



**Cobertura Dental**  
Plan Preciso

Seguros **BX+**

## Seguro de Gastos Médicos Dental Plan Preciso - Red Cerrada

El presente documento y las Condiciones Generales contienen, en conjunto, los términos y condiciones del Plan de Seguro que ha sido contratado con **DENTEGRA**.

### RESUMEN DE BENEFICIOS CUBIERTOS

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

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

| Beneficios Dentales Cubiertos                                                                      | Copagos <sup>1</sup>                 | Copagos <sup>1</sup> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------|
| <b>Servicios Básicos</b>                                                                           | Evaluación Oral                      | 0%                   |
|                                                                                                    | Limpieza dental en adulto y niño     | 0%                   |
|                                                                                                    | Consulta periodontal completa        | 20%                  |
|                                                                                                    | Restauración con Amalgamas y Resinas | 20%                  |
| <b>Otros servicios Básicos</b> (Rayos X)                                                           |                                      | 20%                  |
| <b>Procedimientos Quirúrgicos Menores</b><br>(Extracciones simples y otros Procedimientos menores) |                                      | 20%                  |
| <b>Endodoncias</b><br>(Remoción de nervio dental)                                                  |                                      | 20%                  |
| <b>Límite Anual<sup>2</sup> por Persona</b>                                                        |                                      | <b>\$120,000</b>     |

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 <sup>3</sup> del Dentista por Tratamiento Dental | \$2,000 |
| Copago 20% (a cargo del Asegurado)                                | \$400   |
| <b>DENTEGRA</b> 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 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**

| Descripción del Tratamiento              | Alcance del Beneficio |
|------------------------------------------|-----------------------|
| Evaluación Oral y Evaluación Periodontal | Una en doce meses     |
| Radiografía Periapical                   | Cuatro en doce meses  |
| Radiografía Aleta de Mordida             | Cuatro en doce meses  |

| Descripción del Tratamiento                   | Alcance del Beneficio                           |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| Placa Panorámica                              | Una en cinco años                               |
| Serie Radiográfica (incluye Aleta de mordida) | 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 y posteriores   | Una cada tres años por cada diente o superficie |

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

| Descripción del Tratamiento                                                                   | Alcance del Beneficio                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| 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)

| Descripción del Tratamiento                                        | Alcance del Beneficio                           |
|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| Pulpotomía terapéutica                                             | Una por cada diente (sólo en dientes primarios) |
| Terapia de conducto radicular en diente anterior, premolar o molar | Una por cada diente                             |

| Descripción del Tratamiento                                                                      | Alcance del Beneficio |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| 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   |

## ¿CÓMO UTILIZO LOS SERVICIOS?

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | <p>Coordinamos tu primera cita con al menos, 48 horas de anticipación, comunicándote a nuestro Centro de Contacto al número <b>55 5002 3102</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indícanos tres opciones de horario, ubicación de preferencia o en su caso, elige un Dentista de nuestra red*.</li> <li>• Recibirás una confirmación de cita en un lapso no mayor a 2 (dos) días hábiles</li> </ul> <p>*Si quieres elegir a un Dentista de nuestra Red antes de coordinar la cita:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En la APP Móvil <b>DENTEGRA®</b> (descárgala en Android o IOS sin costo)</li> <li>• O en nuestro portal <a href="http://dentegra.com.mx">dentegra.com.mx</a>, en la opción “Encuentra un Dentista” o activando el “Chat para asegurados”</li> </ul> <p>En caso de ser necesario, te remitirá con un especialista (Ortodoncista, Cirujano Maxilofacial, Endodoncista, Periodoncista o Implantólogo). Los menores de 14 años podrán acudir con un Odontopediatra.</p> |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## ¿CÓMO UTILIZO LOS SERVICIOS?

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | <p>Para que coordinemos tu primera cita, ten a la mano la siguiente información referente al Asegurado afectado:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Nombre completo</li><li>• Fecha de nacimiento</li><li>• Número de Certificado</li><li>• Parentesco</li><li>• Correo electrónico y/o número de teléfono de contacto</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 2. | <p>Acude puntualmente a tu cita con tu credencial de Seguro y una identificación oficial.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 3. | <p>Antes de iniciar un Tratamiento, pregunta a tu Dentista si está cubierto por tu Plan.</p> <p>Es recomendable que solicites una predeterminación de costos* a <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 de la Red en un lapso de tres (3) días hábiles. Es importante saber que, en caso de requerir siete o más Procedimientos, el Dentista de la Red siempre solicitará una predeterminación de costos.</p> |
| 4. | <p>Paga al Dentista de nuestra Red el Copago correspondiente (se calcula aplicando el porcentaje indicado al Honorario Máximo del Dentista). Te sugerimos preguntar al Dentista cómo contactarlo en caso de Urgencias.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 5. | <p>Para cualquier complicación derivada de un tratamiento o procedimiento Dental deberás acudir al mismo Dentista con el que te realizaste dicho tratamiento o procedimiento o deberás llamarnos al Centro de Contacto donde con gusto te asistiremos.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

## ¿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 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.
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, así como las posteriores a éste para la comprobación 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 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. 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 radiografías o fotografías preoperatorias y postoperatorias para que proceda el pago.
7. Limitación de Procedimientos Quirúrgicos Menores. El Procedimiento de raspado y alisado aplica únicamente en 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.
8. 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 hasta el Límite y, de conformidad con las Condiciones Generales establecidas en la Póliza de Seguro, a partir de fecha de la primera erogación efectuada Asegurado se efectúen durante la vigencia del Contrato de Seguro o hasta la baja del

Asegurado, lo que ocurra primero. Si la Seguro 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 prescribirán en dos (2) años contados a partir de hecho o que le dio Dicho correrá los casos que se en artículo y se interrumpirá por las causas señaladas 84 ambos de la Ley sobre el Contrato de igual forma se en términos del artículo 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 e Interior de la República al:  
**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 30 (treinta) 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 Dentales Cubiertos de conformidad con los términos, condiciones y límites estipulados en tu Póliza de Seguro.

### **4. ¿CÓMO PUEDES CONSERVAR LA COBERTURA CONTRATADA CON DENTEGRA?**

La cobertura contratada se conserva mediante el pago oportuno de la Prima o fracción de ésta en caso de haber pactado tu pago en parcialidades.

La cobertura contratada también puede ser conservada mediante la renovación del Contrato, considerando las tarifas que se encuentren vigentes al momento de la renovación, de conformidad con las Condiciones Generales del Contrato.

### **5. CAUSAS POR LAS QUE PUEDE TERMINAR TU CONTRATO**

La vigencia de la Póliza de Seguro dejará de surtir sus efectos en la fecha de terminación, indicada en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual y/o en la Credencial del Asegurado, o antes, si se presenta cualquiera de las siguientes causales:

- a. Entregues a **DENTEGRA** una solicitud por escrito de cancelación de la Póliza de Seguro, en cuyo caso se te devolverá la Prima Neta No Devengada.
- b. Por la terminación del Periodo de Gracia para el pago de la Prima, salvo que sea rehabilitada en términos de las Condiciones Generales pactada en el Contrato.

## 6. CONOCE OTROS DERECHOS

En **DENTEGRA** nos comprometemos, a través de los Dentistas de nuestra Red, a procurar y observar en todo momento que se respeten tus derechos, entre los que podemos mencionar:

- **Acceso:** Tendrás la misma oportunidad de acceso expedito a los Servicios.
- **Respeto y dignidad:** El trato que recibirás de parte de nuestros Dentistas en todo momento será respetuoso.
- **Privacidad y confidencialidad:** Los servicios proporcionados deberán cuidar siempre un profundo respeto a tu privacidad, con la seguridad de que la información que nos proporciones deberá preservar la confidencialidad.
- **Seguridad personal:** Tendrás derecho a que durante tu atención te brinden a ti, a tus acompañantes y pertenencias, medidas de seguridad.
- **Identidad:** Tendrás derecho a conocer la identidad y grado de preparación de nuestros Dentistas que te atiendan, y la persona responsable del equipo.
- **Información:** Tendrás derecho a ser informado sobre tu padecimiento, los métodos, diagnósticos, riesgos, beneficios y alternativas, lo mismo que las medidas terapéuticas ocasionen y sobre el pronóstico de tu padecimiento.
- **Comunicación:** Tendrás derecho a mantenerte en todo momento en comunicación con tu familia y a que sean informados en forma comprensible.
- **Consentimiento:** No deberás ser sometido a ningún procedimiento, diagnóstico o terapéutico, sin ser informado en forma clara de sus riesgos, beneficios y alternativas.

- **Consultas:** Tendrás derecho a solicitar otras opiniones sobre tu padecimiento, conforme a lo estipulado en el Contrato de Seguro.
- **Negativa al tratamiento:** Tendrás derecho a no aceptar las propuestas terapéuticas.
- **Selección del Dentista e instalaciones para tu atención:** Tienes derecho a seleccionar el Dentista e instalaciones para tu atención y cambiar cuando lo consideres pertinente, conforme a lo estipulado en el Contrato de Seguro.

**En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la Documentación Contractual y la Nota Técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 30 de marzo de 2015, con el número RESP-H0714-0011-2015.**

## Nota para el Asegurado:

En caso de que requieras conocer la totalidad de las condiciones de aseguramiento de tu Cobertura, 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 e Interior de la República al:  
**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.

# SONREÍR ES FÁCIL<sup>®</sup>



Descarga sin costo la  
aplicación móvil Dentegra<sup>®</sup>



Ciudad de México e Interior de la República

55 5002 3102