

## DETALLE DE LOS SERVICIOS.

### 1) MUERTE ACCIDENTAL

Si como consecuencia de un accidente sufrido por el asegurado y dentro de los 90 (noventa) días naturales siguientes a la fecha del mismo sobreviniere la muerte, MAPFRE pagará a los beneficiarios designados o a falta de éstos, a la sucesión legal del asegurado, hasta la cantidad de \$150,000.00 MXP (ciento cincuenta mil pesos 00/100 MN)

Los requisitos de reclamación de esta cobertura son:

1. Formato de reclamación de reembolso de siniestro.
2. Reporte de accidente o enfermedad.
3. Informe médico.
4. Comprobante de domicilio.
5. Del fallecido:
  - a) Original o copia certificada del acta de defunción.
  - b) Original o copia certificada del acta de nacimiento.
  - c) Original o copia certificada de la identificación oficial (en caso de que el asegurado sea mayor de edad).
6. De los beneficiarios:
  - a) Original o copia certificada del acta de matrimonio en caso de ser casado.
  - b) Original o copia certificada del acta de nacimiento.
  - c) Original o copia certificada de la identificación oficial (en caso de que el beneficiario sea mayor de edad).
  - d) Original o copia certificada del acta de defunción de los beneficiarios que en su caso hayan fallecido.
7. Original de las actuaciones completas del Ministerio Público.
8. Consentimiento con designación de beneficiarios o solicitud con designación de beneficiarios. En caso de no existir designación se pagará a la sucesión legal del asegurado para lo cual será necesario una copia certificada del testamento o del resultado del juicio sucesorio.
9. Formato de identificación y conocimiento del cliente contra lavado de dinero y copia de la identificación oficial, en donde conste fotografía, domicilio y firma del portador.

Para la cobertura de Muerte Accidental la edad mínima de aceptación es de 12 años.

El límite máximo de edad de aceptación para pólizas nuevas es de 69 años.

### 2) INDEMNIZACIÓN POR INCAPACIDAD POR ACCIDENTE

#### A. Incapacidad Total

Si como consecuencia directa de un accidente e independientemente de cualquier otra causa, el asegurado, dentro de los primeros 10 (diez) días naturales contados a partir de la fecha del accidente, sufriera una incapacidad total para el desempeño de todas las labores diarias propias de su ocupación, MAPFRE pagará al asegurado, la indemnización diaria contratada para esta cobertura por cada día de incapacidad total indicado en el certificado de incapacidad expedido por el IMSS o ISSSTE, descontando los días de carencia contratados y hasta un período que no excederá de 365 días de incapacidad.



**BENEASIST**

Beneficios + Asistencias

## **B. Incapacidad Parcial**

Si dentro de los 10 (diez) días naturales siguientes a la fecha del accidente o inmediatamente después de un periodo de incapacidad total cubierta bajo el párrafo anterior, las lesiones sufridas por el asegurado le causaran una incapacidad parcial para desempeñar uno o más deberes diarios propios de su ocupación, MAPFRE pagará al asegurado el cuarenta por ciento de la indemnización diaria contratada, por cada día de incapacidad parcial indicado en el certificado de incapacidad expedido por el IMSS o ISSSTE, descontando los días de carencia contratados y hasta un período que no excederá de 182 días de incapacidad.

El asegurado podrá reclamar hasta 365 días por una incapacidad total y 182 días por una incapacidad parcial siempre y cuando los días de incapacidad sean continuos e ininterrumpidos y no haya un periodo al descubierto y hasta una cantidad máxima de \$150,000.00 MXP (ciento cincuenta mil pesos 00/100 MXP).

Si la póliza no presenta un periodo al descubierto, se continuará pagando la indemnización diaria mientras el asegurado este incapacitado y se encuentre en un periodo de gracia, aplicando un período máximo de cobertura de 30 días de incapacidad, considerando dentro de dicho plazo el periodo de carencia contratado.

Si la póliza se da por terminada a causa de una cancelación por falta de pago o a solicitud del contratante y el asegurado se encuentra incapacitado, se le pagará la indemnización diaria hasta la fecha de cancelación.

Los requisitos de reclamación de esta cobertura son:

1. Reporte de accidente o enfermedad.
2. Informe médico firmado por el médico tratante o en su defecto, expediente clínico completo y estudios por parte del médico tratante.
3. Carta remesa de reclamación con el número de póliza que estaba vigente cuando se hizo el primer gasto consecuencia de la reclamación, así como el número de póliza en la que se encuentra en la actualidad.
4. Comprobante de domicilio.
5. Incapacidades expedidas por el IMSS o ISSSTE en donde se acredite la incapacidad, o en su defecto, el expediente clínico completo y estudios por parte del médico tratante.
6. Formato de dictamen de invalidez ST4 (IMSS).
7. En caso de no ser afiliado a una institución de seguridad social, se requerirá valoración por parte de un médico laboral sugerido por MAPFRE.
8. Formato de identificación y conocimiento del cliente contra lavado de dinero y copia de la identificación oficial, en donde conste fotografía, domicilio y firma del portador.

Para la cobertura de Indemnización por Incapacidad la edad mínima de aceptación es de 18 años. El límite máximo de edad de aceptación para pólizas nuevas es de 69 años.

### **NOTAS:**

- Solo se podrá reclamar una de las dos coberturas de seguro durante la vigencia de la Membresía o Muerte Accidental o Indemnización por Incapacidad por Accidente
- Este es solo un extracto de las Condiciones Generales de los Seguros, para ver las Condiciones completas el Asegurado tendrá que llamar al 01 800 asignado para la obtención del condicionado completo.



**BENEASIST**

Beneficios + Asistencias

- El tiempo de espera para poder reclamar cualquiera de estos dos seguros y el de Beneficios de Asistencia Funeraria es de 30 (días) después de la compra de la membresía.

### **EXCLUSIONES GENERALES DE LOS SEGUROS.**

Este contrato de seguro no cubre y por consiguiente los beneficios no serán pagados por:

- a) Tratamiento médico o quirúrgico que resulten de accidentes sufridos por el asegurado al encontrarse bajo los efectos del alcohol (nivel de alcohol en sangre superior a 0.8 gramos por litro, o la prueba en aire espirado superior a 0.4 miligramos por litro y a falta de esta una evaluación clínica para determinar el grado de intoxicación etílica), drogas, narcóticos o alucinógenos no prescritos como medicamento.
- b) Cualquier gasto realizado por acompañantes del asegurado durante la hospitalización y traslados de éste.
- c) Gastos no relacionados con el tratamiento médico, como los que se mencionan a continuación en forma enunciativa, mas no limitativa: pañuelos desechables, peluquería, lociones corporales, cremas, cosméticos y dermocosméticos, medias, alimentos de acompañante, caja fuerte, depósito en garantía para el hospital, dulcería, estacionamiento, florista, servicio telefónico, renta de reproductor de DVD o Blu-Ray, control de televisión, servicio de librería, periódicos, servicio de restaurante y cafetería, fotografía del bebé, paquete del recién nacido, perforación del lóbulo de la oreja y trámites del registro civil, entre otros.
- d) Infecciones con excepción de las que acontezcan como resultado de una lesión accidental.
- e) Tratamiento médico o quirúrgico recibido fuera de la República Mexicana.
- f) Cirugías de nariz y/o senos paranasales, independientemente de sus causas y/o sus orígenes.
- g) Suicidio o cualquier intento del mismo, consciente o inconsciente, cualquiera que sea la causa o circunstancia que lo provoque.
- h) Cualquier lesión auto infligida.
- i) Mutilación voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental o debido a la inhalación voluntaria de gas de cualquier clase.
- j) La muerte o lesiones sufridas al presentar servicio militar, naval, policíaco o en tiempo de guerra, revoluciones, a consecuencia de riesgos atómicos o nucleares de cualquier índole, alborotos populares, insurrecciones o rebeliones.
- k) Peleas o riñas, salvo en aquellos casos donde las lesiones fueron producidas por asalto o intento de éste, siempre y cuando sean denunciadas ante el Ministerio Público.
- l) Lesiones sufridas como consecuencia de la participación directa del asegurado en actos delictuosos.
- m) La participación del asegurado en actos temerarios o en cualquiera maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendido por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
- n) Hernias y eventraciones.
- o) Envenenamientos de cualquier origen o naturaleza (a excepción de aquellos cuya causa u origen sea un accidente).
- p) Intervenciones quirúrgicas o tratamientos por abortos voluntarios, provocados o inducidos.
- q) Cuando el asegurado viaje en taxis aéreos o en aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y autorizada por la Dirección General de Aeronáutica Civil o por su equivalente en cualquier otro país, para el servicio de transporte regular de pasajeros.
- r) Cuando el asegurado viaje como piloto, mecánico en vuelo o miembro de la tripulación de cualquier tipo de aeronave, distinta a la de una línea comercial.
- s) Participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del asegurado.



**BENEASIST**

Beneficios + Asistencias

- t) Cuando el asegurado viaje como ocupante de algún automóvil o cualquier otro vehículo de carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.
- u) Cuando el asegurado viaje en motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor, utilizados con fines laborales o profesionales.
- v) Las lesiones producidas como consecuencia de la práctica o actividad profesional de cualquier deporte.
- w) Quemaduras de primer y segundo grado, así como las de tercer grado que no abarquen por lo menos el treinta por ciento (30%) de la superficie corporal, medidas por la regla de los nueve (9) de la carta de superficie corporal de LUND Y BROWDER.
- x) La fractura de los huesos no mencionados en la descripción de la cobertura.
- y) Las propias mencionadas en cada cobertura.
- z) Exclusiones que figuren en los endosos anexos a esta póliza.

### **3) GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE**

Si como consecuencia directa de un accidente del Titular y se viera precisado a someterse a tratamiento médico o intervención quirúrgica, hospitalizarse, o hacer uso de los servicios de enfermera, ambulancia o medicinas, MÉXICO ASISTENCIA se hará cargo de la coordinación y pago al prestador por concepto de los gastos de hospitalización, de las intervenciones quirúrgicas, de los honorarios médicos, de los gastos de enfermería y de los productos farmacéuticos prescritos por el Médico que le atienda hasta por la cantidad de \$20,000.00 MN (veinte mil pesos 00/100 MN) y con límite de 1 (un) evento durante la vigencia de la membresía.

#### **EXCLUSIONES MÉDICAS Y HOSPITALARIAS:**

Quedan expresamente excluidos de la prestación de gastos médicos y gastos por accidentes, los siguientes eventos:

- a) Las enfermedades preexistentes, congénitas y/o recurrentes, conocidas o no por el Titular, así como también sus consecuencias y agudizaciones. Las mismas serán determinadas por el departamento médico de la compañía.
- b) La asistencia por enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión voluntaria del alcohol, drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos adquiridos sin prescripción médica.
- c) Afecciones, lesiones y sus consecuencias o complicaciones producto de tratamientos y atenciones no brindadas por profesionales no pertenecientes al equipo médico de la compañía.
- d) Los estados de embarazo, parto, complicación del mismo o interrupción voluntaria del embarazo.
- e) Toda implantación, reposición y/o reparación de artículos de ortopedia, audífonos, lentes, lentes de contactos.
- f) Los trasplantes de cualquier tipo de órganos o tejidos.
- g) Las enfermedades mentales, trastornos psiquiátricos, depresiones o por cualquier tipo de enfermedad mental o nerviosa.
- h) Asistencia médica hospitalaria si el gasto médico se lleva a cabo en contra de la opinión de un médico.
- i) Los chequeos o exámenes médicos de rutina.
- j) Tratamientos cosméticos, cirugía estética o reconstructiva o tratamientos de disminución de peso.
- k) Tratamientos de rehabilitación o terapia de recuperación física que no sea causado por un accidente.



**BENEASIST**

Beneficios + Asistencias

- l) Todo tipo de enfermedades endémicas y/o epidémicas, así también como SIDA, VIH y enfermedades de transmisión sexual (ETS).
- m) Hipertensión arterial y todas sus consecuencias y derivaciones, así como los controles de tensión arterial.
- n) Enfermedades infecciosas, tales como la del sueño, malaria, paludismo, fiebre amarilla y, en general, enfermedades de cualquier naturaleza, desvanecimientos, síncope, ataques de apoplejía, epilepsia o epileptiformes.
- o) Lesiones derivadas de acciones intencionales, tanto en agresiones como contra sí mismo, así como incitación a terceros a cometerlas en perjuicio del Titular.
- p) Las lesiones derivadas de la práctica de deportes de alto riesgo no cubiertos.
- q) Las lesiones producidas por la participación directa o indirecta en manifestaciones y/o protestas.
- r) Las lesiones que sean consecuencia de intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos ocasionados por un accidente no cubierto por el certificado.
- s) Los accidentes considerados legalmente como de trabajo o laborales, consecuencia de un riesgo inherente al trabajo del Titular

#### **4) GASTOS DE HOSPITAL POR ACCIDENTE**

Si durante la vigencia de la membresía y como consecuencia directa de un accidente el asegurado se viera y precise prolongar la estadía por prescripción del médico tratante por un periodo mínimo de 5 (cinco) días y la misma haya sido aceptada y autorizada por el equipo médico de MÉXICO ASISTENCIA, se cubrirán los gastos adicionales derivados de la hospitalización hasta por 5 días y hasta \$200.00 (doscientos pesos 00/100 MN) diarios, siempre y cuando sean continuos e ininterrumpidos.

Este servicio no excederá el límite máximo contratado y tampoco los días naturales señalados en la Membresía.

#### **5) ASISTENCIA FUNERARIA.**

En caso de muerte del Beneficiario, MEXICO ASISTENCIA, dará las asistencias que se describen a continuación en la República Mexicana y hasta por el monto total de \$15,000.00. M.N. (quince mil pesos y 00/100 M.N.).

Cualquier gasto adicional será a cargo del Reclamante, y en caso de que el Reclamante utilice otro Prestador de Servicios funerarios siempre y cuando se haya llamado para dar aviso del fallecimiento, MEXICO ASISTENCIA cubrirá el gasto de acuerdo a sus tabuladores, hasta un monto que en ningún caso excederá de \$15,000.00 M.N (quince mil pesos y 00/100 MN).

Las prestaciones relativas al servicio funerario son las que se indican a continuación:

a) Asistencia legal telefónica

La compañía atenderá telefónicamente las consultas que formule el beneficiario referente a: sucesiones, pensiones, seguros, reclamaciones a terceros y cualquier asunto relacionado con el fallecimiento.

b) Recolección del cadáver

Un primer traslado en carroza para recoger el cuerpo ya sea del hospital o domicilio hacia la agencia funeraria o domicilio dentro de la localidad.



**BENEASIST**

Beneficios + Asistencias

c) Preparación estética del cuerpo.

La compañía coordinará para que se realice el embalsamamiento del cuerpo del beneficiario fallecido.

d) Ataúd estándar.

La compañía proporcionará el ataúd estándar donde el cuerpo del beneficiario fallecido se velará.

e) Sala de velación o velación en domicilio.

La compañía coordinará la velación del Asegurado fallecido en su domicilio particular o en la sala de velación, de acuerdo a la selección de los familiares.

f) Gestión de trámites

La compañía, orientará la gestión de trámites con hospitales, autoridades civiles, sanitarias y registro civil. La compañía asesorará al asegurado titular sobre los trámites necesarios ante las autoridades competentes por el fallecimiento de algún beneficiario a efectos de inhumar o cremar el cuerpo.

g) Traslado funerario

La compañía efectuará el traslado del cuerpo, hasta el lugar de inhumación o residencia habitual o sala de velación que seleccionen los familiares.

h) Cremación del cuerpo o inhumación

Se realizará la cremación o inhumación dentro de la localidad, municipio o zona conurbada. La compañía realizará los trámites para la obtención de la urna y el nicho con título de propiedad, donde el costo de este último será a cargo de los familiares. En caso de cremación o inhumación, la compañía facilitará el traslado del cuerpo del beneficiario fallecido al panteón, o bien proporcionará la urna estándar para el mismo. Así mismo, realizará los trámites para la cremación o inhumación del cuerpo del beneficiario fallecido y gestionará lo necesario para cualquiera de estos dos requerimientos.

#### **EXCLUSIONES DE LAS ASISTENCIAS FUNERARIA**

- Los causados por mala fe del beneficiario, hechos y actos derivados de terrorismo, motín o tumulto.
- Hechos y actos de fuerzas armadas, fuerzas o cuerpos de seguridad en tiempos de paz.
- Los derivados de la energía nuclear radiactiva.
- Los servicios que el beneficiario haya contratado sin el previo consentimiento de la compañía.
- Los gastos médicos u hospitalarios.
- Los costos que deriven de actos realizados por la autoridad o Ministerio Público que intervengan.
- La muerte o lesiones originadas, directa o indirectamente, de actos realizados por el beneficiario con dolo o mala fe.
- No serán objeto de este servicio los casos en que se demuestre suicidio.

#### **6) MEDIPHONE (Orientación Médica Telefónica)**

Este servicio consiste en consultas de orientación médica telefónica las 24 horas, los 365 días del año, sobre temas de salud que pudieran tener los Beneficiarios, relativa a los siguientes temas, siempre en el entendido que esta orientación no será con fines de prescripción y/o diagnóstico de ningún tipo de padecimiento:

- Emergencias médicas y primeros auxilios
- Reacciones adversas a algún medicamento
- Información sobre efectos secundarios y contraindicaciones de medicamentos (sin emitir recetas, ni tratamientos).



**BENEASIST**

Beneficios + Asistencias

- Recomendaciones higiénicas
- Efectos y evolución de distintos tratamientos
- A criterio del equipo Médico, recomendación de acudir a consulta médica
- Información sobre enfermedades
- Información sobre pruebas diagnósticas
- Orientación sobre especialidades médicas

El equipo Médico de MEXICO ASISTENCIA aconsejará lo que estime oportuno y orientará a los Beneficiarios hacia el centro hospitalario que considere más adecuado, si esto fuese necesario.

MEXICO ASISTENCIA no será, en ningún caso, responsable de las acciones u omisiones de los Beneficiarios en cuanto al seguimiento de los asesoramientos médicos que se les preste, limitándose a responder a cuestiones planteadas por el Beneficiario de acuerdo con la información que éste le ha proporcionado.

Cuando la consulta derive de una situación clínica de urgencia, se activarán los servicios de emergencia, o bien se dirigirá al Beneficiario a su médico de cabecera o al especialista que corresponda

El número de Orientaciones Médicas Telefónicas son ILIMITADAS

## **7) ASISTENCIA NUTRICIONAL**

El Beneficiario tendrá a su disposición un grupo de expertos que atenderán sus necesidades y brindarán ayuda vía telefónica en los temas de:

- Cálculo del peso ideal y masa corporal.
- Diseño de dietas y rutinas de ejercicio.
- Orientación telefónica sobre suplementos y/o desórdenes alimenticios.
- Referencias con especialistas nutricionales
- Información sobre eventos deportivos.

El número de Asistencias Nutricionales Telefónicas son ILIMITADAS

## **EXCLUSIONES DE LAS ASISTENCIAS TELEFONICAS**

Los servicios telefónicos prestados en ningún caso pueden ser considerados y/o sustituir a los servicios facultativos o de diagnóstico médico necesarios para un tratamiento médico y su prescripción. Por tanto, no están incluidas actividades tales como:

- Diagnóstico de enfermedades
- Receta de medicamentos
- Recepción y/o interpretación de informes y pruebas
- Informes o comentarios por escrito
- Atención directa de urgencias o emergencias de ningún tipo
- Revisión o comentario del consejo, asesoramiento, diagnóstico o prescripción dada por un médico o profesional sanitario, limitándose a responder a las cuestiones referidas por el Beneficiario con arreglo a la información facilitada por él.





**BENEASIST**

Beneficios + Asistencias

## **8) MEDICO A DOMICILIO POR EMERGENCIA MÉDICA**

En caso de que el Beneficiario sufriera una emergencia médica a determinarse por el médico en cabina, por accidente y/o enfermedad grave, y necesite de atención, mediante llamada telefónica las 24 horas al día, los 365 días del año, podrá solicitar a MEXICO ASISTENCIA el envío de un médico general a su domicilio.

El Beneficiario asumirá los gastos de la visita del Médico General con un copago de \$200.00 M.N (doscientos pesos) que serán pagados por el Beneficiario al momento de recibir al Médico.

En casos que no se trate de una emergencia médica, el Beneficiario podrá solicitar el servicio asumiendo el costo íntegro de la visita, de acuerdo a tarifas pre-acordadas.

Este servicio se proporcionará con límite de 2 (dos) eventos al año y los servicios adicionales a precio preferencial.

## **9) ENVIO DE AMBULANCIA A DOMICILIO POR EMERGENCIA.**

En caso de que el Beneficiario sufriera una emergencia médica por accidente y/o enfermedad, y necesite el traslado en ambulancia, podrá solicitar a MEXICO ASISTENCIA, mediante llamada telefónica las 24 horas al día, los 365 días del año, el envío de la ambulancia a su domicilio. MEXICO ASISTENCIA asumirá los gastos del traslado la ambulancia hasta el domicilio del Beneficiario.

Este servicio se proporcionará con límite de 1 (un) evento al año y los servicios adicionales a precio preferencial.

## **10) PLAN DENTAL**

El Beneficiario tendrá derecho por parte de profesionales dentales de la Red de Odontólogos a los siguientes servicios SIN COSTO:

- Consulta, (previa cita) ya sea preventiva o diagnóstica, comprende la realización de la historia clínica, valoración y técnica de cepillado. – Solo la primera consulta de historial.
- Consulta Oral y Servicio de Emergencia (dolor agudo). - Sin límite de eventos
- Evaluación Detallada (diagnóstica y de control).
- Radiografía periapical (diagnósticas). – Las necesarias que considere el profesional.
- Profilaxis en Adultos – Límite de 2 (dos) eventos al año (semestrales)
- Instrucción sobre higiene Oral e información Nutricional Sin límite de eventos.
- Aplicación de flúor gratuita en niños de hasta 12 años. - Límite de 2 (dos) eventos al año
- Descuentos en tratamientos no tabulados, de hasta el 30% sobre los precios que normalmente cobra - Sin límite de eventos
- Precios preferentes en 160 tratamientos tabulados y publicados (ver tabla a continuación) garantizándole que es el precio máximo que le cobrará el odontólogo de forma directa - Sin límite de eventos.



**BENEASIST**

Beneficios + Asistencias

TIPO	CÓDIGO CDT	CONCEPTO	PRECIOS PREFERENTES
DIAGNOSTICO Y RX	140	CONSULTA ORAL Y SERVICIO DE EMERGENCIA(DOLOR AGUDO)FUERA DE HORARIO NORMAL	\$300.00
	240	RADIOGRAFÍA INTRAORAL OCLUSAL	\$30.00
	270	RADIOGRAFÍA DE ALETA DE MORDIDA, FOTOGRAFÍA ÚNICA	\$30.00
	470	MODELOS DE DIAGNÓSTICO	\$90.00
	471	FOTOGRAFÍAS DE DIAGNÓSTICO	\$125.00
	501	EXAMEN HISTOPATOLÓGICO	-30%
	502	OTROS PROCEDIMIENTOS DE PATOLOGÍA ORAL	-30%
	999	PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	-30%
PREVENCIÓN	1361	SELLADOR DE FOSETAS Y FISURAS UNIDAD	\$100.00
	1510	MANTENEDOR DE ESPACIO FIJO UNILATERAL	\$300.00
	1515	MANTENEDOR DE ESPACIO FIJO BILATERAL	\$600.00
	1520	MANTENEDOR DE ESPACIO, REMOVIBLE, UNILATERAL	\$600.00
	1525	MANTENEDOR DE ESPACIO, REMOVIBLE, BILATERAL	\$600.00
	1550	RECEMENTACION DE MANTENEDOR DE ESPACIO	\$110.00
OPERATORIA DENTAL EN ADULTOS	2140	AMALGAMA EN DIENTE PERMANENTE 1 SUPERFICIE	\$240.00
	2150	AMALGAMA EN DIENTE PERMANENTE 2 SUPERFICIES	\$240.00
	2160	AMALGAMA EN DIENTE PERMANENTE 3 SUPERFICIES	\$240.00
	2330	RESINA 1 SUPERFICIE DIENTES ANTERIORES	\$285.00
	2331	RESINA 2 SUPERFICIES DIENTES ANTERIORES	\$285.00
	2332	RESINA 3 SUPERFICIES DIENTES ANTERIORES	\$285.00
	2385	RESINA DIENTES PERMANENTES POSTERIORES 1 SUPERFICIE	\$340.00
	2386	RESINA DIENTES PERMANENTES POSTERIORES 2 SUPERFICIES	\$340.00
	2387	RESINA DIENTES PERMANENTES POSTERIORES 3 SUPERFICIES O MÁS	\$340.00
OPERATORIA DENTAL EN ODONTOPEDIATRIA	2110	AMALGAMA EN DIENTE PRIMARIO 1 SUPERFICIE	\$240.00
	2120	AMALGAMA EN DIENTE PRIMARIO 2 SUPERFICIES	\$240.00
	2130	AMALGAMA EN DIENTE PRIMARIO 3 SUPERFICIES	\$240.00
	2380	RESINA DIENTES PRIMARIOS POSTERIORES 1 SUPERFICIE	\$285.00
	2381	RESINA DIENTES PRIMARIOS POSTERIORES 2 SUPERFICIES	\$285.00
	2382	RESINA DIENTES PRIMARIOS POSTERIORES 3 SUPERFICIES O MÁS	\$285.00



COSMETICA DENTAL	2610	INCRUSTACIÓN PORCELANA / CERAMICA, UNA SUPERFICIE	\$1,850.00
	2620	INCRUSTACIÓN PORCELANA / CERAMICA, DOS SUPERFICIES	\$1,850.00
	2630	INCRUSTACIÓN PORCELANA / CERAMICA, TRES O MAS SUPERFICIES	\$1,950.00
	2642	ONLAY PORCELANA / CERÁMICA 2 SUPERFICIES	\$1,950.00
	2662	PROVISIONAL ACRILICO	\$140.00
	2910	RECEMENTACIÓN INCRUSTACIÓN / ONLAY	\$120.00
	2920	RECEMENTAR CORONA	\$120.00
	2950	RECONSTRUCCION CON PIN (AMALGAMA O RESINA)	\$350.00
	2951	PIN DE RETENCIÓN POR DIENTE	\$100.00
	2960	CARILLA DIRECTA PROVISIONAL ACRILICO	\$240.00
	2961	CARILLA DE RESINA COMPUESTA	\$0.00
	2962	CARILLA DE PORCELANA EN LABORATORIO	\$1,950.00

ODONTOPEDIATRIA	2930	CORONA DE ACERO PREFABRICADA, DIENTE PRIMARIO	\$350.00
	2932	CORONA DE CELULOIDE PREFABRICADA	\$270.00
	2933	CORONA DE ACERO PREFABRICADO CON VENTANA DE RESINA	\$430.00
	3220	PULPOTOMÍA TERAPÉUTICA	\$280.00
	3230	PULPECTOMÍA DE DIENTES PRIMARIOS ANTERIORES	\$340.00
	3240	PULPECTOMÍA DIENTES PRIMARIOS POSTERIORES	\$440.00

ENDODONCIA	3310	TRATAMIENTO ENDODÓNTICO DIENTES ANTERIORES	\$750.00
	3320	TRATAMIENTO ENDODÓNTICO PREMOLARES	\$1,100.00
	3330	TRATAMIENTO ENDODÓNTICO MOLARES	\$1,500.00
	3346	RETRATAMIENTO PROVISIONAL, CANAL RADICULAR ANTERIORES	\$1,000.00
	3347	RETRATAMIENTO PROVISIONAL, CANAL RADICULAR PREMOLARES	\$1,350.00
	3348	RETRATAMIENTO PROVISIONAL CANAL RADICULAR, MOLARES	\$1,840.00
	3351	RECALCIFICACIÓN APICAL, VISITA INICIAL	\$980.00
	3352	RECALCIFICACIÓN APICAL, VISTA INTERMEDIA	\$250.00
	3353	RECALCIFICACIÓN APICAL, VISTA FINAL	\$250.00
	3410	APICECTOMIA / CIRUGIA PERIRRADUCLAR, ANTERIOR (UNA RAIZ)	\$700.00
	3421	APICECTOMIA / CIRUGIA PERIRRADUCLAR, PREMOLARES (DOS RAICES)	\$750.00
	3425	APICECTOMIA / CIRUGIA PERIRRADUCLAR, MOLARES (TRES RAICES)	\$850.00
	3450	RADICECTOMIA	\$790.00
	3920	HEMISECCIÓN (EXTRACCIÓN INCOMPLETA RADICULAR)	\$600.00
	3950	PREPARACIÓN DE CANAL PARA ENDOPOSTE	\$300.00
	3960	BLANQUEAMIENTO DENTAL POR ARCADA	\$850.00

PRÓTESIS	5110	DENTADURA COMPLETA SUPERIOR	\$2,995.00
	5120	DENTADURA COMPLETA, INFERIOR	\$2,995.00



5130	DENTADURA INMEDIATA, SUPERIOR	\$1,800.00
5140	DENTADURA INMEDIATA, INFERIOR	\$1,800.00
5213	DENTADURA PARCIAL SUPERIOR, BASE METÁLICA	\$2,750.00
5214	DENTADURA PARICAL INFERIOR, BASE METÁLICA	\$2,750.00
5281	DENTADURA PARICAL REMOVIBLE, UNILATERAL METÁLICA	\$2,995.00
5410	AJUSTE DE DENTADURA COMPLETA SUPERIOR	\$200.00
5411	AJUSTE DE DENTADURA COMPLETA INFERIOR	\$200.00
5421	AJUSTE DE DENTADURA PARICAL SUPERIOR	\$200.00
5422	AJUSTE DE DENTADURA PARICAL INFERIOR	\$200.00
5510	REPARACIÓN DE FRACTURA DE BASE DE DENTADURA COMPLETA	\$300.00
5520	REEMPLAZO DE DIENTE AUSENTE O ROTO	\$270.00
5610	REPARACIÓN DE BASE DENTADURA ACRÍLICA	\$270.00
5630	REPARACIÓN / REEMPLAZO DE GANCHOS ROTOS	\$270.00
5640	REEMPLAZO DE DIENTE O DIENTES ROTOS	\$270.00
5650	AÑADIR DIENTE A DENTADURA PARCIAL EXISTENTE	\$270.00
5660	AÑADIR GANCHOS A DENTADURA PARCIAL EXISTENTE	\$270.00
5710	CAMBIO DE BASE DE DENTADURA SUPERIOR COMPLETA	-30%
5711	CAMBIO DE BASE DE DENTADURA INFERIOR COMPLETA	-30%
5720	REBASE DE DENTADURA SUPERIOR PARCIAL	-30%
5721	REBASE DE DENTADURA INFERIOR PARCIAL	-30%
5730	REBASE DE DENTADURA SUPERIOR COMPLETA EN CONSULTORIO	-30%
5731	REBASE DE DENTADURA INFERIOR COMPLETA EN CONSULTORIO	-30%
5740	REBASE DE REMOVIBLE SUPERIOR EN CONSULTORIO	-30%
5741	REBASE DE REMOVIBLE INFERIOR EN CONSULTORIO	-30%
5750	REBASE DE DENTADURA SUPERIOR COMPLETA EN LABORATORIO	-30%
5751	REBASE DE DENTADURA INFERIOR COMPLETA EN LABORATORIO	-30%
5760	REBASE DE REMOVIBLE SUPERIOR EN LABORATORIO	-30%
5761	REBASE DE REMOVIBLE INFERIOR EN LABORATORIO	-30%
5820	REMOVIBLE INMEDIATO SUPERIOR	-30%
5821	REMOVIBLE INMEDIATO INFERIOR	-30%
5850	ACONDICIONADOR DE TEJIDO SUPERIOR	\$265.00
5851	ACONDICIONADOR DE TEJIDO INFERIOR	\$265.00
5860	SOBREDENTADURA COMPLETA	-30%
5861	SOBREDENTADURA PARCIAL	-30%
5862	ADITAMENTO DE PRECISIÓN	\$265.00
6210	PÓNTICO VACIADO EN ORO	-30%
6211	PÓNTICO VACIADO EN METAL	\$895.00
6212	PÓNTICO VACIADO PLATA - PALADIO	\$1,105.00
6240	PÓNTICO PORCELANA – ORO	-30%
6241	PÓNTICO PORCELANA - METAL	\$1,785.00
6242	PÓNTICO PORCELANA - PLATA - PALADIO	\$1,945.00
6520	INCRUSTACIÓN METÁLICA, 2 SUPERFICIES	\$850.00
6530	INCRUSTACIÓN METÁLICA 3 O MÁS SUPERFICIES	\$850.00



	6543	ONLAY METÁLICO	\$850.00
	6750	CORONA PORCELANA - ORO	-30%
	6751	CORONA PORCELANA - METAL	\$1,950.00
	6752	CORONA PORCELANA - PLATA - PALADIO	\$1,950.00
	6790	CORONA ORO	-30%
	6791	CORONA METAL	\$900.00
	6792	CORONA PLATA - PALADIO	\$1,105.00
	6920	BARRA CONECTORA	\$250.00
	6930	RECEMENTAR DENTADURA PARCIAL FIJA	\$190.00
	6940	ROMPE FUERZAS	\$250.00
	6950	ADITAMENTO DE PRECISIÓN	\$250.00
	6970	POSTE Y MUÑÓN COLADO PLATA - PALADIO	\$790.00

PARODONCIA	4210	GINGIVECTOMIA O GINGIVOPLASTIA - POR CUADRANTE	\$1,250.00
	4220	CURETAJE GINGIVAL, QUIRURGICO, POR CUADRANTE POR REPORTE	\$680.00
	4240	COLGAJO PARODONTAL POR CUADRANTE	\$1,450.00
	4250	CIRUGIA MUCOGINGIVAL POR CUADRANTE	\$1,450.00
	4260	PLASTIA DE PROCESO ALVEOLAR POR CUADRANTE	\$275.00
	4263	REIMPLANTACIÓN DE INJERTO ÓSEO EN UN SITIO	\$1,300.00
	4266	REGENERACIÓN TISULAR GUIADA, REABSORVIBLE + CIRUGÍA	\$1,300.00
	4267	REGENERACIÓN TISULAR GUIADA, NO REABSORVIBLE + CIRUGÍA	\$1,300.00
	4271	INJERTO GINGIVAL LIBRE	\$1,400.00
	4321	FERULIZACIÓN POR CUADRANTE	\$230.00
	4341	LIMPIEZA PARODONTAL PROFUNDA POR CUADRANTE	\$250.00
	4381	APLICACIÓN DE DESENSIBILIZANTES LOCALES	\$115.00
	4910	TERAPIA DE MANTENIMIENTO PARODONTAL	\$240.00

CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL	7110	EXTRACCION SIMPLE DE UN DIENTE	\$265.00
	7120	EXTRACCION DE DIENTE TEMPORAL	\$190.00
	7130	EXTRACCION DE LA RAIZ	\$265.00
	7220	EXTRACCION DE DIENTE IMPACTADO - EN TEJIDO BLANDO	\$500.00
	7230	EXTRACCION DE DIENTE PARCIALMENTE IMPACTADO - EN HUESO	\$940.00
	7240	EXTRACCION DE DIENTE TOTALMENTE IMPACTADO - EN HUESO	\$940.00
	7280	EXPOSICIÓN QUIRÚRGICA DE DIENTES INCLUIDOS	\$840.00
	7285	BIOPSIA ORAL DE TEJIDO DURO	\$550.00
	7296	BIOPSIA ORAL DE TEJIDO SUAVE	\$525.00
	7430	EXTIRPACIÓN TUMOR BENIGNO<1.25 CM	\$755.00
	7440	EXTIRPACIÓN TUMOR MALIGNO<1.25 CM	\$755.00
	7450	REMOCIÓN QUISTE ODONTÓGENO <1.25CM	\$755.00
	7451	REMOCIÓN QUISTE ODONTÓGENO >1.25CM	\$755.00
	7510	DRENAJE DE ABSCESO DENTRO DE TEJIDOS BLANDOS (CANULIZADO)	\$315.00
	7960	FRENILECTOMIA LINGUAL	\$790.00
	7961	FRENILECTOMIA LABIAL	\$735.00



ORTODONCIA	8010	TRATAMIENTO ORTOPEDICO LIMITADO EN DENTICIÓN PRIMARIA	\$9,000.00
	8020	TRATAMIENTO ORTOPEDICO EN DENTICIÓN DE TRANSICIÓN	\$9,000.00
	8030	TRATAMIENTO ORTOPEDICO LIMITADO EN DENTICIÓN DE ADOLESCENTES	\$9,000.00
	8040	TRATAMIENTO ORTOPEDICO LIMITADO EN DENTICIÓN ADULTA	\$9,000.00
	8050	TRATAMIENTO ORTODÓNICO INTERCEPTIVO EN DENTICIÓN PRIMARIA	\$6,750.00
	8060	TRATAMIENTO ORTODÓNICO INTERCEPTIVO EN TRANSICIÓN	\$6,750.00
	8070	TRATAMIENTO ORTODÓNICO COMPUESTO EN TRANSICIÓN	\$9,000.00
	8080	TRATAMIENTO ORTODÓNICO COMPUESTO EN ADOLESCENTES	\$9,000.00
	8090	TRATAMIENTO ORTODÓNICO COMPLETO EN ADULTOS	\$11,400.00

## GARANTIAS DE SERVICIO

### 1. En caso de no contar con el proveedor solicitado:

En un lapso no mayor a 2 días hábiles se le informara del proveedor más cercano.

Si el Beneficiario ya cuenta o desea recomendar a un especialista del servicio se le solicitaran los datos para afiliarlo a la red. El tiempo de afiliación para Proveedor sustituto es de 2 a 5 días hábiles.

### 2. Precios preferentes y descuentos

Si el proveedor realizó un cobró de más o no le aplico el descuento o los beneficios sin costo, MEXICO ASISTENCIA reembolsara la diferencia entre el valor cobrado contra el valor tabulado. MEXICO ASISTENCIA hace el reembolso en un lapso no mayor a 15 días hábiles, apegados al procedimiento.

### 3. Emergencia Dental.

Se otorga al Beneficiario orientación médica telefónica y se ofrece cita y referencia del proveedor que puede atender la emergencia, si el Beneficiario no acepta la referencia, MEXICO ASISTENCIA le solicita los datos del lugar usual y acostumbrado de la plaza para que MEXICO ASISTENCIA coordine la atención de emergencia.

Las asistencias de Emergencia Dentales, hace referencia solo a la eliminación de dolor agudo.

Si la Emergencia Dental es dentro del horario normal (sujeto a disponibilidad del Odontólogo en la región), es SIN COSTO al cliente. Cuando es fuera del horario normal, es con costo al cliente.

## EXCLUSIONES AL PLAN DENTAL

El plan dental no cubrirá los siguientes conceptos:

- Cualquier tratamiento realizado por un Odontólogo que NO se encuentre dentro de la Red.
- Cualquier tipo de medicamento.
- Anestesia generales o sedaciones.
- Gastos hospitalarios.
- Complicaciones que surjan durante o después del tratamiento por negligencia del paciente a las indicaciones del odontólogo tratante.
- El servicio no implica el pago ni el reembolso de gastos por parte de EL PRESTADOR DE SERVICIOS al Beneficiario o sus Familiares. EL PRESTADOR DE SERVICIOS no brindará el servicio dental, sino los profesionales de la red que gestione el mismo.

## 11) REFERENCIAS DE MEDICOS ESPECIALISTAS

El Beneficiario tendrá acceso a:

a) Consultas Médicas de Primer Nivel

En caso de que el Beneficiario requiera Atención Médica de primer contacto sobre una patología sencilla que se pueda resolver en un consultorio, podrá tener acceso a las siguientes especialidades: Médico General, Pediatría y Ginecología.

En éste nivel se desarrollan principalmente actividades de protección específica, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de las necesidades de salud más frecuentes.

En esta consulta de primer contacto se realiza el TRIAGE (valoración del estado del paciente) para definir su posible canalización a un Segundo Nivel de Atención.

Las consultas estarán al alcance del beneficiario a un costo preferencial desde \$250.00 M.N, (doscientos cincuenta pesos 00/100 MN)

El número de Referencias a los Médicos de Primer Nivel son ILIMITADAS

b) Consultas Médicas de Segundo Nivel (Especialistas)

En caso de que el Beneficiario requiera Atención Médica para la atención de patologías específicas de algún órgano o sistema se le proporcionará la referencia de algún médico especialista en donde es beneficiario tendrá acceso a todas las especialidades de acuerdo a su necesidad.

Todas las especialidades estarán al alcance del beneficiario a costos desde \$450.00 (cuatrocientos cincuenta pesos 00/100 MN) pesos

El número de Referencias a los Médicos de Segundo Nivel son ILIMITADAS

c) Consultas Médicas de Tercer Nivel (Sub - especialistas)

Para casos específicos se podrá brindar el contacto con médicos especialistas a precios preferenciales.

Todas las sub-especialidades estarán al alcance del beneficiario a costos desde \$450.00 (cuatrocientos cincuenta pesos 00/100 MN)

El número de Referencias a los Médicos de Tercer Nivel son ILIMITADAS

d) Consultas a domicilio desde \$350.00

e) Acceso especial a red Médica de Audiología y Foniatría (descuentos desde el 15% hasta el 40%).

f) Acceso especial a red médica de Ortesis y Prótesis (descuentos hasta del 40%).

g) Estudios de Laboratorio/Gabinete y Tabulador quirúrgico, hasta del 50%

h) Descuentos desde el 10% y hasta el 50% en Laboratorios y Gabinetes, Biometría Hemática, Química Sanguínea, VDRL, VIH, Antígeno prostático, Mastografías, Espirometrías, Hemoglobina Glucosilada, etc.

La cobertura es a nivel Nacional en las principales ciudades.

Todos los servicios son coordinados a través de nuestro servicio de concierge médico.



**BENEASIST**

Beneficios + Asistencias

### **EXCLUSIONES GENERALES DE LAS ASISTENCIAS**

Serán causas excluyentes de los servicios de asistencia:

- Cuando el Beneficiario no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza impida atender debidamente la situación de asistencia.
- Cuando el Beneficiario no acredite su personalidad como derechohabiente del servicio de asistencia.
- Cuando el Beneficiario incumpla cualquiera de las obligaciones indicadas en las condiciones generales.
- Los Beneficiarios no tendrán derecho a ser reembolsados sin previa comunicación con MEXICO ASISTENCIA.
- Los servicios de asistencia que el Beneficiario haya gestionado, contratado y pagado por su cuenta, sin previa autorización de MEXICO ASISTENCIA.
- MEXICO ASISTENCIA no será responsable de los retrasos o incumplimientos debidos a causas de fuerza mayor o a las características administrativas o políticas especiales del lugar en que deban prestarse los servicios de asistencia.
- Quedan excluidos los servicios cuando sean derivación directa o indirecta de: Huelgas, guerra, invasión de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), rebelión, guerra civil, insurrección, terrorismo, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares, radioactividad o cualquier otra causa de fuerza mayor.
- Enfermedades psiquiátricas, psicológicas o de enajenación mental.
- Efectos patológicos, por el consumo en cualquier forma de tóxicos, drogas, o fármacos menores o mayores, ya sean legales ingeridos en exceso (salvo prescripción médica) o ilegales.
- Cualquier percance intencional así como la participación en actos criminales.

**Emergencia Médica: cuando una enfermedad o accidente pone en peligro la vida, la viabilidad de alguno de los órganos o la integridad corporal del Beneficiario.**