

	NACIONAL	Financiamiento/Cobertura de Prestaciones Odontológicas
Monto máximo de cobertura anual	Aplica detalle Financiamiento/ Coberturas de este anexo	Privilegio
Deducible Anual	\$0	Prestadores de servicios de salud: Red de Prestadores Afiliados Específicos

Prestaciones Odontológicas/Sanitarias		Financiamiento / Coberturas Aplica a Tarifarios por Procedimientos Prestador Dental
Servicios Preventivos	Consultas y limpiezas odontológicas sin costo: Examen clínico y diagnóstico, Rayos-X (Periapicales), Fase higiénica (Profilaxis), Aplicación de flúor (menores de 15 años), Consulta con especialistas.	100%
Asistencia en Urgencias Odontológicas	Atención inmediata en caso de una urgencia odontológica (malestar o dolor de origen dental).	100%
Restauraciones	Cobertura para restaurar y mantener las piezas dentales en el mejor estado: Amalgama simple (1 superficie), Amalgama compuesta (2 superficies), Amalgama compleja (3 o más superficies).	100%
	Cobertura para restaurar y mantener las piezas dentales en el mejor estado: Resina simple (1 superficie), Resina compuesta (2 superficies), Resina compleja (3 o más superficies).	70%
Cirugías	Cobertura de extracciones: Extracciones Simples, Extracción con odontosección, Cirugía método abierto (semi o incluidos), Remodelado óseo por cuadrante (sin exodoncia), Profundización reborde por cuadrante, Operculotomía, Extracción de remanentes radiculares, Frenillectomía (lingual o labial), Drenaje absceso intraoral. Otras cirugías de tejido blando, Excisión de torus (palatino o lingual bilateral), Ventana quirúrgica Orto/(Ósea o mucosa), Exodoncia terceros molares erupcionados, Exodoncias múltiples (unidad), Biopsia para laboratorio, Apicectomía en anteriores, Apicectomía en posteriores.	70%
Odontopediatría	Especialidad para tratamiento en niños hasta 12 años: Flúor por desmineralización (1 sesión), Amalgamas en definitivos, Amalgama en temporales.	100%
	Especialidad para tratamiento en niños hasta 12 años: Resinas en definitivos, Resina en temporales, Ion de vidrio fotocurado en temporales, Extracciones pediátricas con movilidad, Extracciones pediátricas con anestesia, Carillas en resina en temporales, Endodoncia en anteriores temporales, Endodoncia en posteriores temporales, Pulpotomía en dientes temporales.	70%
Periodoncia	Remoción de cálculos supragingivales por boca, Trasplante dentario (sin endodoncia), Reimplante dentario, Remoción de cálculos subgingivales RAR por cuadrante, Gingivoplastia o gingivectomía por cuadrante, Curetaje a campo abierto por cuadrante, Cirugía mucogingival para cubrimiento de raíces, Cirugía mucogingival para manejo de rebordes, Membrana (sin tratamiento), Colocación de membranas reabsorbibles (sin membrana), Alargamiento corona clínica sin osteotomía, Alargamiento corona clínica con osteotomía, Cuña distal o mesial por diente, Injerto óseo (sin material), Mantenimiento periodontal, Ferulización por cada 3 piezas.	70%
Endodoncia	Apexificaciones, Apexogénesis, Desobturación por diente, Endodoncia en anteriores, Endodoncia en premolares, Endodoncia en molares.	70%
Ortodoncia	Ortodoncia Tratamiento con brackets.	Bono \$300
Otras coberturas	Prestaciones Odontológicas y Sanitarias para el tratamiento de traumatismos dentarios a causa de accidentes.	Anual 100% hasta \$150

Carencias		
Prestaciones Médicas/ Sanitarias	Procedimientos	Tiempo
Servicios Preventivos	Detallados en Anexo	Inmediato
Asistencia Emergencias	Detallados en Anexo	Inmediato
Restauraciones	Detallados en Anexo	30 días
Cirugías	Detallados en Anexo	30 días
Odontopediatría	Detallados en Anexo	30 días
Periodoncia	Detallados en Anexo	30 días
Endodoncia	Detallados en Anexo	30 días
Ortodoncia	Detallados en Anexo	30 días

Las **Redes** a las cuales se hacen referencia en este anexo de Financiamiento/Cobertura de Prestaciones Médicas son:

Red de Prestadores de Servicios de Salud Afiliados Específicos (Red de Prestadores de Servicios de Salud Afiliados Específicos): Es la red de prestadores de servicios de salud que tengan suscrito un contrato con SALUDSA destinados a ofrecer prestaciones sanitarias específicas.

Monto Máximo de Cobertura anual se refiere al Monto Máximo Establecido para el Producto definido en el contrato.

Todos los **porcentajes de cobertura y valores** se aplicarán de acuerdo a: Tarifario por Procedimientos por nivel, Anexo Financiamiento/Cobertura de Prestaciones Médicas, Tabla de Porcentajes de Financiamiento, siempre y cuando las prestaciones sanitarias brindadas sean razonables y estén dentro de la práctica médica habitual.

Los montos máximos por conjunto de prestación no se suman entre sí aun cuando estén determinados por diferentes tipos de prestadores de servicios de salud.

SALUDSA tiene la facultad de revisar y modificar la clasificación de niveles en cualquier momento, si así lo estima conveniente. Es recomendable que cada vez que se requiera una atención con un Médico o Entidad inscrita, el Usuario consulte en los canales web de Saludsa, el nivel en el que se está clasificando el Médico y el prestador a ser utilizado, de forma tal que pueda obtener una mejor cobertura y servicio.

Las prestaciones sanitarias no detalladas en el presente anexo no tendrán cobertura.

FIRMA CONTRATANTE