

**Todos los planes.**  
**PLAN EMPLEADOS**  
**Cobertura Gastos Dentales**

		UCO (*)	Bono	Libre Elección	SCIF	Año Poliza por Asegurado
<b>N°</b>	<b>Cuidado Dental General / Ortodoncia</b>					
1	Consulta Dental (Estudio Preliminar)	100%	60%	60%	60%	UF 30
2	Atención de Urgencia (Cuidado Dental Rutinario)	100%	60%	60%	60%	
3	Profilaxis o Higiene (Una vez por año)	100%	60%	60%	60%	
4	Fluoración (Menores de 14 años)	100%	60%	60%	60%	
5	Radiología Dental (Cuidado Dental Rutinario)	100%	60%	60%	60%	
6	Cirugía Bucal	100%	60%	60%	60%	
7	Operatoria Dental	100%	60%	60%	60%	
8	Endodoncia	100%	60%	60%	60%	
9	Prótesis Dental (primeros 3 meses de vigencia del asegurado, cobertura solo por accidente )	100%	60%	60%	60%	
10	Odontopediatría	100%	60%	60%	60%	
11	Periodoncia	100%	60%	60%	60%	
12	Implantes Dentales, incluye materiales (primeros 3 meses de vigencia del asegurado, cobertura solo por accidente)	100%	60%	60%	60%	
13	Disfunción (Plano y Tratamiento)	100%	60%	60%	60%	
14	Medicamentos Dentales	100%	60%	60%	60%	
15	Laboratorio Dental	100%	60%	60%	60%	
16	Ortodoncia (primeros 3 meses de vigencia del asegurado, cobertura solo por accidente)	100%	60%	60%	60%	
<b>Otros</b>						
GASTO EN EL EXTRANJERO: Según plan para gastos de urgencia y para otros gastos, que sean aprobados previamente por la asegurada.						
(*) Arancel UCO: último arancel de recomendación del Colegio de Cirujano Dentistas de Chile						
<b>Deducible (Por Grupo Familiar)</b>					<b>Aplicado después del reembolso del plan</b>	
Acumulación del deducible: año póliza, aplicado posterior al reembolso del plan					TIT. SOLO	UF 0,5
					TIT. + 1 DEP.	UF 1
					TIT. + 2 DEP.	UF 1,5
					TIT. + 3 DEP.	UF 2
<b>Monto Máximo (anual) año póliza:</b>						
POR PERSONA   UF 30						