

# Condiciones Generales

Beneficio Adicional CoberturaDental



## **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

# 07

Descripción de la  
CoberturaDental

# 06

Características de la  
CoberturaDental

**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.

**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.

**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.

**Resina**

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 la supresión del dolor intenso y/o los tratamientos que se requieran para contener hemorragias.

## **Características de la CoberturaDental**

El Beneficio Adicional llamado “CoberturaDental” (en lo sucesivo “CoberturaDental” 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: 100 años
- ③ Edad máxima de renovación: 100 años

### **Periodo de espera**

Para hacer uso de la cobertura, el Socio o la Socia deberá pasar por un periodo de espera de 30 días, éste no aplica en los procedimientos que se consideren como Urgencia dental, ni en las limpiezas dentales.

### **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 vigencia será la misma que tenga la Cobertura Básica. Después de ese periodo podrá ser renovada de acuerdo con las características de las presentes Condiciones Generales.

## Descripción de la CoberturaDental

### 1. Descripción General

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

### 2. Términos y Condiciones

La CoberturaDental estará sujeta a los siguientes términos y condiciones:

- 2.1 Esta cobertura y todos sus servicios, serán otorgados a través de Odontoprev (Institución de Seguros Especializada en Salud, con números de registro ante la CNSF-H0715 y CONDUSEF-22715), con la cual Sofía ha celebrado un contrato.
- 2.2 Sofía proporcionará al Socio o Socia las Condiciones Generales, credenciales de identificación y las Carátulas de Odontoprev, en las que se especifican el alcance y limitaciones de la cobertura.
- 2.3 Los tratamientos incluidos en esta cobertura serán pagados directamente por Odontoprev al dentista tratante.
- 2.4 El Coaseguro será pagado directamente por el Socio o Socia al dentista tratante que sea parte de la red de Odontoprev.
- 2.5 Para recibir la atención dental, el Socio o Socia deberá de presentar su credencial de identificación de Odontoprev así como una identificación oficial vigente con fotografía.

La cobertura anual se encuentra señalada en la Carátula de la CoberturaDental e incluye lo siguiente:

	BENEFICIOS	COASEGURO	COBERTURA ANUAL
<b>Tratamiento preventivo</b>	Limpieza dental	No tiene costo adicional	Especificada en la Carátula de la CoberturaDental
	Evaluación oral Radiografía intraoral	No tiene costo adicional	
	Aplicación tópica de flúor o sellador	Paga el 30% de los servicios	
<b>Tratamiento restaurativo</b>	Restauración dental con resina	Paga el 30% de los servicios	
<b>Endodoncia</b>	Endodoncia en dientes con una o más raíces que necesiten tratamiento	Paga el 30% los servicios	
<b>Cirugías</b>	Exodoncias y apicectomías	Paga el 30% los servicios	
<b>Urgencia dental</b>	Consulta de urgencia dental	No tiene costo adicional	

Para conocer el detalle de alcance y limitaciones de los servicios cubiertos, el Socio o Socia podrá consultar la Carátula y Condiciones Generales de Odontoprev.

### 3. Prevalencia

En caso de duda o contraposición entre las condiciones y derechos reconocidos en la presente Cobertura Adicional, y las establecidas en la Cobertura Básica, en todo momento deberán prevalecer las del beneficio otorgado en el presente documento, siempre y cuando esto no resulte en la disminución de los derechos del Socio o Socia.

### 4. Bajas

En caso de que se solicite cancelar la Cobertura antes del fin de su vigencia, Sofía no hará devolución de la prima.



**“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 12 de mayo de 2022 con el número BADI-H0717-0002-2022 y ante la CONDUSEF con el número CONDUSEF-005323-01.”**