

## CUADRO DE COBERTURAS Y CLAUSULAS DE GASTOS DENTALES

<b>Deducible</b>	Por Beneficiario	UF 1,00						
<b>Período de acumulación deducible</b>	Año Calendario							
		<b>% Reembolso</b>						
		<b>Región Metropolitana</b>			<b>Provincias</b>			
		1 Prestadores Preferentes	2 Prestadores Convenidos	3 Libre Elección	4 Prestadores Preferentes o Convenidos	5 Sin Prestadores Preferentes o Convenidos	6 Libre Elección	Tope Máximo Anual en UF
<b>Gastos Ambulatorios</b>	Ítem							
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							
<b>Otros Gastos</b>								
Ortodoncia (Después de 1 año de vigencia)	57	45%	35%	25%	45%	45%	25%	10UF