



ANEXO DE COBERTURA DENTAL

Salvo se estipule expresamente lo contrario, **los Anexos se rigen por las Condiciones Generales y las Condiciones Particulares del Seguro Principal.** Las Cláusulas Adicionales quedarán automáticamente sin valor alguno en caso de resolución del Seguro Principal.

1. COBERTURA

Cualquier tratamiento, procedimiento o servicio cubierto bajo este beneficio requerirá que el asegurado realice la Coordinación del Servicio con La Compañía para recibir autorización previa a menos que lo contrario se especifique en la Tabla de Coberturas o Condicionado Particular.

En caso de que el asegurado no realice la Pre-autorización o Coordinación de Servicios, ya sea que el producto contratado este sujeto a una red o cuenta con libre elección de proveedores, este estará sujeto a un porcentaje de penalización, definido en el **Condicionado General**, aplicable a todos los gastos cubiertos relacionados con la reclamación en base a los costos usuales, razonables y acostumbrados de la zona geográfica en la que se prestó el servicio, además del deducible y coaseguro, de ser aplicables.

1.1. Tratamiento Dental y procedimientos no estéticos

La Compañía cubrirá los tratamientos descritos siempre y cuando sean médicamente necesarios (no estéticos), hasta el límite establecido en la presente Tabla de Coberturas:

- Examen oral
- Limpieza de rutina
- Radiografías simples (aletas de mordida)
- Empaste
- Tratamiento de conducto radicular
- Puente dental
- Reparaciones
- Coronas
- Extracciones
- Cirugía dental
- Radiografía panorámicas o radiografías de serie completa
- Dentaduras postizas

1.2. Ortodoncia no estética

La Compañía cubrirá los gastos de ortodoncia a asegurados de hasta los dieciocho (18) años:

- consultas y revisiones mensuales
- extracción de dientes de leche
- planeación de tratamiento
- modelos/impresiones de encías
- extracciones
- anestesia
- radiografías simples/interproximales y periapicales/ rayos-x de raíces/boca completa/ortopantogramas (OPG) y cefalometrias (CEPH)
- fotografía digital, y
- aparatos ortopédicos de ortodoncia, frenillos de metal, retenedores de metal

2. EXCLUSIONES

Exclusiones particulares de esta cobertura

no se cubrirá:

- Tratamientos y cirugías dentales, alveolares, gingivales y maxilofaciales, así como sus complicaciones cuando se deriven de cualquier enfermedad.
- Piezas, restauraciones o prótesis con componentes de los siguientes materiales preciosos de manera enunciativa más no limitativa: oro, platino, paladio, rutenio, rodio, iridio y osmio.

Exclusiones Generales

Las indicadas en la Cláusula 12 de las Condiciones Generales de la póliza

TABLA DE COBERTURAS DEL ANEXO DE COBERTURA DENTAL (No aplica deducible)

Coberturas	Límite
Cuidado Dental Básico y Especializado	
> Examen oral > Limpieza de rutina, > Radiografías simples (aletas de mordida) > Empaste > Tratamiento de conducto radicular > Puente dental > Reparaciones > Coronas > Extracciones > Cirugía dental > Radiografía panorámicas o radiografías de serie completa > Dentaduras postizas	US\$ 1,500 al 80%
Ortodoncia	
Beneficio máximo por hijo de 18 años de edad o menor, de por vida	US\$ 1,500 al 80%

https://www.bupasalud.com/sites/default/files/documentos/2025-07/central/Anexo-Dental-Bupa-Global-Care_0.pdf