegurado de Dentegra** y proporcione su nombre, número de Póliza y número de teléfono. **Acuda puntualmente a su cita** y muestre su credencial de la aseguradora, así como una identificación oficial. **Le sugerimos preguntar a su Dentista cómo lo puede contactar en caso de Emergencias o Urgencias**.
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.
4	**Pague al Dentista el Coaseguro correspondiente** (se calcula aplicando el porcentaje indicado al Honorario Máximo del Dentista).

Radiografía panorámica: En caso de requerir una placa panorámica deberá acudir a un gabinete radiológico que realice este tipo de estudios y **Dentegra** le reembolsará hasta el Honorario Máximo para este Procedimiento.

CONDICIONES BÁSICAS DEL SEGURO

PREEXISTENCIA: La Póliza de Seguro cubrirá los gastos por servicios dentales de todos aquellos Asegurados cuya sintomatología de su padecimiento haya iniciado en fechas anteriores al inicio de la vigencia del Contrato del Seguro.

PERÍODO DE BENEFICIO: **Dentegra** reembolsará los Gastos Cubiertos a partir de la fecha de la primera erogación efectuada por el Asegurado y hasta el Límite Anual, siempre y cuando el siniestro ocurra durante la vigencia del Contrato de Seguro.

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. Dicho plazo se suspenderá en los casos previstos en la legislación aplicable.

CUANTÍA DE LA INDEMNIZACIÓN: **Dentegra** pagará al Asegurado todos los gastos de los Tratamientos y Procedimientos, ajustándolos a los límites y Honorarios Máximos establecidos de acuerdo al Plan Dental contratado.

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 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.**

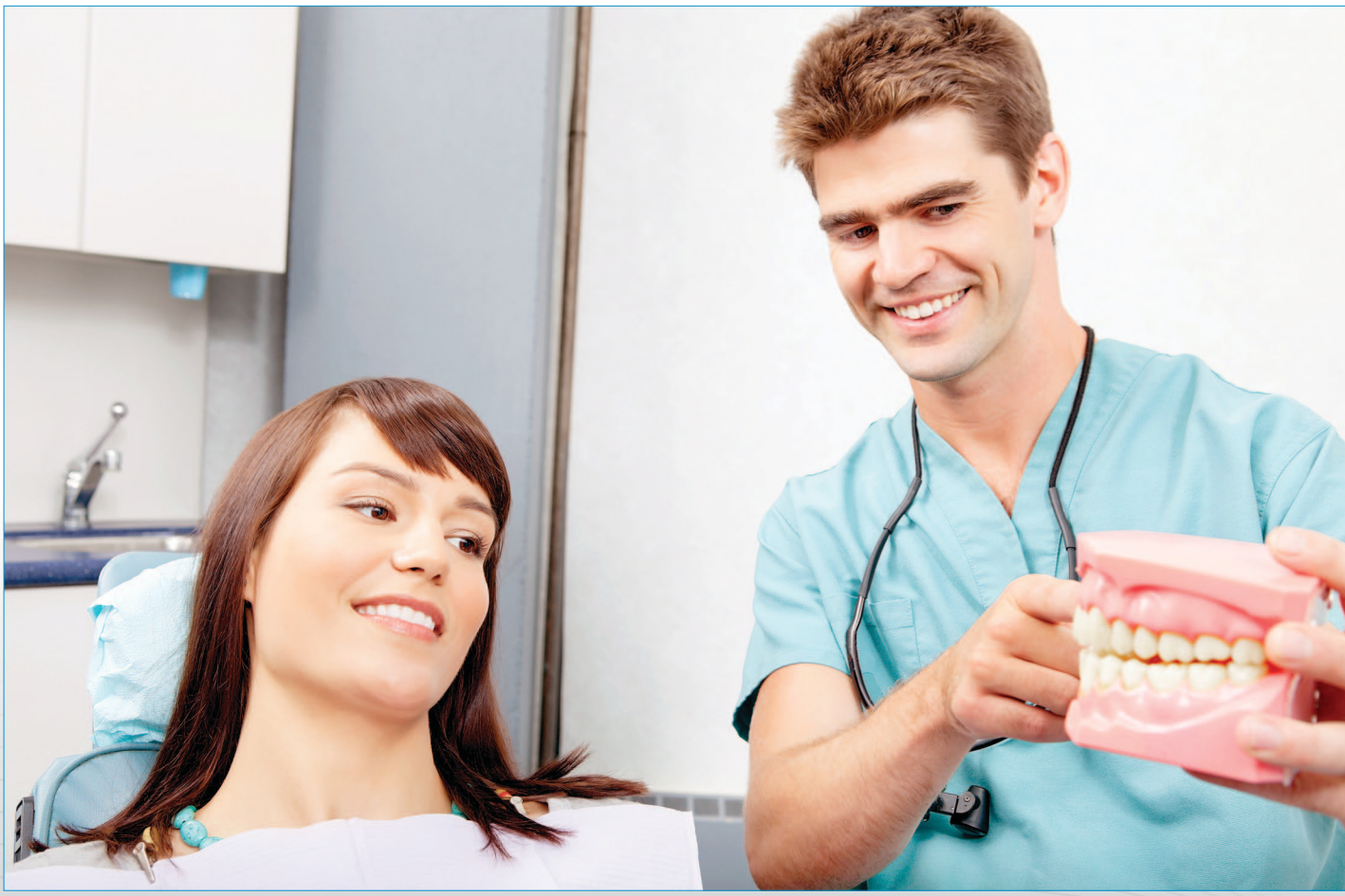
7. **Terapia miofuncional (de la función de los músculos).**

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 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 haya sido realizado dentro del Período de Beneficio.**

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 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 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.**

Limitaciones a los Beneficios:

1. 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.

2. Las evaluaciones orales, incluyendo visitas para observación y consultas, están limitadas a 1 (una) evaluación oral cada año. **Dentegra** pagará 1 (una) sola vez al año por cualquier combinación de los Procedimientos de evaluación oral periódica y evaluación oral completa.

3. Las profilaxis están limitadas a 1 (una) al año.

La documentación contractual y la Nota Técnica que integran este producto están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro CNSF-H0714-0051-2011 de fecha 16/03/2012.

Para atención al Asegurado y acceso a la Unidad Especializada de Consultas y Reclamaciones: Centro de Contacto: D.F. **5002 3102** y larga distancia sin costo **01800 347 1111** de lunes a viernes de 8:00 a 22:00 horas y sábados de 9:00 a 14:00 horas.

Atención de Urgencias las 24 horas.
Correo electrónico: **segurodental@Dentegramx.com**
Página web: **www.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. México, D.F.

Si tiene alguna duda respecto a los términos dentales, visite nuestra página en Internet:

www.dentegra.com.mx

El Asegurado podrá obtener en cualquier momento el Aviso de Privacidad de Dentegra Seguros Dentales, S.A., según el mismo sea modificado de tiempo en tiempo en nuestra página de Internet.

01/08/12