



PLAN BENEFICIOS COBERTURA DENTAL (**)

(**) = Esta cobertura solo aplica si se encuentra vigente en la póliza contratada

	COBERTURA	Porcentaje Reembolso Convenio	Porcentaje Reembolso Libre Eleccion
DENTAL BASICA	Radiología Intraoral	50%	50%
	Higienización o Limpieza	50%	50%
	Endodoncia	50%	50%
	Odontopediatría	50%	50%
	Operatoria Dental sin Laboratorio	50%	50%
	Cirugía Bucal Simple	50%	50%
	Consulta Dental	50%	50%
DENTAL ESPECIALIDAD	Radiología Oral	50%	50%
	Operatoria Dental Completa	50%	50%
	Periodoncia	50%	50%
	Cirugía Bucal Completa	50%	50%
	Disfunción	50%	50%
	Prótesis Fija	50%	50%
	Prótesis Removable	50%	50%
	Implantes Dentales	50%	50%
Laboratorio dental	50%	50%	
ORTODONCIA, PROTESIS E IMPLANTES	Carencia 3 meses, solo asegurados nuevos.	50%	50%
Tope Anual Cobertura Dental en UF		20,00 UF	
DEDUCIBLE	Por Grupo Familiar		
	Titular Solo	0,50 UF	
	Titular + 1 Carga	1,00 UF	
	Titular + 2 Cargas	1,50 UF	
	Titular + 3 o mas Cargas	2,00 UF	