

Guía del asegurado  
**Plan Integral**



Tú, por ser asegurado de seguro de Gastos Médicos Individual **Flex Plus®**, **Protección Diabetes, Plus** e **Internacional** de



podrás **cuidar tu salud bucal con Centauro.**

En la **siguiente guía** podrás encontrar las **características de tu plan**, conócelas y empieza a disfrutar de nuestros servicios.



# ¿Cómo **usar** tu seguro?



## Agenda tu cita

- Llamando al **55 8659 8659**
- En línea ingresando a **clinicadentalcentauro.com.mx** para citas en clínicas propias
- En nuestra **App Centauro** disponible en App Store y Play Store
- Asistiendo a tu clínica u odontólogo más cercano con un **documento oficial vigente**



## Al ir a tu cita

Es importante que asistas con cita previa, así podrás reducir el tiempo de espera en los consultorios.



## Elige a tu odontólogo



### Primer consulta

Debes elegir un odontólogo general, él se encargará de realizar un diagnóstico, y en caso de que requieras un especialista, serás remitido a uno con la red de odontólogos Centauro.



### Niños (menores de 14 años)

Deben acudir al especialista en odontología infantil: el odontopediatra.



## Clínicas Dentales **Centauro**



### Clínicas propias

Tu plan cuenta con una red de clínicas propias de alta calidad, comodidad y todas las medidas de prevención y bioseguridad.



### Especialidades

Agenda tu cita en una de nuestras clínicas y ten acceso a todas las especialidades en un solo lugar.



### Ubicaciones

Las Clínicas Dentales Centauro están en plazas comerciales en varias ubicaciones de la Ciudad de México, Área Metropolitana, Querétaro, Monterrey, Guadalajara, Chihuahua, Tijuana, Puebla y Hermosillo.



### Horarios

Horario de atención de 10:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a domingo, incluso días feriados.

## Red Dental **externa**



### +5,442 dentistas

Si no cuentas con una Clínica Dental Centauro en tu ciudad, tienes acceso a la red dental externa con **+5,442 dentistas**.



### Cobertura nacional

La red se encuentra en los **32 estados del país**, con odontólogos de todas las especialidades dentales.





# Conoce tus **servicios**



## Coaseguro (0%, 30% y 50%)

Porcentaje del costo de cada uno de los tratamientos incluidos en la(s) coberturas(s) contratada(s) que va de acuerdo con el plan contratado y que deberás pagar directamente al odontólogo.



## Deducible

No aplica.



## Descuentos (10% y 20%)

Se aplicará este porcentaje de descuento al costo de lista de cada uno de los tratamientos incluidos bajo este concepto, el monto resultante deberás pagarlo directamente al odontólogo.



## ¿Cuál es la suma asegurada del seguro?

El plan cuenta con una Suma Asegurada de 35 UMAM\* equivalente a \$110,379.50 MXN.

\*UMAM 2023: Unidad de Medida y Actualización Mensual

## Coberturas

|  |  |
|--|--|
|  | Consulta de emergencia dental en horario de servicio*.   |
|  | <b>Diagnóstico, plan de tratamiento y prevención</b><br>(2 limpiezas al año sin costo adultos y niños) |
|  | <b>Radiografías</b><br>(1 radiografía al año sin costo)  |
|  | <b>Operatoria dental</b><br>(Amalgamas y resinas)  |
|  | <b>Endodoncias</b><br>(Tratamientos de conductos, pulpectomías y pulpotomías)                          |
|  | <b>Cirugía básica</b><br>(Procedimientos quirúrgicos menores)  |
|  | <b>Cirugía avanzada</b><br>(Procedimientos quirúrgicos mayores)  |
|  | <b>Terceros molares</b><br>(Muelas de juicio)  |
|  | <b>Prótesis</b><br>(Coronas metal porcelana, Onlays, postes)   |
|  | <b>Periodoncia</b><br>(1 evaluación periodontal al año sin costo)                                      |
|  | <b>Ortodoncia</b><br>(Brackets metálicos, autoligados y cerámicos)                                     |
|  | <b>Blanqueamientos</b><br>(Zoom y en casa)   |
|  | <b>Otros</b>   |

## Plan Integral

|   |
|---|
| 1 al año sin costo                                  |
| 0% coaseguro  |
| 30% coaseguro                                       |
| 30% coaseguro (+1 resina infantil al año sin costo) |
| 30% coaseguro                                       |
| 30% coaseguro                                       |
| 30% coaseguro                                       |
| 30% coaseguro                                       |
| 50% coaseguro                                       |
| 30% coaseguro                                       |
| 10% - 20% (Descuentos en retiro de brackets)        |
| Descuentos del 20%                                  |
| Descuentos del 10%                                  |

\* Horario de servicio: Lunes a sábado de 10:00 a.m. a 8:00 p.m. y domingos de 10:00 a.m. a 6:00 p.m.

Guía del asegurado **Plan Integral**





# Cobertura Paciente adulto

## Detalle de las coberturas



### MÓDULO BÁSICO

|  |  |
|--|--|
| <b>Evaluación oral (una al año)</b>  |  |
| Consulta oral detallada y extensiva  | Sin costo  |
| Diagnóstico y plan de tratamiento  |  |
| <b>Consulta de emergencia (en horario de servicio*)</b>                        |  |
| Una al año, no incluye tratamiento   | Sin costo  |
| <b>Paquete Remineralizante Anual de Diagnóstico (PRAD)</b>                     |  |
| 4 radiografías periapicales de diagnóstico                                     |  |
| Una limpieza en adulto   | 2 limpiezas al año (una cada seis meses)<br>Sin costo en combinación de estos tratamientos.<br><br>A partir de la tercera limpieza 30% de coaseguro. |
| Terapia remineralizante (flúor)  |  |
| Instrucción nutricional para el control de la enfermedad dental                |  |
| Orientación para la prevención de enfermedades bucales asociadas al tabaquismo |  |
| Instrucción en higiene oral  |  |
| <b>Limpieza en adulto</b>  |  |

\* Horario de servicio: Lunes a sábado de 10:00 a.m. a 8:00 p.m. y domingos de 10:00 a.m. a 6:00 p.m.



## Detalle de las coberturas | Paciente adulto



### MÓDULO RADIOGRAFÍAS

|   |   |
|---|---|
| Media serie radiográfica (7)            | Una radiografía al año.<br>Sin costo en combinación de estos tratamientos.<br>Las radiografías adicionales, tienen el 30% de coaseguro. |
| Serie radiográfica completa (14) y (18) |   |
| Radiografía panorámica                  | 30% de coaseguro  |
| Radiografía periapical                  |   |
| Radiografía panorámica (adicionales)    |   |



### MÓDULO OPERATORIA DENTAL

|   |                  |
|---|------------------|
| Resina diente anterior, una superficie  | 30% de coaseguro |
| Resina diente anterior dos o más superficies, excluye ángulo o borde incisal            |                  |
| Resina diente posterior, una superficie   |                  |
| Resina en diente posterior por reposición de amalgama previa                            |                  |
| Resina diente posterior, post-fisurotomía (caries incipiente)                           |                  |
| Resina diente posterior dos o más superficies, diente temporal o permanente             |                  |
| Resina complementaria clase I diente posterior  |                  |
| Resina en diente anterior que involucre ángulo incisal (dientes deciduos y permanentes) |                  |
| Amalgama una superficie, diente temporal o permanente                                   |                  |
| Amalgama dos superficies, diente temporal o permanente                                  |                  |
| Amalgama tres superficies, diente temporal o permanente                                 |                  |
| Amalgama complementaria clase I diente posterior  |                  |



### MÓDULO ENDODONCIA

|  |                  |
|--|------------------|
| Apexificación (apicoformación) con dos citas incluidas para su control | 30% de coaseguro |
| Apicectomía-Cirugía periradicular en diente anterior                   |                  |
| Apicectomía-Cirugía periradicular en molar                             |                  |
| Apicectomía-Cirugía periradicular en premolar                          |                  |
| Amputación radicular (por raíz)  |                  |
| Tratamiento de conductos en molar permanente                           |                  |
| Tratamiento de conductos en diente anterior permanente                 |                  |
| Tratamiento de conductos en premolar                                   |                  |
| Retratamiento en diente anterior                                       |                  |
| Retratamiento en premolar  |                  |
| Retratamiento en molar   |                  |



### MÓDULO CIRUGÍA

|   |                  |
|---|------------------|
| Extracción simple (incluye alveoloplastía)  | 30% de coaseguro |
| Frenilectomía lingual y labial  |                  |
| Extracción de restos radiculares o raíces expuestas                               |                  |
| Incisión y drenaje de absceso intraoral, involucra incisión a través de la mucosa |                  |
| Biopsias de tejidos orales duros  |                  |
| Biopsias de tejidos orales blandos  |                  |
| Extracción de restos radiculares quirúrgica                                       |                  |



## Detalle de las coberturas | Paciente adulto



### MÓDULO TERCEROS MOLARES

|   |                  |
|---|------------------|
| Extracción de diente impactado en tejido blando (tercera molar erupcionado) | 30% de coaseguro |
| Extracción de diente impactado parcialmente cubierto por hueso              |                  |
| Extracción de diente impactado totalmente cubierto por hueso                |                  |



### MÓDULO PRÓTESIS

|  |                  |
|--|------------------|
| Poste de fibra de vidrio                           | 50% de coaseguro |
| Prótesis Fija (corona metal porcelana, por unidad) |                  |
| Poste metálico -plata paladio-                     |                  |
| Onlay porcelana y plata paladio                    |                  |



### MÓDULO PERIODONCIA

|  |  |
|--|--|
| Una evaluación periodontal (primera consulta) (una al año)   | Sin costo. A partir de la 2a consulta 30% de coaseguro |
| Raspado coronal, raspado y alisado radicular uno a tres dientes por cuadrante o cuatro o más dientes por cuadrante   | 30% de coaseguro                                       |
| Ferulización por cuadrante   |  |
| Aloinjerto de tejido blando (no incluye material)  |  |
| Colocacion de injerto óseo, aloinjerto, membrana 0.5, gingival libre en defectos periodontales por cuadrante, sitio adicional (no incluye costo de material) |  |



### MÓDULO ORTODONCIA

|  |                  |
|--|------------------|
| Retiro de brackets (únicamente en brackets metálicos)  | 10% de descuento |
| Pago inicial brackets metálicos, cerámicos y autoligados   | 20% de descuento |
| Estudio completo de ortodoncia (incluye: ortopantomografía, lateral de cráneo, modelos de estudio en yeso, análisis cefalométrico 1 trazo y fotografía clínica) (únicamente en brackets metálicos) |                  |



### MÓDULO BLANQUEAMIENTOS

|   |                  |
|---|------------------|
| Blanqueamiento arcada superior e inferior en casa y en consultorio (Zoom) | 20% de descuento |
|---|------------------|





# Cobertura Paciente infantil

## Detalle de las coberturas



### MÓDULO BÁSICO

|   |   |
|---|---|
| <b>Evaluación oral (una al año)</b>                             |   |
| Consulta oral detallada y extensiva                             | Sin costo   |
| Diagnóstico y plan de tratamiento                               |   |
| <b>Consulta de emergencia (en horario de servicio*)</b>         |   |
| Una al año, no incluye tratamiento                              | Sin costo   |
| <b>Paquete Anual Odontopediátrico con Flúor (PAO-CF)</b>        |   |
| 4 radiografías periapicales de diagnóstico                      | 2 limpiezas al año (una cada seis meses)<br>Sin costo en combinación de estos tratamientos. |
| Una limpieza en niños y aplicación de flúor                     |   |
| Instrucción nutricional para el control de la enfermedad dental | A partir de la tercera limpieza 30% de coaseguro.   |
| Instrucción en higiene oral                                     |   |
| <b>Limpieza y aplicación de flúor en niños</b>                  |   |



### MÓDULO BÁSICO A

|  |   |
|--|---|
| Selladores de fosetas y fisuras por diente | 2 al año sin costo. A partir del 3ro, 30% de coaseguro. |
|--|---|

\* Horario de servicio: lunes a sábado de 10:00 a.m. a 8:00 p.m. y domingos de 10:00 a.m. a 6:00 p.m.

## Detalle de las coberturas | Paciente infantil



### MÓDULO RADIOGRAFÍAS

|   |  |
|---|--|
| Media serie radiográfica (7)            | Una radiografía al año. Sin costo en combinación de estos tratamientos. Las radiografías adicionales, tienen el 30% de coaseguro |
| Serie radiográfica completa (14) y (18) |  |
| Radiografía panorámica                  |  |
| Radiografía periapical                  | 30% de coaseguro   |
| Radiografía panorámica (adicionales)    |  |



### MÓDULO OPERATORIA DENTAL

|   |  |
|---|--|
| Resina diente anterior, una superficie  | Una resina infantil al año sin costo. Resinas adicionales 30% de coaseguro |
| Resina diente anterior, dos o más superficies, excluye ángulo o borde incisal           |  |
| Resina diente posterior, una superficie   |  |
| Resina en diente posterior por reposición de amalgama previa                            |  |
| Resina diente posterior, post-fisurotomía (caries incipiente)                           |  |
| Resina diente posterior, dos o más superficies, diente temporal o permanente            |  |
| Resina complementaria clase I diente posterior  |  |
| Resina en diente anterior que involucre ángulo incisal (dientes deciduos y permanentes) | 30% de coaseguro   |
| Resina diente anterior, una superficie  |  |
| Resina en diente posterior por reposición de amalgama previa                            |  |
| Resina diente posterior, post-fisurotomía (caries incipiente)                           |  |
| Resina diente posterior dos o más superficies, diente temporal o permanente             |  |



### MÓDULO ENDODONCIA

|   |                  |
|---|------------------|
| Pulpotomía en diente temporal (no incluye restauración) | 30% de coaseguro |
| Pulpectomía en diente anterior temporal                 |                  |
| Pulpectomía en diente posterior temporal                |                  |



### MÓDULO CIRUGÍA

|   |                  |
|---|------------------|
| Extracción simple en diente temporal (incluye alveoloplastia) | 30% de coaseguro |
|---|------------------|



### MÓDULO ORTODONCIA

|  |                  |
|--|------------------|
| Retiro de brackets (únicamente en brackets metálicos)    | 10% de descuento |
| Pago inicial brackets metálicos, cerámicos y autoligados | 20% de descuento |



## Detalle de las coberturas | Paciente infantil

Estudio completo de ortodoncia (incluye: ortopantomografía, lateral de cráneo, modelos de estudio en yeso, análisis cefalométrico 1 trazo y fotografía clínica) (únicamente en brackets metálicos).

20% de descuento



### MÓDULO BLANQUEAMIENTOS

Blanqueamiento arcada superior e inferior en casa y en consultorio (Zoom)

20% de descuento



# Exclusiones de las coberturas

1. Medicamentos.
2. Gastos hospitalarios.
3. Tratamientos y erogaciones fuera del territorio nacional.
4. Cualquier complicación derivada o que surja durante o después del tratamiento odontológico o quirúrgico por las lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en el contrato.
5. Cualquier complicación derivada o que surja durante o después del tratamiento odontológico o quirúrgico por negligencia del paciente a las indicaciones del odontólogo tratante.
6. Cualquier complicación derivada o que se manifieste durante o después del tratamiento odontológico o quirúrgico realizado por odontólogos fuera de la RED ODONTOLÓGICA CENTAURO.
7. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de naturaleza experimental o de investigación.
8. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético para mejorar la apariencia del asegurado mediante restauración plástica, corrección o eliminación de defectos.
9. Tratamientos que no estén especificados dentro de las coberturas del plan contratado.
10. Anestesia general y sedaciones.
11. Obturaciones de desgaste incisales y cervicales.
12. Para el tratamiento de biopsia de tejidos orales duros y/o blandos no incluye el costo de laboratorio.

## Limitaciones de las cobertura dental “Integral”

Para el tratamiento de Onlay porcelana libre de metal y plata paladio se otorga en órganos dentales sin tratamiento previo máximo dos superficies del mismo diente y no aplica en reposición protésica.

El reemplazo de coronas se pagará a lo más de una vez en un periodo de cinco años; podrá ser por caries, desajuste o filtraciones, **NO APLICA POR CAMBIOS ESTÉTICOS.**



[centauro.com.mx](https://centauro.com.mx)

Contact Center: 55 8659 8659

La cobertura de los servicios dentales se brinda a través de la red de Seguros Centauro, Salud Especializada S.A de C.V. en alianza con AXA Seguros, S.A. de C.V. Los productos se rigen por los términos y condiciones contratados. Consulta detalles de coberturas, exclusiones y requisitos de contratación en [axa.mx](https://axa.mx) o con tu intermediario de seguros.

A photograph of a woman with long, dark, curly hair, smiling warmly. She is wearing a light-colored, long-sleeved blouse and is seated at a desk in what appears to be an office or professional setting. The background is softly blurred, showing office furniture and bookshelves.

Guía del asegurado

**Plan Integral**