

Plan

SOY RedSalud

Dental

Soy **RedSalud Dental** es un plan enfocado en **prevenir futuras enfermedades** que afecten a tu **salud bucal**.

¡NUEVO PLAN!

SOY REDSALUD

DENTAL

- ✓ Diagnóstico Dental General
- ✓ Radiografías sin costo*
- ✓ Limpieza, flúor y sellantes sin costo
- ✓ 65% descuento en todos los tratamientos
- ✓ Cubre preexistencias
- ✓ Sin deducible

La aplicación del “Plan Soy RedSalud Dental” se hará efectiva una vez aplicados los beneficios y coberturas del sistema de salud previsional respectivo, así como también los de cualquier otro beneficio, Plan o seguro que posea el Contratante y sus cargas.

(*) Excluye radiografías 3D, técnicas específicas e informes cefalométricos. Sólo incluye radiografías 2D intra y extraoral.

Precio

El precio del “**Plan Soy RedSalud Dental**” será de **UF 0,28** por beneficiario incluido en el contrato de suscripción, **el cual se pagará en cuotas mensuales anticipadas y sucesivas.**

Cobro

El cobro se realizará sobre el medio de pago inscrito **por el beneficiario al momento** de contratación del producto, o sobre **el último medio de pago inscrito por el beneficiario.**

Activa tu plan

Para hacer **efectiva la entrega de los beneficios contratados** en las **Clínicas Dentales RedSalud**, el beneficiario deberá identificarse en la recepción con su **cédula de identidad o pasaporte vigente** al momento de la atención.

Debes saber

Existe un **tope de beneficio anual de 60 UF**, el mecanismo de este tope es el siguiente: **Después de cada transacción** de una prestación sin costo, el monto del beneficio otorgado (**Valor arancel RedSalud menos el copago**) se va acumulando hasta alcanzar el tope (**60 UF**), una vez que se alcanza dicho se termina el beneficio de las prestaciones sin costo. **Este monto acumulado** se reinicia anualmente, siendo la fecha de inicio de vigencia la **fecha de inicio a contar cada periodo de 12 meses.**



SOY fan de
mi sonrisa

Contrata 100% online en **redsaud.cl**

Prestaciones sin costo

Código prestación	GLOSA PRESTACIÓN	Tope Anual
5001001	EXAMEN INICIAL,PLAN DE TRATAMIENTO Y PRESUPUESTO	Sin tope
5001027	PROFILAXIS (HIGIENE) ADULTOS, AMBAS ARCADAS	1
5001030	DESTARTRAJE SUPRAGINGIVAL Y LIMPIEZA CORONARIA, AMBAS ARCADAS	1
5005012	SELLANTE POR PIEZA DEFINITIVA	4
5010007	APLICACIÓN DE SELLANTE PIEZA TEMPORAL	4
5010012	TÉCNICA DE CEPILLADO NIÑOS	Sin tope
5012012	ENSEÑANZA DE TÉCNICA DE CEPILLADO	Sin tope
5012022	APLICACIÓN DE FLÚOR BARNIZ SILANO (GENERAL)	1
5002001	RADIOGRAFÍA RETROALVEOLAR (1 PZA.)	Sin tope
5002002	RADIOGRAFÍA RETROALVEOLAR TOTAL	Sin tope
5002003	RADIOGRAFÍA OCLUSAL	Sin tope
5002004	RADIOGRAFÍA POR ALETA MORDIDA O BITE-WING ADULTO (UNILATERAL)	Sin tope
5002007	TELERADIOGRAFÍA	Sin tope
5002010	RADIOGRAFÍA PANORÁMICA	Sin tope
5002018	RADIOGRAFÍA ATM BILATERAL	Sin tope
5002019	RADIOGRAFÍA POR ALETA MORDIDA O BITE-WING NIÑO (UNILATERAL)	Sin tope
5002020	RX DE MANO	Sin tope
5002024	RADIOGRAFÍA RETROALVEOLAR (PZA. CON DOLOR Y/O INFECCIÓN)	Sin tope
5002030	RX TTO. ENDODONCIA (INCLUYE CONDUCTOMETRÍA, CONOMETRÍA Y CONTROL ENDODÓNTICO)	Sin tope
5002031	RADIOGRAFÍA CONTROL ENDODÓNTICO POST CIRUGÍA	Sin tope
5002032	SET RADIOGRÁFICO INICIAL DE DIAGNÓSTICO ADULTO	Sin tope
5002033	SET RADIOGRÁFICO INICIAL DE DIAGNÓSTICO NIÑO	Sin tope



Garantías

Las garantías aplican sobre algunas prestaciones y especialidades dentales, siempre y cuando los tratamientos hayan sido realizados en su totalidad (estén terminados) por un profesional en alguna de las Clínicas Dentales RedSalud, exista alta clínica del paciente y éste haya seguido las indicaciones post tratamiento y mantención dadas por su odontólogo tratante:

Especialidad	Período de garantía	Observaciones Específicas
Cirugía (Complicaciones post extracción)	Inmediata	Aplica sólo si el paciente ha seguido las indicaciones post quirúrgicas
Endodoncia	12 meses	
Implante dental	De por vida	Aplica sólo en perno de titanio, no incluye la rehabilitación.
Odontopediatría	6 meses	
Operatoria	6 meses	
Ortodoncia	12 meses	Aplica sólo cuando el paciente haya finalizado en forma adecuada el tratamiento, según las indicaciones del odontólogo tratante, se realice el retiro de la aparatología, las contenciones correspondientes y asista a sus controles pasivos según indicación.
Periodoncia	3 meses	
Rehabilitación	12 meses	
Laboratorio Dental	Por fatiga de material	

Situaciones de exclusión de la garantía:

- a)** No seguir las instrucciones post operatorias y controles clínicos indicados por el odontólogo tratante.
- b)** Prestaciones de pronóstico dudoso hechas en centros no pertenecientes al PRESTADOR.
- c)** Presencia de otras enfermedades que afecten la evolución y/o pronóstico del tratamiento dental.
- d)** Daño atribuible a terceros.
- e)** Traumatismos.
- f)** Uso deficiente o inadecuado de los instrumentos o medicamentos prescritos por el odontólogo tratante para efectuar el tratamiento dental.
- g)** Mal cuidado por parte del paciente, esto es, el no seguimiento por parte de éste a las instrucciones entregadas por el odontólogo tratante.
- h)** Fracturas por caídas.
- i)** Pérdida de elementos protésicos y/u ortodóncicos.
- j)** Instalación Pabellón e insumos de Microtornillos y Microimplantes.

Exclusiones:

Se excluyen en los beneficios de este complemento: insumos, aditamentos y material de injerto; las prestaciones dentales que se realicen fuera de las Clínicas Dentales RedSalud y todas las prestaciones no contenidas en el arancel dental RedSalud 100. Descuentos no acumulables con otros convenios ni campañas.

SOY responsable
de mi salud dental



SOY REDSALUD

Contrata 100% online en redsalud.cl

