

**Fortalezca su salud dental.**

**MetLife®**



**Seguro Dental Gastos Médicos  
Plan Integral - Red Cerrada**



Servicio operado por:  **DENTEGRA®**  
Seguros Dentales

# Seguro Dental Gastos Médicos Plan Integral - Red Cerrada

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

## RESUMEN DE BENEFICIOS CUBIERTOS

Beneficios Cubiertos	Copago
<b>Servicios Básicos</b> (Evaluación, rayos X, limpiezas y tratamiento para caries con amalgamas y resinas)	<b>0%</b>
<b>Procedimientos Quirúrgicos Menores</b> (Extracciones simples y otros procedimientos menores)	<b>0%</b>
<b>Endodoncias</b> (Remoción de nervio dental)	<b>0%</b>
<b>Remoción de Terceros Molares y Procedimientos Quirúrgicos Complejos</b> (Extracción de muelas del juicio y otros procedimientos complejos)	<b>0%</b>
<b>Límite Anual por persona</b>	<b>\$120,000</b>

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

Usted cuenta con un Plan con acceso a la Red Cerrada, por lo que solamente podrá acudir con Dentistas de la Red Dentegra.

El Copago es una cantidad fija que el Asegurado debe pagar al Dentista por cada Tratamiento Cubierto por el seguro y se calcula aplicando el porcentaje indicado al Honorario Máximo que el Dentista de la Red tiene pactado con Dentegra.

En caso de Urgencia, y solamente cuando Dentegra no cuente con un Dentista de la Red Dentegra disponible en el lugar de residencia o de trabajo, o en una población a un máximo de 70 kilómetros de los lugares antes mencionados, o en una población a 45 minutos de traslado por carretera del lugar de residencia o de trabajo, usted podrá acudir con un Dentista fuera de la Red Dentegra para obtener servicios de Urgencia, y Dentegra únicamente reembolsará aquellos Tratamientos que se consideren necesarios y directamente relacionados con la Urgencia. Es necesario para el reembolso que usted presente tanto las radiografías previas al Tratamiento como las posteriores al mismo. Para consultar el procedimiento de reembolso o verificar la disponibilidad de los Dentistas de la Red Dentegra en caso de Urgencia, favor de comunicarse a nuestro Centro de Contacto MetLife.

## ¿CÓMO USO MI SEGURO?

1	<p><b>Elija a su Dentista de nuestra Red.</b> Para su primera consulta deberá seleccionar a un Dentista General quien, en caso de ser necesario, lo remitirá con un especialista. Los menores de 14 años podrán acudir con un odontopediatra. Puede consultar nuestra lista de Dentistas afiliados en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Internet: <b>dentegra.com.mx</b></li> <li>• Llamando al Centro de Contacto MetLife: D.F. y Área Metropolitana al <b>5328 7000</b> y larga distancia sin costo al <b>01 800 00 METLIFE (6385433)</b></li> <li>• Directorio dental</li> </ul>
2	<p><b>Solicite una cita</b> llamando directamente al consultorio del Dentista seleccionado. Informe <b>a la asistente o al Dentista que es un Asegurado de Dentegra</b> y proporcione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre completo</li> <li>• Número de Póliza</li> <li>• Número de certificado</li> <li>• Fecha de nacimiento</li> <li>• Teléfono</li> </ul>
3	<p><b>Acuda puntualmente a su cita</b> y muestre la credencial de su aseguradora, así como una identificación oficial. Le sugerimos preguntar a su Dentista cómo lo puede contactar en caso de Emergencias o Urgencias.</p>
4	<p>Antes de iniciar un Tratamiento, <b>asegúrese de preguntar a su Dentista si está cubierto en el Plan contratado.</b> Si se va a realizar algún Tratamiento costoso o de larga duración <b>es recomendable solicitar una Predeterminación de Costos a Dentegra</b> para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asegurarse de que el Procedimiento tenga cobertura</li> <li>• Saber si el Tratamiento rebasa su Límite Anual</li> <li>• Poder planear su pago por anticipado</li> </ul> <p>Solicite a su Dentista tramitar una Predeterminación de Costos con Dentegra. La respuesta a su solicitud le será enviada a su Dentista.</p>
5	<p><b>Pague al Dentista el Copago correspondiente</b> (se calcula aplicando el porcentaje indicado al Honorario Máximo del Dentista).</p>

## BENEFICIOS CUBIERTOS

A continuación se describen de manera genérica los Beneficios Cubiertos y usted deberá consultar cuáles están cubiertos de acuerdo al Plan Dental que haya contratado. En caso de tener alguna duda respecto a los Procedimientos específicos, contáctenos y con gusto lo atenderemos.

- I. **Servicios Básicos (Evaluación, rayos X, limpiezas y tratamiento de caries)**
  - 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

**Verifique las limitaciones a Radiografías en la sección de Limitaciones a los Beneficios**

- Profilaxis (Limpieza): una en cualquier periodo de seis meses
- Amalgamas: por cada diente o superficie, una, cada tres años
- Resinas en dientes anteriores: por cada diente o superficie, una, cada tres años
- Resinas en dientes posteriores: por cada diente o superficie, una, cada tres años. **Verifique las limitaciones en la sección de Limitaciones a los Beneficios**

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

- Extracción de restos coronales en dientes deciduos: por cada diente, una. No se cubren extracciones por indicación ortodóntica
- Extracción de diente o raíz expuesta (elevación y/o remoción con fórceps): por cada diente, una
- 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. **Verifique las limitaciones en la sección de Limitaciones a los Beneficios**

## III. Endodoncia (Remoción de nervio dental)

- Pulpotomía terapéutica: por cada diente, una (sólo en dientes primarios)
- Terapia de conducto radicular en diente anterior, premolar o molar: por cada diente, una
- Retratamiento de terapia de conducto radicular (endodoncia) en diente anterior, premolar o molar: por cada diente, una
- Apexificación/recalcificación: por cada diente, una
- Cirugía de apicectomía/perirradicular en diente anterior, premolar o molar: por cada diente, una
- Obturación retrógrada por raíz: por cada diente, una
- Amputación radicular: por cada diente, una
- Hemisección

## IV. Remoción de Terceros Molares y Procedimientos Quirúrgicos Complejos (Extracción de muelas del juicio y otros procedimientos complejos)

- Remoción quirúrgica de diente expuesto, que requiere la elevación del colgajo del mucoperiostio y remoción ósea y/o sección del diente: por cada diente, una
- Remoción de diente impactado en tejido blando, parcialmente cubierto por hueso o completamente cubierto por hueso: por cada diente, una
- Remoción quirúrgica de residuos de raíces de dientes: por cada diente, una
- Cierre de fístula oroantral: por cada diente, uno
- Cierre primario de un seno perforado: por cada diente, uno
- Alveoloplastia: por cada diente, una
- Vestibuloplastia
- Remoción de exostosis lateral, de torus palatino y torus mandibular
- Reducción quirúrgica de tuberosidad ósea
- Incisión y drenaje de abscesos en tejido blando intraoral y extraoral. **Verifique las limitaciones en la sección de Limitaciones a los Beneficios**
- Remoción de cuerpos extraños
- Ostectomía parcial/secuestrectomía para la remoción de hueso no vital
- Sinusotomía maxilar para la remoción de fragmentos de dientes o cuerpos extraños
- Frenilectomía y frenuloplastia
- Escisión de tejido hiperplásico y de encía pericoronar
- Reducción quirúrgica de tuberosidad fibrosa

## CONDICIONES BÁSICAS DEL SEGURO

**Preexistencia:** La Póliza de Seguro cubrirá los gastos por servicios dentales de todos aquellos Asegurados cuya sintomatología de su padecimiento haya comenzado en fechas anteriores al inicio de la vigencia del Contrato de Seguro, siempre y cuando no haya iniciado Tratamiento alguno en el Asegurado algún Dentista no autorizado por Dentegra.

**Periodo de Beneficio:** Dentegra reembolsará los gastos cubiertos a partir de la fecha de la primera erogación efectuada por el Asegurado y hasta el Límite Anual, siempre y cuando el siniestro ocurra durante la vigencia del Contrato, de conformidad con las Condiciones Generales.

**Prescripción:** Todas las acciones que se deriven del Contrato de Seguro prescribirán en 2 (dos) años contados a partir de la fecha en que suceda el hecho o acontecimiento que le dio origen. Dicho plazo se suspenderá en los casos previstos por: **A)** los artículos 82 y 84 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, y **B)** el artículo 66 de la Ley de Protección y Defensa del Usuario de Servicios Financieros.

**Cuantía de la Indemnización:** Dentegra 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 al porcentaje establecido en este documento.

## EXCLUSIONES

**La Póliza de Seguro en ningún caso cubrirá los gastos originados por:**

- 1. Tratamientos o materiales por malformaciones óseas congénitas y Tratamientos de hipoplasia del esmalte (falta de desarrollo).**
- 2. Tratamientos que 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 a 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 a los estándares generalmente aceptados en la práctica dental.
12. Servicios prestados o materiales suministrados después de la terminación de la vigencia de la Póliza de Seguro.
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 a 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.**

## 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 sólo 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 a 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: joyas y hombros en coronas, o el cobro de componentes individuales cuando la costumbre es pagarlos como parte de un Procedimiento 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, 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 apoyos de diagnóstico. 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 1 (una) cada 5 (cinco) años, las radiografías panorámicas acompañadas por radiografías de aleta de mordida están limitadas a 1 (una) cada 5 (cinco) años. Las radiografías de aleta de mordida están limitadas a 4 (cuatro) por año. Las radiografías periapicales están limitadas a 4 (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. Las evaluaciones orales, incluyendo visitas para observación y consultas, están limitadas a 1 (una) evaluación oral cada año. Dentegra pagará 1 (una) sola vez al año por cualquier combinación de los Procedimientos de evaluación oral periódica y evaluación oral completa.
5. Las profilaxis están limitadas a 2 (dos) al año.
6. Limitación a las resinas en dientes posteriores. Se cubren las resinas de 1 (una) y 2 (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%; se deben presentar radiografías o fotografías preoperatorias y postoperatorias para que proceda el pago.
7. Limitación de Procedimientos quirúrgicos menores. El Procedimiento de raspado y alisado para los planes que no incluyan la cobertura de periodoncia aplican únicamente en pacientes mayores de 35 años con problemas periodontales evidentes (con bolsas periodontales de 5 mm o más). Deberán realizarse por un periodoncista y se cubrirán un máximo de 2 (dos) cuadrantes por año.
8. En incisión y drenaje de abscesos complicados se excluye la Angina de Ludwig.

La documentación contractual y la Nota Técnica que integran este producto están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro CNSF-H0714-0034-2010 con fecha 04/08/2010.



Para atención al Asegurado y acceso a la Unidad Especializada de Consultas y Reclamaciones:  
Centro de Contacto MetLife: D.F. **5328 7000** y larga distancia sin costo **01 800 00 METLIFE (6385433)**  
de lunes a viernes de 8:00 a 22:00 horas, sábados y domingos de 8:00 a 20:00 horas.

Atención de Urgencias las 24 horas.

Correo electrónico: [segurodental@dentegramx.com](mailto:segurodental@dentegramx.com) Página web: [dentegra.com.mx](http://dentegra.com.mx)

En nuestras oficinas de lunes a viernes de 8:00 a 17:00 horas en Insurgentes Sur 863 piso 5,  
Colonia Nápoles, C.P. 03810, México, D.F.

Si usted tiene alguna duda con respecto a los términos dentales, visite nuestra página en Internet:  
[dentegra.com.mx](http://dentegra.com.mx)

El Asegurado podrá consultar en nuestra página de Internet:

- El Aviso de Privacidad de Dentegra Seguros Dentales, S.A., que podrá estar sujeto a cambios.
- Los derechos de los pacientes.

# MetLife®

Cuidamos lo que amas de la vida.

MetLife México, S.A.

Bld. Manuel Ávila Camacho No. 32, Piso SKL, 14 a 20 y PH  
Col. Lomas de Chapultepec, C.P. 11000, Delegación Miguel Hidalgo  
México, D.F.

Tel. 5328 7000 / 01800 00 METLIFE (6385433)

[www.metlife.com.mx](http://www.metlife.com.mx)

---

Los servicios son ofrecidos por MetLife México, S.A. a través del proveedor Dentegra Seguros Dentales, S.A. con base en las condiciones generales del producto registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, bajo el registro número CNSF-H0714-0034-2010 con fecha 04/08/2010.