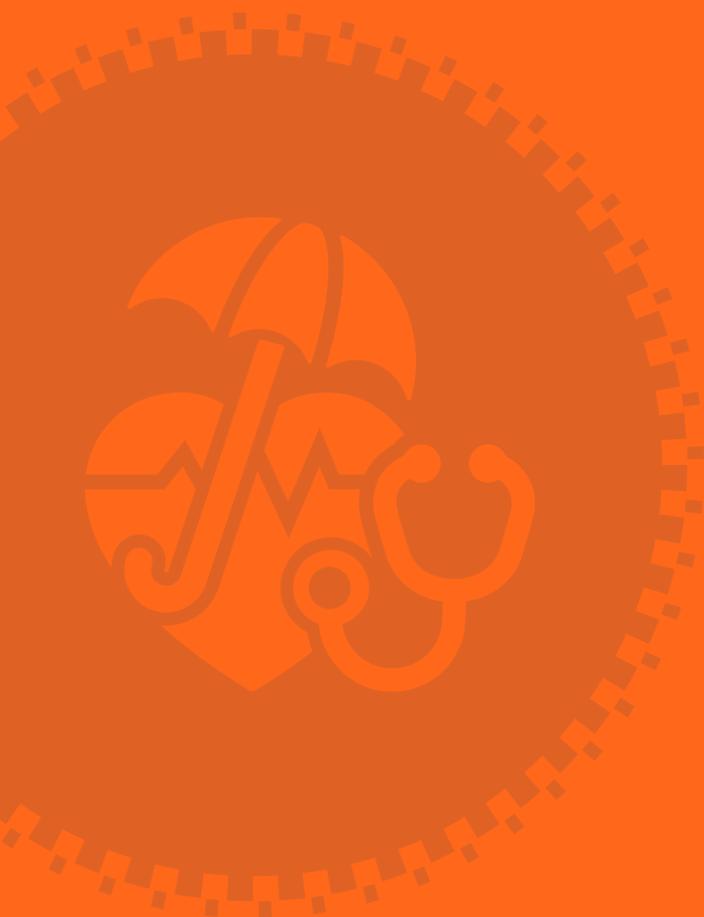


# GMM

## Cobertura Integral Dental y Visión



# Guía del Asegurado



**Cobertura Integral**  
Dental y Visión

## Cobertura Dental y Visión - Red Cerrada Seguro de Gastos Médicos Dental

En **DENTEGRA** tenemos el compromiso de satisfacer tus necesidades, por ello buscamos en todo momento darte mejores beneficios y el servicio de calidad que mereces.

Ahora, al tener contratado el **Plan Oportuno**, **DENTEGRA** extiende sus beneficios sin ningún costo adicional poniendo a tu disposición el **Plan de Visión Equilibrio**.

O extiende tu Cobertura de Visión contratando de manera opcional nuestro **Plan Incremental**.

### PLAN OPORTUNO

### 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		Alcance del Beneficio	Copago <sup>1</sup>
<b>Servicios Básicos</b> (Evaluación Oral, rayos X, limpiezas, restauraciones con amalgamas y resinas)	Evaluación Oral	Una en doce meses	<b>20%</b>
	Evaluación Periodontal		
	Radiografía Periapical	Cuatro en doce meses	
	Placa Panorámica	Una en cinco años	

Beneficios Dentales Cubiertos		Alcance del Beneficio	Copago <sup>1</sup>
<b>Servicios Básicos</b> (Evaluación Oral, rayos X, limpiezas, restauraciones con amalgamas y resinas)	Profilaxis (limpieza)	Una en cualquier periodo de seis meses	<b>0%</b>
	Restauraciones con amalgamas y resinas	Una cada tres años por cada diente o superficie. No se cubren las sustituciones por motivos estéticos	<b>20%</b>
<b>Procedimientos Quirúrgicos Menores</b> (Extracciones simples y otros Procedimientos menores)	Extracción diente o raíz expuesta (elevación y/o remoción con fórceps)	Una por cada Diente. No se cubren extracciones por indicación ortodóntica	
	Raspado y alisado periodontal de raíz	En un mismo cuadrante, uno cada dos años	
<b>Endodoncia</b> (Remoción de nervio dental)	Pulpotomía terapéutica	Una por cada diente (sólo dientes primarios)	<b>20%</b>
	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		

Beneficios Dentales Cubiertos		Alcance del Beneficio	Copago <sup>1</sup>
<b>Endodoncia</b> (Remoción de nervio dental)	Apexificación/ recalcificación	Una por cada diente	<b>20%</b>
	Cirugía de apicectomía/ perirradicular en diente anterior, premolar o molar		
	Obturación retrógrada por raíz		
	Amputación radicular		
	Hemisección		

<b>Límite Anual<sup>2</sup> por persona</b>	<b>\$10,000</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 el 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.

## ¿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> <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>

## ¿CÓMO UTILIZO LOS SERVICIOS?

3.	Acude puntualmente a tu cita con tu credencial de Seguro y una identificación oficial.
4.	Antes de iniciar un Tratamiento, pregunta a tu Dentista si está cubierto por tu Plan.
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.	Paga al Dentista 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.

## ¿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 de 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.
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. 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.
6. Limitación de Procedimientos Quirúrgicos Menores. El Procedimiento de raspado y alisado aplican 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.

## **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 participe 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.**

# Seguro de Gastos Médicos Visión

El Plan Visión ha sido diseñado para proveerte con excelentes Beneficios, con la mejor calidad y Servicio.

## ¿QUÉ BENEFICIOS ESTÁN CUBIERTOS?

Un par de Anteojos Completos o Lentes de Contacto graduados una vez durante la vigencia de la Póliza (una opción o la otra).

Beneficio	Descripción
<b>Examen de la vista</b>	Para la prescripción de Anteojos en caso de que sea necesario.
<b>Anteojos Completos (Armazón y Lentes graduados)</b>	<p>Un par durante la vigencia de la Póliza, hasta el Límite Anual del Plan Contratado, si por prescripción son necesarios (no cosméticos), conformado por:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Armazón y/o Lentes (Micas Oftálmicas). Las Ópticas de la Red <b>DENTEGRA</b> te pueden ofrecer diversos modelos.</li><li>• Un estuche duro por Armazón y una microfibra para el cuidado de tus Anteojos.</li></ul>
<b>Lentes de Contacto graduados</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Para Lentes de Contacto de cambio frecuente, si por prescripción son necesarios (no cosméticos), podrás obtener la dotación equivalente a un año, hasta el Límite Anual del Plan Contratado.</li><li>• Solución para el cuidado de los Lentes de Contacto por una ocasión durante la vigencia de la Póliza.</li></ul>
<b>Descuento de 30%*</b>	En reposiciones de Micas Oftálmicas cubiertas por el Plan Contratado, por una ocasión durante la vigencia de la Póliza.
<b>Descuento de 15%*</b>	En modelos de mayor costo al Límite Anual del Plan Contratado o en productos no cubiertos, identificándose como Asegurado de <b>DENTEGRA</b> .

\*Este descuento no aplica en conjunto con otras promociones y/o descuentos de la Óptica.

**DENTEGRA** cuenta con una amplia variedad de Planes de Visión, por lo que es muy importante que antes de usar tu cobertura tomes en cuenta:

- 1) El Plan de Visión Contratado
- 2) El Límite Anual del Plan Contratado
- 3) El monto de Deducible a aplicar
- 4) Los Beneficios Cubiertos, indicados en las siguientes tablas:

### PLAN EQUILIBRIO

Concepto	Plan Equilibrio
<b>Límite Anual<sup>1</sup> de Anteojos Completos graduados, no cosméticos: Armazón y/o Lentes (Micas Oftálmicas).</b> Incluye IVA	\$700
<b>Límite Anual<sup>1</sup> de Lentes de Contacto graduados, no cosméticos.</b> Incluye IVA	\$700
<b>Deducible<sup>2</sup></b>	\$280 + IVA

Amplía el alcance de tu Plan Equilibrio contratando de manera opcional el siguiente Plan de Visión:

### PLAN INCREMENTAL

Concepto	Plan Incremental
<b>Límite Anual<sup>1</sup> de Anteojos Completos graduados, no cosméticos: Armazón y/o Lentes (Micas Oftálmicas).</b> Incluye IVA	\$1,100
<b>Límite Anual<sup>1</sup> de Lentes de Contacto graduados, no cosméticos.</b> Incluye IVA	\$700
<b>Deducible<sup>2</sup></b>	\$75 + IVA

## ¿TENGO QUE PAGAR ALGUNA CANTIDAD?

Sí, deberás pagar el Deducible (más el IVA respectivo) por los Anteojos Completos o los Lentes de Contacto, de acuerdo con el Plan Contratado, así como la diferencia que exceda del Límite Anual.

Ejemplo del cálculo de Deducible y diferencia por modelo de mayor costo	Desglose de pago del Beneficio
<b>Costo de los Anteojos Completos (descuento e IVA incluidos)</b>	<b>\$3,000</b>
<b>Límite Anual<sup>1</sup> del Plan Contratado</b>	<b>\$1,500</b>
<b>Deducible<sup>2</sup> (a cargo del Asegurado) + IVA</b>	<b>\$100 + \$16 = \$116</b>
<b>Beneficio de la Cobertura de Visión</b>	<b>\$1,500 - \$116 = \$1,384</b>
<b>El Asegurado pagará: Costo (descuento e IVA incluidos) menos Beneficio de la Cobertura de Visión</b>	<b>\$3,000 - \$1,384 = \$1,616</b>

1. El **Límite Anual** es la cantidad máxima que **DENTEGRA** pagará a la Óptica de la Red **DENTEGRA** por concepto de Gastos Cubiertos por el Servicio Óptico, de conformidad con el Plan Contratado, pudiendo ser distinto el Límite Anual para Anteojos Completos al Límite Anual para Lentes de Contacto.
2. El **Deducible** es la cantidad que pagarás por concepto de gastos derivados de los Servicios Cubiertos por **DENTEGRA**.

## ¿CÓMO UTILIZO LOS SERVICIOS?

1.	<p><b>Elige la Óptica de tu preferencia.</b> Puedes consultar la lista de Ópticas de la Red <b>DENTEGRA</b> en:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Nuestra página web: <b>dentegra.com.mx</b></li><li>• Llamando al Centro de Contacto <b>DENTEGRA</b>:<ul style="list-style-type: none"><li>- Ciudad de México y Área Metropolitana al <b>5002 3102</b></li><li>- Interior de la República sin costo de larga distancia al <b>01 (55) 5002 3102</b> o al <b>01800 347 1111</b></li></ul></li></ul>
2.	<p><b>Acude a la Óptica</b> de tu preferencia y muestra tu credencial de Seguro o la proporcionada por tu empresa, así como una identificación oficial con fotografía.</p>

## ¿CÓMO UTILIZO LOS SERVICIOS?

2.	En caso de extravío de tu credencial de Seguro deberás presentar una identificación oficial y la Óptica deberá llamar al Centro de Contacto.
3.	La Óptica te realizará un Examen de la Vista y, en caso de requerir Anteojos Completos o Lentes de Contacto graduados, podrás adquirirlos de acuerdo con los Límites establecidos en tu Plan Visión
4.	<b>Paga a la Óptica el Deducible de acuerdo con el Plan Contratado y el IVA respectivo por los Anteojos Completos o los Lentes de Contacto graduados. En caso de existir diferencia entre el Costo Total de los Anteojos Completos o los Lentes de Contacto graduados y el Límite Anual contratado, deberás pagarla directamente en la Óptica.</b>

Recuerda que cualquiera de estos Beneficios los podrás utilizar sólo una vez durante la vigencia de la Póliza.

Una vez que hayas firmado el presupuesto en la Óptica se considerará que has hecho uso de tu cobertura.

## PREGUNTAS FRECUENTES

### ¿Qué hago si DENTEGRA no cuenta con un proveedor de Óptica en mi localidad?

En caso de que **DENTEGRA** no cuente con una Óptica en la localidad donde resides, deberás pagar por los Anteojos Completos o Lentes de Contacto y **DENTEGRA** te reembolsará de acuerdo con las condiciones del Plan Contratado y hasta el Límite Anual establecido.

Es necesario para el Reembolso que presentes la siguiente documentación:

- Solicitud de Reembolso debidamente llenada
- Copia de identificación oficial vigente, con fotografía
- Comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a noventa (90) días
- Prescripción de Anteojos Completos o Lentes de Contacto a tu nombre, que incluya el número de dioptrías
- El Comprobante Fiscal Digital (CFDI) de la Óptica a tu nombre, el cual se integra de dos archivos: el XML y el PDF, ambos son necesarios para el trámite del Reembolso

La documentación deberá ser enviada dentro de los siguientes treinta (30) días posteriores a la finalización del servicio otorgado.

Conserva una copia de los documentos como respaldo de tu Reembolso. Para más información del proceso de Reembolso consulta nuestra página web: **dentegra.com.mx**.

### **¿Qué hago si el Armazón o el Lente que deseo exceden el Límite Anual del Plan Contratado?**

En caso de que desees un tipo diferente de Anteojos Completos o Lentes de Contacto a los incluidos en los Planes, **DENTEGRA** solamente pagará hasta la cantidad estipulada en el Límite Anual y tú deberás pagar la diferencia, obteniendo un descuento de 15% sobre el producto que desees.

### **Si estoy fuera del área donde se contrató mi Seguro de Visión, ¿puedo recibir atención?**

Sí. La cobertura de tu Seguro de Visión es a nivel nacional, por lo que independientemente del Estado donde te encuentres puedes recibir atención de nuestras Ópticas. Sólo busca una Óptica de la Red **DENTEGRA** en nuestra página web: **dentegra.com.mx** y acude a ella para hacer válidos tus Beneficios.

### **¿El Seguro de Visión me cubre tratamiento quirúrgico de ojos?**

No, las cirugías de ojos no están cubiertas, son una Exclusión de tu Póliza.

### **¿El Seguro de Visión me cubre consultas médicas con oftalmólogos?**

No están cubiertas, son una Exclusión de tu Póliza. Nuestras Ópticas cuentan con optometristas que podrán verificar si necesitas Anteojos Completos o Lentes de Contacto graduados.

### **¿El Seguro de Visión me cubre medicamentos?**

Los medicamentos no están cubiertos, son una Exclusión de tu Póliza.

### **¿Puedo adquirir Lentes de sol no graduados?**

No están cubiertos. Los tratamientos antirreflejantes, antirrayas, ultravioletas, de protección solar o cualquier otro que tenga por finalidad motivos estéticos son una Exclusión de tu Póliza.

### **¿Las reposiciones de Armazones están cubiertas en la Póliza?**

No está cubierto en la Póliza el reemplazo de Armazones o Lentes de Contacto como consecuencia de extravío, robo, maltrato o rotura, es una Exclusión de tu Póliza. Sólo en reposición de Micas Oftálmicas recibirás un 30% de descuento por una sola vez durante la vigencia de la Póliza.

## ¿Dónde puedo ver la ubicación de las Ópticas a aliadas a la Red?

Puedes comunicarte a los siguientes teléfonos: 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 al **01800 347 1111**, o consulta nuestra página web: **dentegra.com.mx** en la sección de Búsqueda de Ópticas.

## ¿El Deducible lo debo pagar en efectivo o puedo pagar de alguna otra manera?

El Deducible debe ser pagado a la Óptica en el momento de la visita y ahí te informarán las formas de pago que son aceptadas.

## En caso de llegar a tener una queja ¿a través de qué medio la puedo tramitar?

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 nuestra Red de Ópticas afiliadas.

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 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 requieren ser revisadas mediante una segunda opinión o dependan de la entrega de información por parte de nuestros Asegurados.

## ¿Qué debo presentar para obtener el Beneficio de Visión?

- Identificación oficial con tu nombre y fotografía.
- Recuerda presentarte como Asegurado de **DENTEGRA**.

**GARANTÍAS: Las garantías de los Lentes y Armazones contra defecto de fabricación o vicios en su manufactura dependen de cada Óptica. Podrás consultar las garantías directamente en la Óptica o llamando a nuestro Centro de Contacto.**

## CONDICIONES BÁSICAS DEL SEGURO

**PREEXISTENCIA:** La Póliza de Seguro cubrirá los gastos por Servicios Ópticos de todos aquellos Asegurados, cuya sintomatología de su padecimiento haya iniciado en fechas anteriores al inicio de la vigencia del Contrato de Seguro, siempre y cuando no haya hecho gastos comprobables documentalmente para recibir un Servicio Óptico.

**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 Asegurado todos los gastos de los Servicios Ópticos, ajustándolos a los límites establecidos en el Plan de Visión Contratado y se les descontará el Deducible de acuerdo con el monto 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. Cualquier tipo de consulta médica o procedimiento médico preventivo efectuado por un oftalmólogo y/o cualquier otra persona autorizada para llevarlo a cabo.**
- 2. Cualquier tipo de Tratamiento médico o quirúrgico para los ojos.**
- 3. Ejercicios ortópticos o entrenamiento visual para tratar la visión baja.**

4. **Visión baja.**
5. **Apoyos para visión baja o subnormal.**
6. **Aniseiconía (trastorno ocular que genera imágenes de diferente tamaño entre las retinas).**
7. **Cualquier tipo de examen o análisis necesario para detectar alteraciones en el campo visual.**
8. **Tomografías.**
9. **Angiografía fluorescente.**
10. **Reemplazo de Armazones o Lentes como consecuencia de extravío, robo, maltrato o rotura.**
11. **Tratamientos adicionales a los Anteojos que no sean utilizados para la corrección de la visión, tales como los tratamientos antirreflejantes, antirrayas, ultravioletas, de protección solar o cualquier otro que tenga por finalidad motivos estéticos.**
12. **Anteojos comprados con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza de Seguro o con anterioridad a la fecha de inicio de la cobertura de los Asegurados, o con posterioridad a la terminación de la vigencia de la cobertura del Asegurado o de la Póliza de Seguro.**
13. **Medicamentos.**
14. **Ningún servicio que no esté especificado dentro de los Servicios Ópticos cubiertos por el Plan Contratado.**

**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 16 de junio de 2010, con el número CNSF-H0714-0037-2010.**

## 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 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.

# Folleto



**Derechos Básicos**  
**Gastos Médicos**

## Folleto de Derechos Básicos de los Contratantes Asegurados y Beneficiarios

### 1. CONOCE TUS DERECHOS ANTES Y DURANTE LA CONTRATACIÓN DE TU SEGURO

En **DENTEGRA** nos interesa tu bienestar y satisfacción con nuestros servicios, es por esto que te damos a conocer tus Derechos como Contratante, Asegurado o Solicitante y Beneficiario de nuestros servicios.

Tus derechos antes y durante la contratación de tu Póliza de Seguro son:

- I. Solicitar a los agentes, o a los empleados y apoderados de las personas morales que, sin ser agentes de seguros, hayan promocionado o vendido la Póliza de Seguro, la identificación que los acredite como agentes o bien, como personas morales que, sin ser agentes, les sea permitido la promoción o venta de seguros.
- II. Solicitar se te informe el importe de la Comisión o Compensación Directa que le corresponda a los agentes o a las personas morales que, sin ser agentes de seguros, promocionen o vendan seguros.
- III. Recibir toda información que te permita conocer las Condiciones, alcances, conservación y terminación de aseguramiento pactadas en el Contrato de Seguro.
- IV. Derecho a que en caso de someterte a un examen médico no se aplicará la cláusula de Preexistencia respecto de Enfermedad o padecimiento relativo al tipo de examen que se le ha aplicado objeto del Seguro.

### 2. TUS DERECHOS AL OCURRIR UN SINIESTRO

En caso de hacer uso de nuestros servicios como beneficiario del Seguro tendrás los siguientes derechos amparados en la Póliza:

- I. Recibir el pago de las prestaciones procedentes en función al Límite Anual (la Suma Asegurada), aunque la Prima del Contrato de Seguro no se encuentre pagada, siempre y cuando no se haya vencido el Periodo de Gracia pactado para el pago de la Prima de Seguro.
- II. Cobrar una indemnización por mora a **DENTEGRA** si no cumple con la obligación de resarcir o pagar la indemnización procedente, dentro de un plazo de treinta (30) días naturales, una vez de haber recibido de manera completa los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido reportadas.
- III. En caso de controversia podrás solicitar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros la emisión de un dictamen técnico, si las partes no se sometieron a su arbitraje.

### **3. ALCANCE DE LA COBERTURA CONTRATADA**

**DENTEGRA** se obliga, mediante el pago de la Prima, a cubrir de manera directa o a reembolsarte, los Gastos 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 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.

Para reporte de siniestro y servicios  
de asistencia llama al

**01 800 201 6764**

en donde recibirás atención rápida y personalizada  
las 24 horas los 365 días del año.

Para mayor información llama a nuestro

**Centro de Atención Telefónica**

**01 800 837 1133**

de lunes a viernes de 8:00 a.m a 8:00 p.m.  
o consulta [www.segurosbanorte.com.mx](http://www.segurosbanorte.com.mx)