

Guía del Asegurado Dentegra

Seguro de Gastos Médicos Dental Plan Allianz Dental- Red Cerrada

El presente documento y las Condiciones Generales contienen, en conjunto, los términos y condiciones del Plan de Seguro.

La **compañía Especializada** a la que haremos referencia será Dentegra Seguros Dentales, S.A.

Resumen de Beneficios Cubiertos

La **compañía especializada** 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		Allianz Dental Copago ¹
Servicios Básicos (Evaluación Oral, rayos X, limpiezas, restauraciones con amalgamas y resinas)	Profilaxis (Limpieza), Evaluación oral	0%
	Restauración con Amalgamas y Resinas Rayos X	20%
Procedimientos Quirúrgicos Menores (Extracciones simples y otros Procedimientos menores)		20%
Endodoncias (Remoción de nervio dental)		20%
Remoción de Terceros Molares y Procedimientos Quirúrgicos Complejos (Extracción de muelas del juicio y otros Procedimientos complejos)		No Incluido
Periodoncia (Tratamiento de la Enfermedad de encías y hueso)		No Incluido
Coronas y Prostodoncia (Coronas, puentes y dentaduras parciales y completas)		No Incluido
Límite Anual² por persona		\$130,000

En caso de requerir una Placa Panorámica deberás acudir a un gabinete radiológico que realice este tipo de estudios y 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 de **La compañía especializada**.

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 **La compañía especializada**. 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 **La compañía especializada** 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 ³ del Dentista por el Tratamiento Dental	\$2,000
Copago 20% (a cargo del Asegurado)	\$400
La compañía especializada pagará al Dentista	\$1,600

3. El **Honorario Máximo** es la cantidad máxima que **La compañía especializada** pagará al Dentista por concepto de honorarios por cada Procedimiento o Tratamiento realizado, de acuerdo con el Plan Contratado.



DETALLE DE BENEFICIOS CUBIERTOS

A continuación, se describen de manera genérica los Beneficios Cubiertos y deberás consultar cuáles se encuentran amparados de acuerdo con el Plan Dental que hayas contratado. **Verifica las limitaciones en la sección de Limitaciones a los Beneficios.** En caso de tener alguna duda respecto a los Procedimientos específicos, contáctanos y con gusto te atenderemos.

I. Servicios Básicos (Evaluación Oral, rayos X, limpiezas, restauraciones con amalgamas y resinas)

Descripción del Tratamiento o Procedimiento Dental	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
Placa Panorámica	Una en cinco años
Serie Radiográfica	Una en cinco años
Profilaxis (limpieza)	Una en cualquier periodo de seis meses
Amalgamas	Una cada tres años por cada diente o superficie
Resinas en dientes anteriores	Una cada tres años por cada diente o superficie
Resinas en dientes posteriores	Una cada tres años por cada diente o superficie

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

Descripción del Tratamiento o Procedimiento Dental	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	No aplica limitación
Biopsia de tejido oral, duro y blando	Una cada doce meses (sin costo de laboratorio)
Incisión y drenaje de abscesos (tejido blando intraoral)	No aplica limitación
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 o Procedimiento Dental	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
Retratamiento de terapia de conducto radicular (endodoncia) en diente anterior, premolar o molar	Una por cada diente
Apexificación / Recalcificación	Una por cada diente

Descripción del Tratamiento o Procedimiento Dental	Alcance del Beneficio
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 cuarenta y ocho (48) horas de anticipación, comunicándote a nuestro Centro de Contacto al número 55 5002 3102;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indícanos tres opciones de horario, ubicación de preferencia o en su caso, elige un Dentista de nuestra red* • Recibirás una confirmación de cita en un lapso no mayor a 2 (dos) días hábiles <p>*Si quieres elegir a un Dentista de nuestra Red antes de coordinar la cita:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En la APP Móvil DENTEGRA® (descárgala en Android o IOS sin costo) • O en nuestro portal dentegra.com.mx, en la opción "Encuentra un Dentista" o activando el "Chat para asegurados" <p>En caso de ser necesario, te remitirá con un especialista (Ortodoncista, Cirujano Maxilofacial, Endodoncista, Periodoncista). Los menores de 14 años podrán acudir con un Odontopediatra.</p> <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"> • Nombre completo • Fecha de nacimiento • Número de Póliza • Parentesco • Correo electrónico y/o número de teléfono de contacto
2.	Acude de iniciar un Tratamiento, pregunta a tu Dentista si está cubierto por tu Plan.
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 DENTEGRA en los siguientes casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para asegurarte de que el Procedimiento tenga cobertura • Para saber si el Tratamiento rebasa tu Límite Anual contratado • Para poder planear tu pago por anticipado <p>*La predeterminación de costos es el procedimiento mediante el cual DENTEGRA 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.	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.
5.	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.

¿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 **55 5002 3102** y, del interior de la República sin costo de larga distancia al **800 347 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 **La compañía especializada** 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 de **La compañía especializada** 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 de **La compañía especializada** 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 **La compañía especializada** y de nuestros Dentistas afiliados.

Es muy sencillo solicitar apoyo, sigue los siguientes pasos:

1. Comunícate al Centro de Contacto de **La compañía especializada** 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 Tratamientos o Procedimientos dentales. En todos los casos en los que el Asegurado se someta a un Plan de Tratamiento Dental más costoso o distinto de los Tratamientos o Procedimientos dentales cubiertos por la Póliza de Seguro, **La compañía especializada** únicamente pagará el porcentaje aplicable al Honorario Máximo del Tratamiento o Procedimiento Dental alternativo menos costoso, únicamente si el Tratamiento o Procedimiento Dental 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 Dental alternativo queda a cargo del Asegurado. Dentro de dichos Planes de Tratamiento Dental alternativos se incluyen, entre otros, técnicas especializadas que lleven oro, aditamento de precisión parcial, sobre-dentaduras o dentaduras superpuestas, Implantes, dentaduras de precisión, personalización o caracterización como son joyas, hombros en coronas o cualquier otro medio de cobro de Tratamientos o Procedimientos dentales en componentes individuales cuando la costumbre es pagarlos como parte de un Tratamiento o Procedimiento Dental general, de acuerdo a los estándares generalmente aceptados en la Práctica Dental.
2. Limitaciones en Beneficios de Restauraciones. Si un diente puede ser restaurado con amalgama o composite con base de resina, pero el Asegurado y el Dentista seleccionan otro tipo de restauración o material, **La compañía especializada** 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. **La compañía especializada** 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, **La compañía especializada** 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. **La compañía especializada** 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 una 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 las radiografías o fotografías preoperatorias y postoperatorias para que proceda el pago.
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 **La compañía especializada**.

PERIODO DE BENEFICIO: La compañía especializada 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: La compañía especializada pagará al Asegurado 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 10 de noviembre de 2023, con los números CNSF-S0003-0271-2023/ CONDUSEF-001465-23;CNSF-S0003-0272-2023/CONDUSEF-001464-21;CNSF-S0003-0273-2023/CONDUSEF-001463-23;CNSF-S0003-0274-2023/CONDUSEF-002662-20;CNSF-S0003-0264-2023/ CONDUSEF-005108-04.

SONREIR ES FACIL[®]



Descarga sin costo la
aplicación móvil Dentegra[®]









Ciudad de México
55 5002 3102

Interior de la República sin costo de larga distancia
800 347 1111

Allianz México, S.A. Compañía de Seguros
Bvd Manuel Ávila Camacho 164, Col Lomas
de Barrilaco. CDMX 11010.

Tel. 55 5201 3100
Lada sin costo: 800 1111 200

 allianz.com.mx |  [@allianzmexico](https://www.instagram.com/allianzmexico) |  [@allianzmexico1](https://www.facebook.com/allianzmexico1)
 [Allianz México](https://www.linkedin.com/company/allianz-mexico) |  [@allianzmexico](https://www.tiktok.com/@allianzmexico) |  [@AllianzMexicoTV](https://www.youtube.com/@AllianzMexicoTV)