

# Condiciones Generales

Beneficio Adicional  
CoberturaDental para Empresas



## **Todo empieza con una sonrisa...**

Queremos que cuides todo de ti y eso incluye tu salud dental, que nunca te falte nada para sentirte bien y, sobre todo, queremos que el cuidado de tus dientes sea el complemento perfecto para que vivas una vida sana en todos los sentidos.

# 05

**Definiciones**

# 08

**Descripción de la  
CoberturaDental para  
Empresas**

# 07

**Características de la  
CoberturaDental para  
Empresas**

**Alcance** Esta Cobertura Adicional está ligada a la Cobertura Básica conforme lo establecido en el Contrato. Al aparecer este beneficio como contratado en la Carátula, Endoso y/o Certificado individual correspondiente, se extiende la Cobertura Adicional descrita en este documento.

## **Definiciones**

Para la interpretación y cumplimientos del Contrato, se adoptan las definiciones descritas en esta sección; en adición a las descritas en las Condiciones Generales de la Cobertura Básica.

### **Amputación Radicular**

Procedimiento dental en el cual se extrae la raíz de una pieza con una o varias raíces.

### **Apicectomía**

Procedimiento dental que tiene como finalidad extraer la punta de la raíz del diente a causa de una infección.

### **Aplicación tópica de flúor**

Sustancia que se aplica a las piezas dentales para evitar futuras lesiones por caries.

### **Colaborador**

Socio o Socia que es miembro de la Colectividad Asegurada y que tiene una relación laboral comprobable con el Contratante.

### **Contratante**

Empresa que celebra el Contrato con Sofía, para obtener las coberturas en favor del Socio o de la Socia y quien se compromete a realizar el pago de las Primas.

### **Dependientes o Familiares**

Personas que reciben el seguro de Sofía gracias a una relación familiar con el Colaborador. El Contratante decidirá a discreción qué tipo de relación familiar deben tener para ser aceptados y considerados como Socios o Socias, siempre y cuando cumplan con los requisitos de aceptación que Sofía establezca.

### **Dientes Deciduos o Dientes de Leche**

Dientes infantiles y temporales previos a la dentadura final.

### **Endodoncia**

Procedimiento dental que tiene como finalidad conservar uno o varios dientes mediante el tratamiento de los conductos o raíces dentales.

### **Exodoncia**

Cirugía oral en la que se extrae un diente completo o una parte del mismo porque tiene una enfermedad o infección dental.

**Frenilectomía Labial**

Procedimiento quirúrgico que elimina o modifica la inserción del frenillo labial

**Frenilectomía Lingual**

Procedimiento quirúrgico que elimina o modifica la inserción del frenillo lingual.

**Pulpotomía**

Extirpación quirúrgica de la porción nerviosa que se encuentra en la corona del diente así como el tratamiento para la preservación de las porciones radiculares.

**Radiografía Interproximal Intraoral**

Radiografía para el examen interproximal donde aparecen dientes superiores e inferiores.

**Radiografía Periapical Intraoral**

Radiografía para el examen de la pieza dental completa y las estructuras que la rodean.

**Resina Fotopolimerizable**

Mezcla plástica del color del diente que se usa para rellenar cavidades dentales.

**Urgencia dental**

Situación en la que hay una necesidad de tratamiento dental para eliminar dolor intenso y/o los tratamientos que se requieran para contener hemorragias.

## **Características de la CoberturaDental para Empresas**

El Beneficio Adicional llamado “CoberturaDental para Empresas” (en lo sucesivo “CoberturaDental para Empresas” o “Cobertura Adicional”) tiene las siguientes características:

### **Criterios de aceptación**

Esta Cobertura Adicional aplica únicamente para los Socios o Socias que cumplan las siguientes condiciones:

- ① Edad mínima de aceptación: 2 años
- ② Edad máxima de aceptación: 65 años
- ③ Edad máxima de renovación: 100 años

### **Forma de pago de Prima**

La forma de pago deberá ser la misma a la pactada en la Cobertura Básica y se especificará en la Carátula de la CoberturaDental.

### **Vigencia de la cobertura**

La vigencia de esta cobertura será de máximo un año y la fecha de fin de vigencia será la misma que tenga la Cobertura Básica. Después de ese periodo podrá renovarse de acuerdo con las características de las presentes Condiciones Generales.

## **Descripción de la CoberturaDental para Empresas**

### **1. Descripción General**

La CoberturaDental para Empresas tiene como objetivo brindar los servicios de salud dental y sus complicaciones, de conformidad con las presentes Condiciones Generales.

### **2. Características de la Colectividad Asegurada**

Sofía solo otorgará la Cobertura Adicional ofrecida por el contrato a personas que tengan una relación laboral o de prestación de servicios, vigente y comprobable con El Contratante. Se podrán incluir también a sus Dependientes o Familiares si así lo requiere.

### **3. Términos y Condiciones**

La CoberturaDental para Empresas estará sujeta a los siguientes términos y condiciones:

- 3.1 El Coaseguro será pagado directamente por el Socio o la Socia al odontólogo tratante que sea parte de la red del proveedor de servicios con el que tenga convenio Sofía.
- 3.2 Para recibir la atención dental, el Socio o la Socia deberá presentar su credencial de identificación de la CoberturaDental para Empresas, provista por Sofía y el proveedor de servicios, así como una identificación oficial vigente con fotografía.



La Cobertura Anual se encuentra señalada en la Carátula del plan e incluye lo siguiente:

	BENEFICIOS	COASEGURO	COBERTURA ANUAL
<b>Tratamiento preventivo y de diagnóstico</b>	· Limpieza dental	No tiene costo adicional	2 al año con 6 meses de diferencia entre cada una.
	· Evaluación oral · Radiografía Periapical Intraoral · Radiografía Interproximal Intraoral		
	· Aplicación tópica de flúor o sellador		
<b>Tratamiento restaurativo</b>	· Restauración dental con Resina · Fotopolimerizable con recubrimiento en diente anterior en 1, 2 o 3 caras y en diente posterior en 1 cara.	Especificado en la Carátula y en el Certificado individual de la CoberturaDental para Empresas	Especificada en la Carátula y en el Certificado individual de la CoberturaDental para Empresas
<b>Odontopediatría</b>	· Aplicación de sellador · Restauración dental con Resina · Fotopolimerizable con recubrimiento en diente anterior o posterior en 1, 2 o 3 caras · Pulpotomía · Exodoncia simple de Dientes de leche		
<b>Endodoncia</b>	· Endodoncia en dientes con una o más raíces que necesiten tratamiento · Tratamiento de ápice incompleto		
<b>Cirugías</b>	· Exodoncias simples y de raíz residual · Biopsias de la cavidad oral · Frenilectomía Labial o Lingual · Apicectomía de dientes con una o más raíces · Amputación Radicular sin obstrucción de retroceso (por raíz)		
<b>Urgencia dental</b>	Consulta de Urgencia dental	No tiene costo adicional	

#### **4. Proveedor de servicios**

Las coberturas amparadas por la CoberturaDental para Empresas, se proporcionarán a través de la red médica de odontólogos del proveedor de servicios con el cuál Sofía ha celebrado un contrato, la cuál se puede consultar en el Folleto Explicativo de esta Cobertura.

#### **5. Servicios proporcionados fuera de la Red**

En caso de una Urgencia Dental, el Socio o la Socia, podrá asistir al dentista u odontólogo más próximo, sin importar si es parte de la red mencionada en el punto 3. En estos casos el pago de los servicios será a través de un reembolso, para el cuál el Socio o la Socia deberá de proporcionar a Sofía los siguientes documentos.

- 5.1 Facturas a nombre del Socio o la Socia y recibos originales de los gastos incurridos
- 5.2 Radiografías previas y posteriores al tratamiento

Adicionalmente a esto, Sofía podrá solicitar más documentación o información que le permita tener un conocimiento más profundo del servicio otorgado.

#### **6. Exclusiones**

- 6.1 **Tratamientos que no estén especificados en la tabla de Coberturas del punto 2.**
- 6.2 **La CoberturaDental para Empresas solo incluye los honorarios de los Odontólogos, quedando excluidos los medicamentos, y los conceptos no incluidos en la tabla de coberturas indicada en el punto 2.**
- 6.3 **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.**
- 6.4 **Accidentes ocurridos antes de la fecha de inicio de vigencia de esta cobertura.**
- 6.5 **Tratamientos proporcionados por un Dentista u Odontólogos fuera de la red prevista por Sofía, únicamente se cubrirán estos servicios en caso de Urgencia Dental.**

- 6.6 Retratamiento de endodoncia, solo se cubrirá una sola vez por pieza dental durante la vigencia de la Póliza y en caso de fractura únicamente se cubrirá la extracción.
- 6.7 Tratamientos hospitalarios, anestesia general o sedaciones, gastos hospitalarios o complicaciones de tratamientos que no estén cubiertos en la Cobertura Base.
- 6.8 Obturaciones de desgaste incisales y/o cervicales.

**Aplican las exclusiones descritas en las Condiciones Generales de la Cobertura Básica.**

## **7. Bajas**

En caso de que se solicite cancelar la Cobertura antes del fin de su vigencia, Sofía únicamente devolverá la prima pagada no devengada cuando la forma de pago sea anual.

**“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 seguros quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 02 de Septiembre de 2022 con el número BADI-H0717-0004-2022 y ante la CONDUSEF con el número CONDUSEF-005537-01.”**