



COBERTURA ADICIONAL VISIÓN PARA LOS PLANES DE GASTOS MÉDICOS MAYORES COLECTIVO

Con la contratación de esta cobertura, se amparan los gastos relacionados con la prescripción de anteojos derivados de una patología de la visión a consecuencia de un padecimiento y que en forma enunciativa y no limitativa se refieren a defectos de refracción como presbicia, hipermetropía, miopía y astigmatismo. Esto a través del plan que tengan contratado con la empresa.

El asegurado puede elegir entre anteojos completos, los cuales incluyen el armazón y los lentes, o lentes de contacto. Una vez que el asegurado haya elegido una de las dos modalidades anteriores, no podrá usar la otra hasta el siguiente año.

Se ampara también el examen de la vista, estuche duro o Solución para lentes de contacto, descuento en modelos de mayor nivel al contratado o en productos no cubiertos y Descuentos en Reposiciones (una vez al año).

I. LÍMITE ANUAL

Beneficios Cubiertos	Protección	Incremental	Enfoque	Panorámico	Extendido
Límite Anual de armazón y lentes graduados, no cosméticos (Incluye IVA)	700	1,100	1,500	2,000	3,000
Límite Anual de lentes de Contacto graduados, no cosméticos (Incluye IVA)	700	700	1,050	1,600	2,400

II. DEDUCIBLE

En caso de reclamación derivada de la prestación de los Servicios Ópticos, el Asegurado cubrirá pagando directamente a la Óptica de la Red el Deducible, cuyo monto se especifica a continuación

Beneficios Cubiertos	Protección	Incremental	Enfoque	Panorámico	Extendido
Deducible (más IVA)	50	75	100	150	150

III. RED CERRADA

El asegurado deberá atenderse en las ópticas designadas para tal efecto por la aseguradora, de RED mismas que se darán a conocer a través de su portal de internet <http://www.monterrey-newyorklife.com.mx/> o su número de atención telefónica 01-800-505-40

La Aseguradora únicamente pagará cuando los Asegurados no se atiendan en ópticas de la Red y, en cualquier caso, mediante reembolso de gastos médicos cuando la Red no cuente con una óptica disponible en el lugar de residencia o de trabajo; o bien, cuando la óptica se ubique en una población a más de 70 km o en una población a 45 minutos o más de traslado por carretera y el Asegurado cumpla con los requisitos del proceso de reembolso correspondiente.

IV. EXCLUSIONES

No aplicará la cobertura a que hace referencia esta cláusula en caso de que el Asegurado reciba tratamiento en un establecimiento distinto a los designados por el proveedor externo o si el tratamiento no deriva de una enfermedad o accidente amparado en la póliza de Gastos Médicos Mayores, salvo por lo dispuesto en la Cláusula anterior.

La Póliza de Seguro en ningún caso cubrirá los gastos originados por cualquiera de los supuestos que a continuación se mencionan:

- 1. Cualquier tipo de consulta médica con un oftalmólogo.**
- 2. Cualquier tipo de tratamiento médico o quirúrgico para los ojos.**
- 3. Ejercicios ortópticos o entrenamiento visual para tratar la visión baja.**
- 4. Visión baja.**
- 5. Apoyos para visión baja o subnormal.**
- 6. Aniseiconía (Trastorno ocular que genera imágenes de diferente tamaño entre las retinas).**
- 7. Cualquier tipo de examen o análisis necesario para detectar alteraciones en el campo visual.**
- 8. Tomografías.**
- 9. Angiografía Fluorescente.**
- 10. Reemplazo de armazones o lentes como consecuencia de extravío, robo, maltrato o rotura.**
- 11. Tratamientos adicionales a los Anteojos que no sean utilizados para la corrección de la visión o por motivos estéticos, tales como antireflejantes, anti-rayas, ultravioletas, tintes o lentes de sol.**
- 12. Anteojos comprados con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza de Seguro o con anterioridad a la fecha de inicio de la cobertura de los Asegurados o con posterioridad a la terminación de la vigencia del Asegurado o de la Póliza de Seguro.**
- 13. Medicamentos.**
- 14. Anteojos comprados con posterioridad a la terminación de la vigencia de la Póliza de Seguro.**
- 15. Ningún servicio que no esté especificado dentro de los Servicios Ópticos cubiertos por el plan contratado.**

V. LIMITACIONES A LOS BENEFICIOS

1. La Institución, a través de la Compañía Articuladora de Servicios de Visión, únicamente pagará una dotación de Anteojos durante la vigencia de la Póliza de Seguro.
2. En caso de que así lo requiera, el Asegurado únicamente podrá elegir una de las siguientes opciones: (i) anteojos completos (lentes más armazón) o (ii) los lentes de contacto. Una vez elegida cualquiera de las opciones antes mencionadas, el Asegurado no la podrá cambiar.
3. La Institución, a través de la Compañía Articuladora de Servicios de Visión, únicamente pagará el costo de los Anteojos hasta el Límite Anual de los Anteojos elegidos por el Asegurado. En caso de que el costo de los Anteojos supere el Límite Anual, el Asegurado deberá pagar la diferencia.
4. La Institución, a través de la Compañía Articuladora de Servicios de Visión, únicamente pagará el costo de unos Anteojos sin importar si el costo de los mismos es menor al Límite Anual previsto en el plan contratado. La Institución no pagará el remanente del Límite Anual para la adquisición de una dotación adicional de Anteojos.

VI. TÉRMINACIÓN.

Esta cobertura se cancelará automáticamente sin obligaciones para la Institución al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

1. Al término del plazo estipulado en la carátula de la póliza o del certificado.
2. Al momento en el que se termine la cobertura de la póliza y/o el certificado al que se adhiere esta cláusula.

Estas condiciones tendrán prelación en todo lo que sean contrarias sobre lo dispuesto en la carátula, condiciones generales, endosos agregados y cláusulas adicionales de la póliza que hayan sido emitidos en fechas

anteriores al inicio de vigencia del presente endoso.

Cobertura Adicional Dental Amplia para los planes de Gastos Médicos Mayores Colectivo

En consideración a la solicitud presentada por el Contratante de la póliza a la cual se adhiere este Endoso, la Institución conviene otorgar el Beneficio que se describe a continuación:

I. Beneficio

Ampliación de los servicios de cobertura por accidentes y enfermedades amparadas, a través del plan que tengan contratado con la empresa cuyo alcance se muestra en la siguiente tabla, bajo la columna que lleva su nombre:

Plan SMNYL		Adicional	Clásico	Completo	Especial	Integral	Expansión
Servicios Básicos (Cobertura Dental Básica)	Evaluación completa médica dental	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Limpieza dental en adulto y niño	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Consulta Periodontal Completa	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Amalgamas	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Resinas	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Otros Servicios Básicos (Rayos X)		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Procedimientos Quirúrgicos Menores (Extracciones simples y otros procedimientos menores)		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Remoción de terceros Molares y Procedimientos Quirúrgicos Complejos (Extracción de muelas del juicio y otros procedimientos complejos)		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Endodoncias (Remoción de nervio dental)		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Periodoncia (Tratamiento de la enfermedad de encías y hueso)		✗	✗	✓	✓	✗	✓
Coronas y Prostodoncia (Coronas, puentes y dentaduras parciales y completas)		✗	✗	✗	✗	✗	✗

Descripción de los beneficios cubiertos en los planes dentales y limitaciones por procedimiento.

A continuación, se describen los Beneficios Cubiertos.

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 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 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 freniloplastia
- Escisión de tejido hiperplásico y de encía pericoronal
- Reducción quirúrgica de tuberosidad fibrosa

V. Periodoncia (Tratamiento de la enfermedad de encías y hueso)

- Gingivectomía o gingivoplastia: por cada diente, una, cada cinco años
- Procedimiento de colgajo gingival, incluyendo alisado radicular: por cada diente, una, cada cinco años
- Alargamiento de corona clínica en tejido duro: por cada diente, una, cada cinco años (máximo dos sitios por cuadrante)

- Cirugía ósea (incluyendo colgajo de entrada y cierre): por cada diente, una, cada cinco años
- Injerto de reemplazo de hueso: por cada diente, una, cada cinco años (máximo dos sitios por cuadrante. No incluye hueso)
- Raspado y alisado periodontal de raíz: en el mismo cuadrante, uno, cada dos años
- Debridación completa de boca: una vez de por vida
- Procedimiento para el mantenimiento periodontal (siguiendo una terapia activa): dos en doce meses, solamente aplica en el primer año después de realizada la cirugía

VI. Coronas y Prostodoncia (Coronas, puentes y dentaduras parciales y completas)

- Corona: por diente, una, cada ocho años
- Corona prefabricada de acero inoxidable: por cada diente, una, cada dos años, sólo en dientes permanentes hasta los dieciséis años
- Poste y base en adición a la corona: por cada diente, una, cada ocho años
- Dentadura completa o parcial: misma arcada, una, cada cinco años
- Reparación o reemplazo de broches rotos: misma arcada, una, cada doce meses
- Reemplazo de dientes rotos: misma arcada, una, cada doce meses
- Añadir un diente o dentadura parcial ya existente: misma arcada, cuatro, cada doce meses
- Añadir broche a dentaduras parciales ya existentes: misma arcada, una, cada doce meses
- Rebase en dentadura completa: misma arcada, una, cada tres años
- Póntico: por cada diente, uno, cada ocho años

II. LÍMITE ANUAL

El límite anual que otorga el presente Beneficio es la Cantidad de: **\$120,000.00 (Ciento veinte mil pesos 00/100 M.N.).**

Adicionalmente, los planes Privado y Magno tienen un sublímite de \$30,000.00 (Treinta mil pesos 00/100 M.N.) para el Beneficio de Coronas, Postes y Onlays y está incluido en el Límite Anual por Persona. El mínimo de asegurados para estos planes es de 200 para cada colectividad.

III. DEDUCIBLE Y COPAGO

El Deducible son los primeros gastos que el asegurado debe pagar al dentista hasta el monto estipulado según el plan contratado. El deducible se paga anualmente dentro de la vigencia de la póliza.

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 la Aseguradora.

Para esta cobertura se tienen los siguientes deducibles

Plan SMNYL	Adicional	Clásico	Completo	Especial	Integral	Expansión
Deducible	\$300.00	0	0	0	0	0

Para esta cobertura se tienen los siguientes porcentajes de Copago

Plan SMNYL		Adicional	Clásico	Completo	Especial	Integral	Expansión
Servicios Básicos (Cobertura Dental Básica)	Evaluación completa	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Consulta Periodontal Completa	20%	20%	20%	20%	0%	0%

	Amalgamas	20%	20%	20%	20%	0%	0%
	Resinas	20%	20%	20%	20%	0%	0%
Otros Servicios Básicos		20%	20%	20%	20%	0%	0%
Procedimientos Quirúrgicos Menores		20%	20%	20%	20%	0%	0%
Remoción de terceros Molares y Procedimientos Quirúrgicos Complejos		20%	20%	20%	20%	0%	0%
Endodoncias		20%	20%	20%	20%	0%	0%
Periodoncia		No incluido	No incluido	50%	20%	No incluido	20%
Coronas y Prostodoncia		No incluido	No incluido	No incluido	No incluido	No incluido	No incluido

IV. RED CERRADA

El asegurado deberá atenderse en las clínicas designadas para tal efecto por la aseguradora, mismas que se darán a conocer a través de su portal de internet <http://www.monterrey-newyorklife.com.mx/> o su número de atención telefónica 01-800-505-4000

Cuando los Asegurados reciban atención médica dental en virtud de un accidente o enfermedad amparada, con Dentistas que no pertenezcan a la Red en caso de urgencia dental cuando la Red no cuente con un dentista disponible en el lugar de residencia o de trabajo; o bien, cuando el dentista se ubique en una población a más de 70 km o en una población a 45 minutos o más de traslado por carretera y el Asegurado cumpla con los requisitos del proceso de reembolso correspondiente.

Para efectos de la presente cláusula, por urgencia dental se entenderá aquella situación extraordinaria que implique una dolencia física que requiera de manera imperiosa la atención inmediata del dentista para prevenir un daño físico o paliar una dolencia.

En todo caso, los gastos médicos que se cubran en virtud de urgencia médica, se cubrirán mediante reembolso, debiendo el Asegurado entregar los documentos que la Aseguradora solicite para acreditar la ocurrencia del siniestro, las circunstancias del mismo y los gastos erogados por el Asegurado.

V. EXCLUSIONES

No aplicará la cobertura a que hace referencia esta cláusula en caso de que el Asegurado reciba tratamiento en un establecimiento distinto a los designados por el proveedor externo o si el tratamiento no deriva de una enfermedad o accidente amparado en la póliza de Gastos Médicos Mayores, salvo por lo dispuesto en la Cláusula Anterior.

La Póliza de Seguro en ningún caso cubrirá los gastos originados por cualquiera de los supuestos que a continuación se mencionan:

- 1. Tratamientos o materiales por malformaciones óseas congénitas y Tratamientos de hipoplasia del esmalte (falta de desarrollo).**
- 2. Tratamientos que incrementan 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 y directamente atribuible a éste. Protector oclusal y 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 de 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 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 extra orales (injertos de tejido en la parte de afuera de la boca).**
6. **Programas de control preventivo de la placa dentro bacteriana, 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, pre medicación, 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, 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 de fase de no 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 en el Tratamiento o Procedimiento cuando su costo deba estar incluido en el costo del Tratamiento o Procedimiento (Honorario Máximo del dentista), de acuerdo a los estándares generalmente aceptados en la práctica dental, como pueden ser, los algodones, mascarillas y las técnicas de relajación como 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 partícipe del delito.**
 - b) **Lesiones auto infringidas, aun cuando se cometan en estado de enajenación mental.**

v. 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, la Institución, a través de la Compañía Articuladora de Servicios Dentales, únicamente pagará el porcentaje aplicable al Honorario del Procedimiento o Tratamiento alternativo menos costoso, únicamente si el Tratamiento o Procedimiento restaura la salud bucodental del Asegurado de acuerdo a 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 alternativos 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 son joyas, hombros en coronas o

cualquier otro medio de cobro de procedimientos en componentes individuales cuando la costumbre es cobrarlos 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 material, la Institución, a través de la Compañía Articuladora de Servicios Dentales, 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. El reemplazo de coronas se pagará no más de una vez en un periodo de 8 (ocho) años y solamente en el evento de que las coronas existentes no sean satisfactorias y no puedan corregirse. El periodo de 8 (ocho) años comenzará a contarse, a partir de la fecha en que se realizó la restauración por última vez, no importando si fue pagado dentro de la vigencia de la Póliza de Seguro cubierta por otra aseguradora administradora de servicios de salud o por el Asegurado.
- Limitaciones en Apoyos de Diagnóstico. la Institución, a través de la Compañía Articuladora de Servicios Dentales, únicamente pagará por radiografías tomadas para fines de diagnóstico; las radiografías que se necesiten tomar para realizar los diferentes Tratamientos, y aquellas posteriores al Tratamiento para comprobar 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 una cada 5 (cinco) años, las radiografías Panorámicas acompañadas por radiografías de Aleta de Mordida están limitadas a 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, la Institución, a través de la Compañía Articuladora de Servicios Dentales, 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).

3. Las evaluaciones orales, incluyendo visitas para observación y consultas, están limitadas a una evaluación oral cada año. la Institución, a través de la Compañía Articuladora de Servicios Dentales, pagará una sola vez al año por cualquier combinación de cualquier otro medio de cobro de procedimientos en componentes individuales cuando la costumbre es cobrarlos como parte de un procedimiento general, de acuerdo a los estándares generalmente aceptados en la práctica dental.
4. 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 material, la Institución, a través de la Compañía Articuladora de Servicios Dentales, 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. El reemplazo de coronas se pagará no más de una vez en un periodo de 8 (ocho) años y solamente en el evento de que las coronas existentes no sean satisfactorias y no puedan corregirse. El periodo de 8 (ocho) años comenzará a contarse, a partir de la fecha en que se realizó la restauración por última vez, no importando si fue pagado dentro de la vigencia de la Póliza de Seguro cubierta por otra aseguradora administradora de servicios de salud o por el Asegurado.
- Limitaciones en Apoyos de Diagnóstico. la Institución, a través de la Compañía Articuladora de Servicios Dentales, únicamente pagará por radiografías tomadas para fines de diagnóstico; las radiografías que se necesiten tomar para realizar los diferentes Tratamientos, y aquellas posteriores al Tratamiento para comprobar 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 una cada 5 (cinco) años, las radiografías Panorámicas acompañadas por radiografías de Aleta de Mordida están limitadas a 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, la Institución, a través de la Compañía Articuladora de Servicios Dentales, 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).

5. Las evaluaciones orales, incluyendo visitas para observación y consultas, están limitadas a una evaluación oral cada año. la Institución, a través de la Compañía Articuladora de Servicios Dentales, pagará una sola vez al año por cualquier combinación de los Procedimientos de Evaluación Oral Periódica y Evaluación Oral Completa.
6. Limitaciones en Profilaxis. Las Profilaxis están limitadas a 2 (dos) al año.
7. Limitaciones en Beneficios de Prostodoncia. Los reemplazos de Tratamientos de Prostodoncia (de una dentadura) se pagarán no más de una vez en un periodo de 5 (cinco) años, solamente en el evento de que sea insatisfactoria y no haya manera de corregirla. Los servicios necesarios para ajustar al aparato de Prostodoncia se prestarán de acuerdo a las condiciones de la Póliza de Seguro. Los aparatos de Prostodoncia y coronas soportadas por implantes se reemplazarán solamente después de que hayan transcurrido 8 (ocho) años de haber sido colocadas; los 8 (ocho) años se contarán a partir de cualquier provisión de dichos aparatos y coronas soportadas por implantes.
8. Limitaciones en Cirugía Periodontal. Los beneficios para Cirugía Periodontal en el mismo cuadrante están limitados a una vez en un periodo de 5 (cinco) años. El periodo de 5 (cinco) años se medirá a partir de la fecha en la que fue realizada la última Cirugía Periodontal en dicho cuadrante, no importando si fue pagado dentro de la vigencia de la póliza de seguro cubierta por otra aseguradora administradora de servicios de salud o por el Asegurado.
9. Limitación a las Resinas en Dientes Posteriores. Se cubren las resinas de una y 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.
10. Limitación de Procedimientos Quirúrgicos Menores – El procedimiento de raspado y alisado para los planes que no incluyan la cobertura de Periodoncia, aplican únicamente a 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 dos cuadrantes por año.
11. En incisión y drenaje de abscesos complicados, se excluye la “Angina de Ludwig”.

VI. TÉRMINACIÓN.

Esta cobertura se cancelará automáticamente sin obligaciones para la Institución al ocurrir

cualquiera de los siguientes eventos:

1. Al término del plazo estipulado en la carátula de la póliza o del certificado.
2. Al momento en el que se termine la cobertura de la póliza y/o el certificado al que se adhiere esta cláusula.

Estas condiciones tendrán prelación respecto de la cobertura dental en todo lo que sean contrarias sobre lo dispuesto en la carátula, condiciones generales, endosos agregados y cláusulas adicionales de la póliza que hayan sido emitidos en fechas anteriores al inicio de vigencia del presente endoso.

Los demás términos y condiciones de la póliza quedan sin modificaciones.

FECHA DE ELABORACION: 10 de agosto de 2023

Seguros Monterrey New York Life, S. A.