

CUADRO DE COBERTURAS Y CLAUSULAS DE GASTOS DENTALES

Deducible		Por Beneficiario		UF 1,00				
Período de acumulación deducible		Año Calendario						
	Ítem	% Reembolso						Tope Máximo Anual en UF
		Región Metropolitana			Provincias			
		1 Prestadores Preferentes	2 Prestadores Convenidos	3 Libre Elección	4 Prestadores Preferentes o Convenidos	5 Sin Prestadores Preferentes o Convenidos	6 Libre Elección	
Gastos Ambulatorios								
Cirugía Dental	50							
Periodoncia	51							
Endodoncia	52							
Operativa Bucal	54	45%	35%	25%	45%	45%	25%	10UF
Odontopediatría	50							
Radiografías	50							
Laboratorio Dental	50							
Prótesis (Después de 1 año de vigencia)	56							
Otros Gastos								
Ortodoncia (Después de 1 año de vigencia)	57	45%	35%	25%	45%	45%	25%	10UF