

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

Son las personas que reciben el seguro de Sofía gracias a una relación familiar y/o de tutela con el Colaborador.

La relación que Sofía permite considerar como dependiente de los Colaboradores son: Cónyuge/Concubino, Hijos, Tutelados y Padres; relación que Sofía podrá validar con la solicitud de documentos que la acreditan, como por ejemplo: Acta de Nacimiento, Acta de Matrimonio, Declaración de Concubinato, o cualquier otro documento emitido por autoridad competente.

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
Tratamiento preventivo y de diagnóstico	· 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		
Tratamiento restaurativo	· 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
Odontopediatría	· 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		
Endodoncia	· Endodoncia en dientes con una o más raíces que necesiten tratamiento · Tratamiento de ápice incompleto		
Cirugías	· 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)		
Urgencia dental	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 3.**
- 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 3.**
- 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 25 de agosto de 2023 con el número BADI-H0717-0004-2022 y ante la CONDUSEF, a partir del día 07 de septiembre de 2023, con el número CONDUSEF-005537-04.”