

<b>OPERATORIA</b>	Resinas compuestas y carillas directas de resina, ionómero de vidrio de reconstrucción	2 AÑOS
	Clareamiento o Blanqueamiento	SIN GARANTÍA
<b>ODONTOPIEDIATRÍA</b>	Resina compuesta, ionómero de vidrio de reconstrucción.	1 AÑO
<b>REHABILITACIÓN ORAL</b>	Corona, carillas indirectas de cerámica, puentes, prótesis removible	1 AÑO
<b>ENDODONCIA</b>	Revisar condiciones para la especialidad *	1 AÑO
<b>ORTODONCIA</b>	Revisar condiciones para la especialidad **	
	Instalación de implante (revisar condiciones)***	De por vida
<b>IMPLANTOLOGÍA</b>	Prótesis o Corona sobre implante atornillada o cementada (revisar condiciones)****	1 AÑO
	Injerto óseo, membrana y preservación alveolar	SIN GARANTÍA
<b>LABORATORIOS</b>	Falla de material o manufactura (revisar condiciones)*****	2 AÑOS

### Condiciones generales de exclusión de garantía

1. NO SEGUIR LAS INSTRUCCIONES RECOMENDADAS POSTERIOR AL TRATAMIENTO Y/O NO ASISTIR A LOS CONTROLES CLÍNICOS INDICADOS POR EL PROFESIONAL. 2. EXTRAVÍO DEL APARATO PROTÉSICO U ORTODÓNICO. 3. TENER ALGUNA PATOLOGÍA SISTÉMICA DE BASE QUE AFECTE O ALTERE EL PRONÓSTICO Y/O EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO REALIZADO. 4. ACCIDENTES TRAUMÁTICOS, USO INADECUADO O NO USO DEL APARATO PROTÉSICO U ORTODÓNICO. 5. NO ACATAR LAS INDICACIONES DADAS POR EL ODONTÓLOGO TRATANTE EN CUANTO AL USO E HIGIENE DE LOS APARATOS PROTÉSICOS. 6. TRASTORNO TEMPOROMANDIBULAR (BRUXISMO) DIAGNOSTICADO Y NO TRATADO OPORTUNAMENTE. 7. INTERVENCIÓN EN TRATAMIENTO REALIZADOS EN NEXUS DENTAL POR PARTE DE OTROS PROFESIONALES EXTERNOS A NUESTRA CLÍNICA Y REALIZADO EN OTRAS INSTALACIONES DIFERENTES A NEXUS DENTAL. 8. \* LA GARANTÍA ENTRA EN VIGENCIA SOLO SI EL PACIENTE HA REHABILITADO EL DIENTE DENTRO DE 1 MES LUEGO DE REALIZADO EL TRATAMIENTO DE CONDUCTO. 9. \*\* LA GARANTÍA ENTRA EN VIGENCIA SOLO SI EL PACIENTE HA VENIDO A SUS CONTROLES DE ORTODONCIA PERIÓDICAMENTE SIN FALTAR A NINGUNO. LA REPOSICIÓN DE BRACKETS SERÁ COBRADA APARTE. 10. \*\*\* TODOS LOS INSUMOS, INJERTOS O MEMBRANAS QUE SE REQUIERAN PARA INSTALAR NUEVAMENTE EL IMPLANTE DEBEN SER COSTEADOS POR EL PACIENTE. 11. \*\*\*\* TODA REHABILITACIÓN DE UN IMPLANTE PERDIDO POR CAUSAS AJENAS A NEXUS DENTAL DEBE SER COSTEADO POR EL PACIENTE. 13. \*\*\*\*\* CUALQUIER MAL USO QUE HAGA QUE EL APARATO PROTÉSICO U ORTODÓNICO SE ROMPA POR CAUSAS AJENAS A NEXUS DENTAL NO TENDRÁ COBERTURA.

**A considerar:** En caso de que usted necesite hacer efectiva una garantía dental, agradeceremos acercarse a la sucursal, escribir correo electrónico a [consulta@nexusdental.cl](mailto:consulta@nexusdental.cl), explicar brevemente los hechos que le hacen pedir garantía por su tratamiento, usted será brevemente contactado para coordinar evaluación clínica administrativa por parte de la Directora odontológica de la sucursal.