
Rimborso spese odontoiatriche

Network

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE PER LA TUTELA DELLA SALUTE E DELL'INTEGRITÀ FISICA

Il presente Set Informativo, composto da:

- Condizioni di Assicurazione, comprensive di Glossario dei termini,
 - Documento Informativo Precontrattuale (DIP Danni),
 - Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo (DIP Aggiuntivo Danni),
- deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto.

LEGGERE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE

Rimborso Spese Odontoiatriche Network

Assicurazione Collettiva

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

GLOSSARIO

I termini, il cui significato è riportato di seguito, nel testo contrattuale sono in corsivo.

ASSICURATO

Il soggetto il cui interesse è protetto dall'*assicurazione*.

ASSICURAZIONE

Il contratto di *assicurazione*.

BLUE ASSISTANCE

Società che gestisce il servizio di assistenza agli *Assicurati*, provvede alla liquidazione dei *sinistri* per conto di Reale Mutua ed alla gestione delle convenzioni e dei rapporti con i *centri odontoiatrici* che ha convenzionato in Italia ed all'estero.

CENTRI ODONTOIATRICI

Le strutture odontoiatriche ed i medici/odontoiatri presso i quali l'*Assicurato* può fruire delle prestazioni mediche previste dalla *polizza*, rese necessarie dal Suo stato di salute.

DAY HOSPITAL

Struttura sanitaria avente posti letto per degenza diurna, autorizzata ad erogare prestazioni chirurgiche o terapie mediche che richiedono la compilazione della cartella clinica.

INDENNIZZO

La somma dovuta da Reale Mutua in caso di sinistro.

INFORTUNIO

Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili.

INTERVENTO CHIRURGICO

Provvedimento terapeutico che viene attuato con manovre cruenta, manuali o strumentali.

LIMITI TEMPORALI E/O AMMINISTRATIVI

Condizioni necessarie per poter attivare la garanzia odontoiatrica.

MALATTIA

Ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute dell'*Assicurato* non dipendente da *infortunio*.

MALFORMAZIONE - DIFETTO FISICO

Alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico, che sia evidente o sia clinicamente diagnosticabile prima della stipulazione della *polizza* (o dell'ingresso in garanzia).

MASSIMALE

La somma fino alla concorrenza della quale, per ciascun anno assicurativo, Reale Mutua presta la garanzia.

MODULO DI POLIZZA

Documento che riporta i dati anagrafici del Contraente e quelli necessari alla gestione del contratto, le dichiarazioni e le scelte del Contraente, i dati identificativi del rischio, il premio e la sottoscrizione delle Parti (Mod. 5115 MAL)

NOMENCLATORE TARIFFARIO ODONTOIATRICO

Elenco delle prestazioni assicurate, con i relativi vincoli e limiti di *indennizzo*.



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

NUCLEO FAMILIARE

Coniuge, convivente more uxorio e figli - fino al 26° anno di età - conviventi con il Dipendente, come risultante da certificato anagrafico di stato di famiglia.

PIANO DI CURE

Il documento nel quale il *Centro Odontoiatrico* descrive nel dettaglio il ciclo di cure di cui l'*Assicurato* necessita.

POLIZZA

I documenti che provano l'assicurazione.

PREMIO

La somma dovuta dal Contraente a Reale Mutua.

RICOVERO

Permanenza in istituto di cura con pernottamento.

SINISTRO

Il verificarsi dell'evento per cui è prestata la garanzia e specificatamente il ciclo di cure odontoiatriche previste da un unico *Piano di Cure*.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

CONDIZIONI GENERALI

1.1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE INFLUENTI SULLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente (o dell'Assicurato) relative a circostanze che influiscano sulla valutazione del rischio, **possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione** come previsto dagli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

1.2 PAGAMENTO DEL PREMIO ED EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE

Fermo quanto previsto al punto 3.3 eventualmente previsto, l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nel *modulo di polizza* se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno di pagamento dello stesso

1.3 DURATA DEL CONTRATTO - TACITA PROROGA

Al termine della durata contrattuale, in assenza di disdetta data da una delle Parti mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza, **l'assicurazione si intende prorogata per un anno e così di seguito.**

1.4 PROVA DEL CONTRATTO - VALIDITÀ DELLE VARIAZIONI - PERIODO DI ASSICURAZIONE

I documenti di *polizza* costituiscono la prova delle condizioni che regolano i rapporti fra le Parti. Qualunque variazione dell'*assicurazione* deve risultare da atto scritto.

Il periodo di *assicurazione* è stabilito nella durata di un anno, salvo che *l'assicurazione* sia stata stipulata per una minor durata, nel qual caso esso coincide con la durata del contratto.

1.5 REGOLAZIONE DEL PREMIO

Il *premio* di *polizza* è inizialmente determinato sulla base del numero degli *Assicurati* indicati in allegato.

Entro 30 giorni dal termine di ciascun annualità assicurativa, il Contraente dovrà fornire a Reale Mutua i dati necessari alla determinazione consuntiva del *premio*, eventualmente non ancora comunicati.

Reale Mutua, in base alle comunicazioni del Contraente, provvederà all'emissione dell'appendice di regolazione, computando a debito del Contraente:

- l'intero *premio* annuo per gli ingressi avvenuti nel 1° semestre dell'anno assicurativo;
- il 60% del *premio* annuo per gli ingressi avvenuti nel 2° semestre dell'anno assicurativo.

L'eventuale differenza risultante dalla regolazione deve essere pagata nei 15 giorni successivi alla emissione della relativa appendice.

Qualora per inesatte o incomplete dichiarazioni del Contraente la regolazione del *premio* risultasse calcolata su basi minori di quelle effettive, il Contraente sarà tenuto a versare a Reale Mutua la differenza dovuta, **maggiorata - a titolo di penale - del 50%.**

Per i sinistri che si siano verificati nel periodo cui si riferisce la dichiarazione inesatta, Reale Mutua è obbligata in proporzione al rapporto esistente tra il *premio* pagato e quello effettivamente dovuto entro i limiti delle somme assicurate ridotte in ugual misura.

Per detti sinistri Reale Mutua ha diritto a recuperare quanto eventualmente già pagato in più del dovuto.

Resta inteso che il *premio* anticipato per le annualità successive verrà commisurato al *premio* consuntivo dell'ultima annualità decorsa.

Nessun premio verrà restituito in caso di cessione anticipata della copertura per risoluzione del rapporto di lavoro.



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

1.6 OBBLIGHI DEL CONTRAENTE

Nel caso in cui gli *Assicurati* sostengano in tutto o in parte l'onere economico connesso al pagamento dei premi o siano, direttamente o tramite i loro aventi causa, portatori di un interesse alla prestazione, **il Contraente si impegna a consegnare loro, al momento dell'ingresso in assicurazione, le presenti Condizioni di Assicurazione.**

Il Contraente si obbliga inoltre, qualora siano a lui comunicate da Reale Mutua, a rendere note tempestivamente agli *Assicurati* le informazioni riferibili a eventuali cessazioni di agenzia, assegnazione di portafoglio ad un nuovo intermediario o ad una nuova impresa, modifiche statutarie attinenti al cambio di denominazione sociale o al trasferimento di sede sociale dell'impresa, casi di scissione o di fusione con un'altra impresa.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

COSA ASSICURIAMO

Reale Mutua assicura le prestazioni odontoiatriche riportate nel successivo art. 2.1, unicamente se effettuate presso i *Centri Odontoiatrici* convenzionati.

2.1 PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

In caso di cure odontoiatriche rese necessarie da *infortunio* o *malattia* (fatta eccezione per quelle effettuate in regime di *ricovero*, escluse ai sensi del successivo art. 3.2), Reale Mutua rimborsa le spese sostenute per le prestazioni elencate nel *Nomenclatore Tariffario Odontoiatrico* di cui all'Appendice 1, fino alla concorrenza dei singoli limiti e delle prestazioni ivi indicati e del massimale richiamati sul *modulo di polizza*.

Le prestazioni, i limiti e gli importi massimi rimborsabili sono descritti nel *Nomenclatore Tariffario Odontoiatrico* composto dalle seguenti sottobranches:

Visita Specialistica – Igiene Orale	Cod. 1, 9
Radiologia Odontoiatrica e Fotografie	Cod. 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
Chirurgia Orale	Cod. 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28
Conservativa	Cod. 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36
Parodontologia	Cod. 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16
Endodonzia	Cod. 37, 38, 39, 40, 41
Gnatologia	Cod. 42, 43
Implantologia	Cod. 44, 45
Protesi Fisse e Rimovibili	Cod. 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61
Ortodonzia	Cod. 62, 63, 64

Sono operanti le sole sottobranches esplicitamente richiamate nel *modulo di polizza*.

2.2 MODALITÀ DI INDENNIZZO

Blue Assistance paga direttamente le spese sostenute ed indennizzabili **entro i limiti previsti dal *Nomenclatore Tariffario Odontoiatrico*** relative alle prestazioni eseguite presso i *Centri Odontoiatrici* convenzionati

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

CHI E COSA NON ASSICURIAMO

Premesso che non è richiesta la compilazione dei questionari anamnestici da parte degli *Assicurati*, resta convenuto quanto segue.

3.1 PERSONE NON ASSICURABILI - LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione vale permanendo in vigore il rapporto di lavoro con l'Azienda e cessa con la risoluzione di detto rapporto:

- per i dipendenti e/o collaboratori coordinati e continuativi che risolvono il rapporto per quiescenza (e per i relativi nuclei familiari, se *Assicurati*) l'assicurazione vale **fino al compimento dell'anno assicurativo in corso**;
- per i dipendenti e/o collaboratori coordinati e continuativi che risolvono il rapporto di lavoro per altre cause (e per i relativi nuclei familiari, se *Assicurati*) la garanzia cessa **con effetto immediato**.

Sono assicurabili le persone di età non superiore a 74 anni all'atto della stipula del contratto e la copertura assicurativa rimane in vigore in relazione all'Assicurato al massimo fino alla scadenza annuale successiva al compimento del 75° anno di età.

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, AIDS o sindromi correlate. L'assicurazione cessa con il manifestarsi di dette infermità e nessun *indennizzo* é dovuto da Reale Mutua.

3.2 ESCLUSIONI

L'assicurazione non comprende le spese per:

- prestazioni effettuate in Centri non convenzionati con *Blue Assistance* o in Centri convenzionati senza la preventiva attivazione della procedura prevista al punto 4.2;
- l'ortodonzia salvo quanto previsto nel *Nomenclatore Tariffario Odontoiatrico* per la prestazione di odontoiatria e fino ad un massimo di età di 21 anni;
- tutte le prestazioni non espressamente indicate nel *Nomenclatore Tariffario Odontoiatrico* (vedi *Avvertenze, Procedure e Limiti del suddetto tariffario*);
- qualsiasi prestazione chirurgica eseguita in day surgery (degenza diurna) o in ricovero notturno, anche se con uso della sala operatoria, e/o analgesia profonda e/o anestesia generale;
- i costi relativi all'esame istologico, anche se richiesto con le "Procedure necessarie per ottenere i rimborsi";
- gli stati patologici correlati direttamente o indirettamente all'A.I.D.S. o alla sieropositività all'H.I.V.;
- le prestazioni eseguite anche solo a parziale scopo estetico;
- i controlli di routine e/o check up salvo quanto previsto nel *Nomenclatore Tariffario Odontoiatrico* per la prestazione di odontoiatria;
- gli stati patologici e/o le *malformazioni* e/o i *difetti fisici* preesistenti alla data di decorrenza della *polizza* o alla data di ingresso nella stessa; parimenti vengono escluse le prestazioni odontoiatriche rese necessarie da situazioni patologiche, stati patologici o necessità di sostituzione protesi per grave usura già in atto al momento della decorrenza della *polizza* o alla data di ingresso nella stessa;
- le prestazioni sanitarie non effettuate da medici/odontoiatri regolarmente autorizzati nello Stato in cui esercitano (per l'Italia iscrizione all'Albo dei Medici Chirurghi e Odontoiatri);
- le procedure sperimentali o che non siano riconosciute di provata efficacia dalle principali Società Scientifiche;
- le conseguenze di *malattie* mentali, disturbi psichici in genere (compresi le *malattie* nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive, quelle riferibili ad esaurimento nervoso), atti di autolesionismo (compreso tentato suicidio), forme maniaco depressive, disturbi del comportamento alimentare, disturbi di personalità;

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

- le conseguenze di atti dolosi commessi o tentati dall'*Assicurato*, abuso di alcolici e psicofarmaci, uso non terapeutico di sostanze stupefacenti (compresi gli allucinogeni);
- le conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo quelle subite come paziente per applicazioni radioterapiche;
- gli *infortuni* derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti e derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, sport aerei, sport (e relative prove) compo rtanti l'uso di veicoli, moto o natanti a motore e sport per i quali è previsto l'utilizzo dei paradenti (esempio box, rugby, hokey, ecc).
- le conseguenze di partecipazione ad imprese di carattere eccezionale (spedizioni esplorative o artiche, himalayane o andine, regate oceaniche, sci estremo e simili); atti di temerarietà compiuti non per solidarietà umana o per legittima difesa;
- le conseguenze di guerre ed insurrezioni; movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche verificatisi in Italia, Repubblica di San Marino, Stato del Vaticano.

3.3 DECORRENZA DELLA GARANZIA

Fermo quanto previsto al punto 1.2 e le esclusioni del punto 3.2, la garanzia - nei confronti dei singoli *Assicurati* - decorre dalle ore 24:

A del giorno di effetto dell'*assicurazione* (o del successivo inserimento in *polizza*) per gli *infortuni*;

B del **30° giorno successivo a quello di effetto dell'*assicurazione* (o del successivo inserimento in *polizza*) per le cure odontoiatriche non dipendenti da *infortunio*.**

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

COME AVVIENE LA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO

4.1 DENUNCIA E LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

Le prestazioni assicurate sono erogate esclusivamente in forma "Diretta"; pertanto devono essere prenotate presso i *Centri Odontoiatrici* convenzionati con *Blue Assistance*, che provvederà al pagamento delle spese entro i limiti previsti dal *Nomenclatore Tariffario Odontoiatrico* e comunque non oltre il *massimale* annuo previsto in *polizza*.

Ogni denuncia deve essere riferita ad un solo Assicurato e ad un solo ciclo di cure.

4.2 DATA DEL SINISTRO

Per "data in cui si è verificato il *sinistro*" si intende il giorno in cui si sono iniziate le cure odontoiatriche, ovvero il ricevimento da parte di *Blue Assistance* del "*Piano di Cure*".

Reale Mutua, **nei limiti delle singole prestazioni e del massimale annuo**, paga le spese indipendentemente dal fatto che siano sostenute nel corso di annualità assicurative diverse da quella del *sinistro*, e comunque non oltre 3 mesi dalla scadenza della *polizza*.

4.3 PROCEDURA PER L'UTILIZZO DI CENTRI ODONTOIATRICI CONVENZIONATI CON BLUE ASSISTANCE

Prima di accedere alla struttura sanitaria ***l'Assicurato deve sempre telefonare a Blue Assistance*** ai seguenti numeri telefonici:

DALL'ITALIA



DALL'ESTERO

+39 011 742 55 55

Al fine di ottenere la prestazione *l'Assicurato* deve accedere ai *Centri Odontoiatrici* Convenzionati esclusivamente per il tramite di *Blue Assistance*, in mancanza del quale la garanzia (prestazione) non è operante.

Blue Assistance è a disposizione degli *Assicurati*:

- dalle ore 8 alle ore 18 dei giorni feriali e dalle ore 8 alle ore 12 del sabato, per la prenotazione dei *Centri Odontoiatrici* convenzionati, garantendo anche, se necessario, le informazioni necessarie per la scelta della struttura più idonea per ogni necessità;
- 24 ore su 24, 365 giorni l'anno, per fornire consigli medici per orientare alla soluzione di problemi d'urgenza.

Al momento dell'accesso al *Centro Odontoiatrico*, *l'Assicurato* **sottoscrive il "*Piano di Cure*"**, che costituisce la denuncia del *sinistro*.

Blue Assistance, entro 8 giorni dal ricevimento del "*Piano di Cure*" dal *Centro Odontoiatrico*, provvede alla valutazione dello stesso ed alla comunicazione alla struttura sanitaria delle prestazioni assicurate.

Al momento della conclusione del "*Piano di Cure*" ***l'Assicurato* deve sostenere in proprio le spese di sua competenza (prestazioni non contemplate dalla garanzia e/o eventuali eccedenze rispetto al *Nomenclatore Tariffario Odontoiatrico*).**

Nell'ambito del *massimale* indicato nel *modulo di polizza*, *Blue Assistance* paga direttamente le spese nei termini previsti dal *Nomenclatore Tariffario Odontoiatrico*, nel rispetto dei *limiti temporali* ed economici; provvede a raccogliere la relativa documentazione presso il *Centro Odontoiatrico* convenzionato e a restituire quella di spesa all'*Assicurato*, con allegata l'indicazione della liquidazione effettuata.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

Il Contraente e gli Assicurati riconoscono espressamente che Blue Assistance non ha alcuna responsabilità per le prestazioni e/o loro esecuzione fornite dai Centri Odontoiatrici con essa convenzionati; pertanto prendono atto che in qualsiasi controversia relativa alle prestazioni professionali dovranno rivolgersi esclusivamente ai Centri Odontoiatrici che hanno prestato i servizi richiesti.

Blue Assistance è comunque a completa disposizione del Contraente e degli Assicurati per qualsiasi informazione inerente la prestazione dei servizi.

Resta inteso che:

- l'Assicurato che si avvale delle prestazioni di *Blue Assistance*, delega Reale Mutua a pagare o far pagare, in suo nome e per suo conto, a chi di dovere, le spese sostenute per prestazioni previste dalla polizza;
- qualora il *sinistro* risultasse non indennizzabile, l'Assicurato si impegna a restituire gli importi eventualmente liquidati direttamente per suo conto da Reale Mutua.

4.4 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

L'Assicurato deve:

- sottoporsi ad eventuali accertamenti e controlli medici disposti da Reale Mutua o suoi incaricati, fornendo ogni informazione che la stessa ritenga necessaria;
- produrre la documentazione medica del caso, sciogliendo dal segreto professionale, nei confronti di Reale Mutua e dei soggetti da essa incaricati per la gestione della posizione oggetto di esame, i medici che lo hanno visitato e curato.

4.5 CONTROVERSIE - VALUTAZIONE COLLEGALE ED ARBITRATO IRRITUALE

In caso di divergenza sull'indennizzabilità del *sinistro* o sulla misura degli *indennizzi*, si potrà procedere, su accordo tra l'Assicurato e Reale Mutua, in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria:

- A. mediante valutazione collegiale effettuata da due medici, nominati dalle Parti, i quali si riuniscono nel Comune, che sia sede di istituto universitario di medicina legale e delle assicurazioni, più vicino alla residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato. La valutazione collegiale deve risultare per iscritto con dispensa da ogni formalità di legge. In caso di accordo fra i medici, la valutazione è vincolante per le Parti;
- B. mediante arbitrato di un Collegio Medico. I due primi componenti del Collegio saranno designati dall'Assicurato e da Reale Mutua e il terzo d'accordo dai primi due o, in caso di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio Medico.

Il Collegio Medico risiede nel comune, che sia sede di istituto universitario di medicina legale e delle assicurazioni, più vicino alla residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono sempre vincolanti per le parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

APPENDICE 1 - NOMENCLATORE TARIFFARIO ODONTOIATRICO

PREMESSE GENERALI

Non sono rimborsabili

- le terapie odontoiatriche con finalità estetiche;
- qualsiasi prestazione chirurgica eseguita in day surgery; ovvero con uso della sala operatoria, retta di degenza diurna, analgesia profonda;
- qualsiasi prestazione chirurgica eseguita in ricovero notturno; ovvero con uso della sala operatoria, retta di degenza notturna, analgesia profonda o anestesia generale;
- l'esame istologico, anche se richiesto con le "Procedure necessarie per ottenere i rimborsi".

Qualsiasi prestazione non specificatamente descritta non è rimborsabile.

L'anestesia locale è compresa nelle prestazioni, laddove necessaria.

VISITA SPECIALISTICA - IGIENE ORALE

COD.	NOMENCLATORE	PROCEDURE NECESSARIE PER LA VALUTAZIONE	LIMITI TEMPORALI E/O AMMINISTRATIVI	IMPORTO MASSIMO
1	Prima visita con "Progetto di cure" - preventivo di spesa		Massimo 1 volta l'anno	€30,00
9	Detartrasi sopragengivale e/o sottogengivale per entrambe le arcate	Può essere eseguita esclusivamente da odontoiatra o igienista con diploma/ laurea	Non ripetibile prima di 1 anno. Non sovrapponibile a scaling e root planing nello stesso anno	€35,00

RADIOLOGIA ODONTOIATRICA E FOTOGRAFIE

Premesse specifiche della sottobrancia

Non è rimborsabile il completo radiografico endorale (16/21), il Dentascan.

Non è rimborsabile la radiografia endorale o radiografia oclusale, fotografia o immagine video intraorale, salvo quelle richieste e descritte per alcune prestazioni.

AVVERTENZE: La radiografia Ortopanoramica dentaria (O.P.T.) pre-cure si ritiene valida se eseguita non più di 4 (quattro) anni prima dell'inizio delle cure/prestazioni risultanti sul "Progetto di Cure" o sulla "Richiesta di Rimborso". Le radiografie: Rx endorali periapicali o oclusali e le fotografie o immagini video intraorali si ritengono valide se eseguite non più di 90 (novanta) giorni prima dell'inizio delle cure risultanti nel "Progetto di Cure" o sulla "Richiesta di Rimborso".

Il telecranio con esame cefalometrico pre-cure si ritiene valido se eseguito non più di 90 (novanta) giorni prima dell'inizio del trattamento.

Le radiografie e fotografie post-cura devono essere eseguite alla fine delle cure.

Nota Bene: Gli esami pre e post cure per essere validi devono essere solo indagini radiografiche pre e post cure oppure solo indagini fotografiche pre e post cure.

I costi di tali esami non possono essere tra loro sommati sia nelle pre-cure, sia nel post-cure. Non sono valide le diapositive.

A titolo esemplificativo, al fine di avere una congruenza tra indagini radiologiche e/o fotografiche tra pre-cure e post-cure, si deve inviare nel post-cure la medesima tipologia di indagine inviata nel pre-cure:

pre-cure: Rx (O.P.T. o endorale) --> post-cure: Rx (O.P.T. o endorale o oclusale)

pre-cure: fotografia o immagine video intraorale --> post-cure: fotografia o immagine video intraorale



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

COD.	NOMENCLATORE	PROCEDURE NECESSARIE PER LA VALUTAZIONE	LIMITI TEMPORALI E/O AMMINISTRATIVI	IMPORTO MASSIMO
2	Ortopantomografia di una o entrambe le arcate dentarie pre e post-cure	Fototimbro o pennarello indelebile sull'O.P.T. (nome, cognome, data)	Massimo 2 volte l'anno	€30,00
3	Rx endorale periapicale: devono essere visibili almeno 3 elementi dentari contigui o la zona anatomica contigua (lastrine 4 x 3)	Nome, cognome, e data con pennarello indelebile sul porta lastrine	Al massimo 3 lastrine pre-cure e 3 lastrine post-cure, unicamente in riferimento alle prestazioni richieste	€12,00
4	Rx occlusale: in caso di grandi riabilitazioni laddove non siano sufficienti le 3 (tre) Rx endorali/ fotografie intraorali post-cure o non sia possibile eseguire una O.P.T. post-cure	Nome, cognome, e data con pennarello indelebile su Rx occlusale	Al massimo 2 Rx occlusali post-cure: 1 radiogramma per arcata superiore, 1 radiogramma per arcata inferiore; unicamente in riferimento alle prestazioni richieste	€12,00
5	In alternativa ad O.P.T. e/o Rx endorale periapicale: fotografia o immagine video intraorale	Pennarello indelebile sulle foto che indichi nome, cognome e data; se fotografie digitali medesimi riferimenti scritti con il computer. Vedi procedure previste nelle premesse specifiche della sottobranchia	Al massimo 3 fotografie pre-cure e massimo 3 fotografie post-cure o 2 fotografie intraorali occlusali pre e post-cure in caso di grandi riabilitazioni; unicamente in riferimento alle prestazioni richieste	€5,00
6	Telecranio pre e post cure (qualsiasi numero di proiezioni) compreso eventuale esame cefalometrico pre-cure ortodontiche	Fototimbro o pennarello indelebile sulla radiografia. (nome, cognome, data)	Massimo 2 volte l'anno. Non rimborsabile se eseguite le fotografie pre e post cure.	€35,00
7	In alternativa a Telecranio ed esame cefalometrico pre-cure ortodontiche per la terapia ortodontica funzionale rimovibile (cod. 63): fotografia del morso/morso inverso	Sulla foto indicare nome, cognome, e data di esecuzione con pennarello indelebile	Al massimo 3 fotografie pre-cure, unicamente in riferimento alle prestazioni richieste	€5,00
8	In alternativa al Telecranio post-cure per terapie ortodontiche fissa e funzionale rimovibile (cod. 62 e 63): fotografia dei modelli in occlusione	Sulla foto indicare nome, cognome, e data di esecuzione con pennarello indelebile	Al massimo 3 fotografie post-cure, unicamente in riferimento alle prestazioni richieste	€5,00

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

CHIRURGIA ORALE

Premesse specifiche della sottobrancia

Sono riconosciuti come rimborsabili unicamente gli interventi chirurgici sotto elencati, svolti ambulatorialmente ed in anestesia locale

COD.	NOMENCLATORE	PROCEDURE NECESSARIE PER LA VALUTAZIONE	LIMITI TEMPORALI E/O AMMINISTRATIVI	IMPORTO MASSIMO
17	Intervento di chirurgia endodontica per asportazione III° apicale della radice - per elemento (qualsiasi numero di radici - compresa chiusura apice chirurgico)		Una volta, mai ripetibile per lo stesso elemento	€180,00
18	Intervento per prelievo bioptico dei tessuti molli o duri, qualsiasi regione della cavità orale, compresa la lingua (qualsiasi numero di prelievi per un unico tempo chirurgico)	Copia referto istologico	Una volta nella stessa zona anatomica, salvo autorizzazione medica. Costo esame istologico non rimborsabile.	€75,00
19	Intervento di chirurgia ortodontica per esposizione di elemento incluso, comprensivo dell'eventuale posizionamento di viti transmucose (qualsiasi tipo), per trazione elementi infraocclusione o parzialmente erotti, compresa la prestazione dell'ortodontista per l'ancoraggio - per elemento		Mai ripetibile per lo stesso elemento	€110,00
20	Avulsione (estrazione) semplice o complessa di dente o radice, o rimozione semplice o complessa di fixture in titanio - per elemento - per fixture (per qualsiasi numero di radici di elementi pluriradicolarati scoronati)		Una volta, mai ripetibile per lo stesso elemento	€50,00
21	Avulsione (estrazione) chirurgica di dente o radice in inclusione ossea parziale o totale, o germectomia, o rimozione di fixture in titanio in inclusione ossea - per elemento per fixture (per qualsiasi numero di radici incluse di elementi pluriradicolarati scoronati)		Una volta, mai ripetibile per lo stesso elemento	€90,00



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

COD.	NOMENCLATORE	PROCEDURE NECESSARIE PER LA VALUTAZIONE	LIMITI TEMPORALI E/O AMMINISTRATIVI	IMPORTO MASSIMO
22	Avulsione (estrazione) chirurgica di III° molare in disodontiasi - per elemento (comprese eventuali radici ritenute)		Una volta, mai ripetibile per lo stesso elemento	€130,00
23	Intervento per regolarizzazione cresta alveolare parzialmente edentula o edentula, o exeresi torus palatino o torus mandibolare per fini protesici - per emiarcata	Rimborsabile esclusivamente in caso di riabilitazione protesica rimovibile contestuale o pregressa	Non ripetibile prima di 5 anni per la stessa emiarcata	€180,00
24	Frenulectomia e/o frenulotomia - per arcata		Mai ripetibile per la stessa arcata	€100,00
25	Interventi di piccola chirurgia orale: incisione di ascessi o asportazione di cisti mucose o di piccole neoplasie - per emiarcata	Nel caso di asportazione cisti mucose o piccole neoplasie, copia referto istologico. In caso di ascesso invio copia diario clinico che espliciti l'elemento/gli elementi dentari, coinvolti nel processo suppurativo	Non ripetibile prima di 1 anno per la stessa emiarcata. Costo esame istologico non rimborsabile	€90,00
26	Asportazione di granuloma periferico a cellule giganti compresa eventuale resezione dell'osso alveolare	Copia referto istologico	Una volta, mai ripetibile. Costo esame istologico non rimborsabile	€125,00
27	Avulsione (estrazione) di singola/e radice/i di dente pluriradicolato compresa rizotomia – per elemento (qualsiasi numero di radici - compreso lembo - non associabile ad altri tipi di prestazione)		Una volta, mai ripetibile per lo stesso elemento	€100,00
28	Separazione di radici in dente pluriradicolato - per elemento (qualsiasi numero di radici compreso lembo - non associabile ad altri tipi di prestazione)		Una volta, mai ripetibile per lo stesso elemento	€70,00

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

CONSERVATIVA

Premesse specifiche della sottobranca

È rimborsabile solo un'otturazione per dente. Non sono rimborsabili le otturazioni, qualsiasi tipo, su denti devitalizzati.

Di norma, la prima e seconda classe di Black si riferiscono agli elementi dentari da primo premolare a terzo molare sup/inf.; la terza e quarta classe di Black si riferiscono agli elementi dentari da canino a canino sup./inf.; la quinta classe di Black è riferita a qualsiasi elemento dentario.

COD.	NOMENCLATORE	PROCEDURE NECESSARIE PER LA VALUTAZIONE	LIMITI TEMPORALI E/O AMMINISTRATIVI	IMPORTO MASSIMO
29	Posizionamento di materiali protettivi sul fondo cavitario - per elemento (qualsiasi tipo e metodica)		Non ripetibile prima di 3 anni per lo stesso elemento	€30,00
30	Intarsi in oro o ceramica (e similari) inlay-onlay- overlay compreso provvisorio - per elemento	Comprovato da copia certificazione del laboratorio odontotecnico	Non ripetibile prima di 5 anni per lo stesso elemento. Comprovato da copia certificazione del laboratorio odontotecnico	€280,00
31	I classe di Black - qualsiasi materiale da otturazione - per elemento (non associabile a II - III - IV classe)		Non ripetibile prima di 3 anni per lo stesso elemento	€65,00
32	II classe di Black - qualsiasi materiale da otturazione - per elemento (non associabile a I - III - IV classe)		Non ripetibile prima di 3 anni per lo stesso elemento	€80,00
33	III classe di Black - qualsiasi materiale da otturazione - per elemento (non associabile a I - II - IV classe)		Non ripetibile prima di 3 anni per lo stesso elemento	€65,00
34	IV classe di Black - qualsiasi materiale da otturazione - per elemento (non associabile a I - II - III classe)		Non ripetibile prima di 3 anni per lo stesso elemento	€80,00
35	V classe di Black - qualsiasi materiale da otturazione - per elemento		Non ripetibile prima di 3 anni per lo stesso elemento	€65,00
36	Ricostruzione del dente con perni endocanalari - per elemento (qualsiasi tipo e metodica)		Non ripetibile prima di 3 anni per stesso elemento	€110,00

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

PARODONTOLOGIA

Premesse specifiche della sottobrancia

Le prestazioni di chirurgia in parodontologia non sono sovrapponibili sulle stesse arcate ed emiarcate o elementi dentari.

COD.	NOMENCLATORE	PROCEDURE NECESSARIE PER LA VALUTAZIONE	LIMITI TEMPORALI E/O AMMINISTRATIVI	IMPORTO MASSIMO
10	Intervento di chirurgia gengivale o scaling e root planing a cielo aperto - per arcata (incluso qualsiasi tipo di lembo - inclusa sutura)		Non ripetibile prima di 5 anni per la stessa arcata	€360,00
11	Intervento di chirurgia mucogengivale o di approfondimento di fornice inclusa frenulectomia o frenulotomia - per arcata (incluso qualsiasi tipo di lembo - inclusa sutura)		Non ripetibile prima di 5 anni per la stessa arcata	€400,00
12	Intervento di chirurgia ossea (resettiva o allungamento di corona clinica o rigenerativa) per emiarcata (trattamento completo - incluso qualsiasi tipo di lembo - inclusa sutura)		Non ripetibile prima di 5 anni per la stessa emiarcata	€280,00
13	Intervento per gengivectomia o gengivoplastica – per emiarcata (come unica prestazione - non associabile ad altre)		Non ripetibile prima di 5 anni per la stessa arcata	€175,00
14	Utilizzo di materiali biocompatibili - per emiarcata (qualsiasi tipo - incluso qualsiasi tipo di lembo - inclusa sutura)		Non ripetibile prima di 5 anni per la stessa emiarcata	€200,00
15	Scaling e root planing - per emiarcata	Può essere eseguita esclusivamente da odontoiatra o igienista con diploma/ laurea	Non ripetibile prima di 2 anni per la stessa emiarcata. Non sovrapponibile a detartrasi sopragengivale e sottogengivale nello stesso anno.	€65,00
16	Bloccaggio interdentale - per emiarcata (qualsiasi materiale utilizzato)		Non ripetibile prima di 5 anni per la stessa emiarcata	€130,00

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

ENDODONZIA

Premesse specifiche della sottobranchia

Di solito 1 canale è presente negli incisivi centrali, laterali, superiori ed inferiori, nei canini superiori ed inferiori; 2 canali nei quattro premolari superiori ed inferiori; 3 o più canali nei 12 molari.

COD.	NOMENCLATORE	PROCEDURE NECESSARIE PER LA VALUTAZIONE	LIMITI TEMPORALI E/O AMMINISTRATIVI	IMPORTO MASSIMO
37	Trattamento endodontico monocanalare - per elemento (1 canale - compresa otturazione della cavità di accesso e ricostruzione coronale pre- endodontica) - comprese Rx endorali		Una volta, mai ripetibile per lo stesso elemento	€90,00
38	Trattamento endodontico bicanalare - per elemento (2 canali - compresa otturazione della cavità di accesso e ricostruzione coronale pre-endodontica) - comprese Rx endorali		Una volta, mai ripetibile per lo stesso elemento	€150,00
39	Trattamento endodontico tricanalare o più – per elemento (3 canali o più - compresa otturazione della cavità di accesso e ricostruzione coronale pre-endodontica) - comprese Rx endorali		Una volta, mai ripetibile per lo stesso elemento	€200,00
40	Asportazione tessuto pulpare parziale o totale ed eventuale otturazione della camera pulpare - per elemento (qualsiasi numero di canali)		Una volta, mai ripetibile per lo stesso elemento	€70,00
41	Ritrattamento endodontico rimborsabile per massimo 3 canali - per elemento (compresa otturazione della cavità di accesso e ricostruzione coronale preendodontica) – comprese Rx endorali		Una volta, mai ripetibile per lo stesso elemento	€100,00

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

GNATOLOGIA

COD.	NOMENCLATORE	PROCEDURE NECESSARIE PER LA VALUTAZIONE	LIMITI TEMPORALI E/O AMMINISTRATIVI	IMPORTO MASSIMO
42	Molaggio selettivo parziale o totale. Massimo 1 seduta		Non ripetibile prima di 1 anno	€90,00
43	Bite plane, o orto bite, o bite garde	Comprovato da copia certificazione del laboratorio odontotecnico	Non ripetibile prima di 2 anni	€300,00

IMPLANTOLOGIA

Premesse specifiche della sottobranchia

Per il cod. 44 sono previste le seguenti procedure necessarie per ottenere i rimborsi:

pre-cure:

O.P.T. oppure Rx endorale periapicale o in alternativa fotografia o immagine video intraorale.

Le indagini radiografiche e fotografiche non possono essere tra loro sommate ai fini dei rimborsi per lo stesso "Progetto di cure".

Limiti di rimborsabilità degli esami/fotografie:

- Max 1 O.P.T. "pre-cure";
- Max 3 Rx endorali periapicali "pre-cure";
- Max 3 fotografie o immagini video intraorali o max 2 fotografie intraorali occlusali "pre-cure".

post-cure:

O.P.T. oppure Rx endorale periapicale o Rx occlusale o in alternativa fotografia o immagine video intraorale.

Le indagini radiografiche e fotografiche non possono essere tra loro sommate ai fini dei rimborsi per lo stesso "Progetto di cure".

Limiti di rimborsabilità degli esami/fotografie:

- Max 1 O.P.T. "post-cure";
- Max 3 Rx endorali periapicali "post-cure";
- Max 2 Rx occlusali "post-cure";
- Max 3 fotografie o immagini video intraorali o max 2 fotografie intraorali occlusali "post-cure".
- Nella Rx endorale periapicale devono essere visibili gli elementi dentari contigui, qualora presenti, o la zona anatomica contigua alla/e fixture (Lastrine 4x3);
- O.P.T., fotografie o immagini video intraorali, devono riportare nome, cognome e data di esecuzione. Le Rx endorali periapicali devono riportare gli stessi dati scritti sul porta lastrina;

Nota bene: Nel caso in cui le 3 fotografie/3 Rx endorali periapicali post -cure previste si reputassero insufficienti ad evidenziare le parti anatomiche trattate, si devono inviare al loro posto n° 2 fotografie intraorali occlusali o n° 2 Rx occlusali.

- Non verranno accettate diapositive al posto delle fotografie intraorali.

Attenzione: Nel caso in cui l'Odontoiatra o l'Assistito non ritenesse di eseguire l'O.P.T. e/o la Rx endorale periapicale è necessaria una dichiarazione su carta intestata dell'Odontoiatra che riporti le motivazioni per le quali non sono state eseguite le radiografie, specificando se la scelta è stata dell'Odontoiatra o dell'Assistito. Rimane comunque l'obbligo dell'invio delle fotografie pre e post-cure.



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

COD.	NOMENCLATORE	PROCEDURE NECESSARIE PER LA VALUTAZIONE	LIMITI TEMPORALI E/O AMMINISTRATIVI	IMPORTO MASSIMO
44	Posizionamento di fixture - qualsiasi tipo di fixture - come unica prestazione - per fixture (per le procedure di rimborso vedi premesse specifiche della sottobranca)	Vedi procedure previste nelle premesse specifiche della sottobranca. Vedi cod. 2, cod. 3, cod. 4 e cod. 5.	Una volta, mai ripetibile per lo stesso elemento	€1.000,00
45	Intervento per aumento verticale e/o orizzontale del processo alveolare residuo con innesto di osso autologo nel seno mascellare (prelievo intraorale) e/o inserimento di materiali biocompatibili (qualsiasi tipo), o intervento per ampliamento orizzontale e/o verticale di cresta mandibolare o mascellare con innesto di osso autologo, (prelievo intraorale) e/o utilizzo di materiali biocompatibili (qualsiasi tipo), o apertura del seno mascellare (per complicanze post-estrattive, presenza corpo estraneo, etc.) - intervento ambulatoriale - per emiarcata	Unicamente O.P.T. pre e post cure. Copia diario clinico. Non sono possibili RX endorali, Rx occlusali o fotografie	Una volta, mai ripetibile per la stessa emiarcata. In caso dovessero essere eseguiti 2 interventi chirurgici contemporaneamente in una unica seduta operatoria il secondo intervento verrà rimborsato al 50%	€700,00

PROTESI FISSE E RIMOVIBILI

Premesse specifiche della sottobranca

Qualsiasi prestazione di protesi fissa e/o rimovibile non è rimborsabile prima di 6 mesi, anche se necessaria per la protesizzazione di una fixture (impianto) sullo stesso elemento.

Le voci protesi parziale rimovibile, protesi scheletrata, protesi totale, non sono fra loro compatibili sulla stessa arcata/ emiarcata.

Per i cod. 46, 47 e 48 sono previste le seguenti procedure necessarie per ottenere i rimborsi:

pre-cure:

O.P.T. oppure Rx endorale periapicale o in alternativa fotografia o immagine video intraorale. Le indagini radiografiche e fotografiche non possono essere tra loro sommate ai fini dei rimborsi per lo stesso "Progetto di cure". Limiti di rimborsabilità degli esami/fotografie:

- Max 1 O.P.T. "pre-cure";
- Max 3 Rx endorali periapicali "pre-cure";
- Max 3 fotografie o immagini video intraorali o max 2 fotografie intraorali occlusali "pre-cure".



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

post-cure:

O.P.T. oppure Rx endorale periapicale o Rx occlusale o in alternativa fotografia o immagine video intraorale. Le indagini radiografiche e fotografiche non possono essere tra loro sommate ai fini dei rimborsi per lo stesso "Progetto di cure". Limiti di rimborsabilità degli esami/fotografie:

- Max 1 O.P.T. "post-cure";
- Max 3 Rx endorali periapicali "post-cure";
- Max 2 Rx occlusali "post-cure";
- Max 3 fotografie o immagini video intraorali o max 2 fotografie intraorali occlusali "post-cure".
- Nella Rx endorale periapicale devono essere visibili gli elementi dentari contigui, qualora presenti, o la zona anatomica contigua alla/e fixture (Lastrine 4x3);
- O.P.T., fotografie o immagini video intraorali, devono riportare nome, cognome e data di esecuzione. Le Rx endorali periapicali devono riportare gli stessi dati scritti sul porta lastrina;

Nota bene: Nel caso in cui le 3 fotografie/3 Rx endorali periapicali post -cure previste si reputassero insufficienti ad evidenziare le parti anatomiche trattate, si devono inviare al loro posto n° 2 fotografie intraorali occlusali o n° 2 Rx occlusali;

- Copia certificazione del laboratorio odontotecnico dettagliata, ove richiesto;
- Non verranno accettate diapositive al posto delle fotografie intraorali.

Attenzione: Nel caso in cui l'Odontoiatra o l'Assistito non ritenesse di eseguire l'O.P.T. e/o la Rx endorale periapicale è necessaria una dichiarazione su carta intestata dell'Odontoiatra che riporti le motivazioni per le quali non sono state eseguite le radiografie, specificando se la scelta è stata dell'Odontoiatra o dell'Assistito. Rimane comunque l'obbligo dell'invio delle fotografie pre e post-cure.

PROTESI FISSE

COD.	NOMENCLATORE	PROCEDURE NECESSARIE PER LA VALUTAZIONE	LIMITI TEMPORALI E/O AMMINISTRATIVI	IMPORTO MASSIMO
46	Elemento a giacca in resina – per elemento definitivo	Vedi procedure previste nelle premesse specifiche della sottobrancha. Vedi anche cod. 2, cod. 3, cod. 4 e cod. 5	Non ripetibile prima di 5 anni per lo stesso elemento	€240,00
47	Elemento fuso in lega preziosa o lega preziosa e faccetta in resina o lega preziosa e faccetta in resina fresata, o elemento metallo-composito, o elemento metallo-resina - per elemento	Vedi procedure previste nelle premesse specifiche della sottobrancha. Vedi anche cod. 2, cod. 3, cod. 4 e cod. 5	Non ripetibile prima di 5 anni per lo stesso elemento	€400,00
48	Elemento metallo-ceramica o metal free o AGC e porcellana - qualsiasi tipo - per elemento	Vedi procedure previste nelle premesse specifiche della sottobrancha. Vedi anche cod. 2, cod. 3, cod. 4 e cod. 5	Non ripetibile prima di 5 anni per lo stesso elemento	€600,00
49	Elemento in resina provvisorio – per elemento		Massimo 1 volta per la protesizzazione dello stesso elemento, non ripetibile prima di 5 anni	€60,00



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

COD.	NOMENCLATORE	PROCEDURE NECESSARIE PER LA VALUTAZIONE	LIMITI TEMPORALI E/O AMMINISTRATIVI	IMPORTO MASSIMO
50	Elemento in resina provvisorio rinforzato – qualsiasi tipo di provvisorio rinforzato – per elemento	Comprovato da copia certificazione del laboratorio odontotecnico	Massimo 1 volta per la protesizzazione dello stesso elemento, non ripetibile prima di 5 anni	€80,00
51	Perno moncone fuso in lega preziosa o lega non preziosa o ceramici (qualsiasi tipo) – per elemento	Comprovato da copia certificazione del laboratorio odontotecnico	Non ripetibile prima di 5 anni per lo stesso elemento	€180,00
52	Rifacimento moncone protesico – qualsiasi materiale - per elemento	Rimborsabile esclusivamente in caso di protesizzazione pregressa o contestuale di un elemento dentario	Non ripetibile prima di 5 anni per lo stesso elemento	€140,00
53	Rimozione corone o perni pre-esistenti – qualsiasi tipo (per singoli elementi/pilastrini – per singoli perni) - non sono rimborsabili gli elementi intermedi eventualmente presenti		Non ripetibile prima di 5 anni	€45,00
54	Riparazione di faccette in resina o ceramica		Non ripetibile prima di 2 anni	€35,00

PROTESI RIMOVIBILI

Premesse specifiche della sottobranchia

Nota bene: Per protesi totale definitiva (cod. 58) in caso di Overdenture su denti naturali è possibile richiedere il cod. 58 inviando una dichiarazione dell'Odontoiatra che espliciti il suddetto tipo di trattamento.

COD.	NOMENCLATORE	PROCEDURE NECESSARIE PER LA VALUTAZIONE	LIMITI TEMPORALI E/O AMMINISTRATIVI	IMPORTO MASSIMO
55	Protesi scheletrata (qualsiasi tipo di lega) - per arcata - completa di elementi dentari	Comprovato da copia certificazione del laboratorio odontotecnico	Non ripetibile prima di 5 anni per la stessa arcata	€960,00
56	Struttura parziale rimovibile definitiva (qualsiasi tipo) - per emiarcata - completa di ganci ed elementi dentari	Comprovato da copia certificazione del laboratorio odontotecnico	Non ripetibile prima di 5 anni per la stessa emiarcata	€400,00
57	Struttura parziale rimovibile provvisoria (qualsiasi tipo) - per emiarcata – completa di ganci ed elementi dentari	Comprovato da copia certificazione del laboratorio odontotecnico	Massimo 1 volta per la protesizzazione della stessa emiarcata. Non ripetibile prima di 5 anni per la stessa emiarcata	€280,00
58	Protesi totale definitiva con elementi in ceramica o in resina - in pazienti totalmente edentuli - per arcata	Comprovato da copia certificazione del laboratorio odontotecnico	Non ripetibile prima di 5 anni per la stessa arcata	€850,00



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

COD.	NOMENCLATORE	PROCEDURE NECESSARIE PER LA VALUTAZIONE	LIMITI TEMPORALI E/O AMMINISTRATIVI	IMPORTO MASSIMO
59	Protesi totale immediata – per arcata	Comprovato da copia certificazione del laboratorio odontotecnico	Massimo 1 volta per la protesizzazione della stessa arcata. Non ripetibile prima di 5 anni per la stessa arcata	€700,00
60	Ribasamento di protesi rimovibile - sistema diretto o indiretto - per arcata	Comprovato da copia certificazione del laboratorio odontotecnico in caso di ribasamento indiretto	Non ripetibile prima di 1 anno per la stessa arcata.	€150,00
61	Attacchi di precisione - per elemento (qualsiasi tipo di lega) o controfresaggi in lega preziosa, o cappette radicalari	Comprovato da copia certificazione del laboratorio odontotecnico	Non ripetibile prima di 5 anni per lo stesso elemento	€150,00

ORTODONZIA

Premesse specifiche della sottobranca

Le terapie ortodontiche sono rimborsabili fino all'anno del compimento del 21° anno di età. In caso le cure non fossero terminate entro il suddetto anno, queste non saranno più rimborsabili.

Per i cod. 62, 63 e 64 sono previste le seguenti procedure necessarie per ottenere i rimborsi:

pre-cure:

Le indagini radiografiche e fotografiche non possono essere tra loro sommate ai fini dei rimborsi per lo stesso "Progetto di cure".

Telecranio ed esame cefalometrico pre-cure o in alternativa: fotografia del "morso/morso inverso". Limiti di rimborsabilità degli esami/fotografie:

- Max 1 Telecranio "pre-cure";
- Max 3 fotografie "pre-cure";

post-cure:

Le indagini radiografiche e fotografiche non possono essere tra loro sommate ai fini dei rimborsi per lo stesso "Progetto di cure". Telecranio o in alternativa: fotografia dei modelli in occlusione.

Limiti di rimborsabilità degli esami/fotografie:

- Max 1 Telecranio "post-cure";
- Max 3 fotografie "post-cure";
- Certificazione del laboratorio odontotecnico per le apparecchiature rimovibili e/o funzionali;

I codici 62, 63, 64 non sono sommabili tra di loro nello stesso anno per la stessa arcata ai fini del rimborso.

Qualsiasi forma di trattamento ortodontico comprensivo del mantenimento, è rimborsabile al massimo per 3 (tre) anni, anche non consecutivi, sempre nei limiti dell'anno di compimento del 21° anno di età.

Attenzione: Nel caso in cui l'Odontoiatra o l'Assistito non ritenga di eseguire il telecranio pre e/o post cure è necessaria una dichiarazione su carta intestata dell'Odontoiatra che riporti le motivazioni per le quali non sono state eseguite le radiografie, specificando se la scelta è stata dell'Odontoiatra o dell'Assistito. In caso vengano inviate le fotografie pre-cure è necessaria anche la certificazione dell'Odontoiatra che descriva la malocclusione rilevata ed il trattamento correttivo da eseguire.

I RIMBORSI SI POSSONO RICHIEDERE UNA SOLA VOLTA L'ANNO.



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

COD.	NOMENCLATORE	PROCEDURE NECESSARIE PER LA VALUTAZIONE	LIMITI TEMPORALI E/O AMMINISTRATIVI	IMPORTO MASSIMO
62	Terapia ortodontica fissa - per arcata - (qualsiasi tipo e tecnica) non sovrapponibile all'ortodonzia mobile (compreso esame cefalometrico)	Vedi procedure previste nelle premesse specifiche della sottobranca. Vedi cod. 6, cod. 7 e cod. 8	Per anno, per massimo 2 anni, mai ripetibile	€1.000,00
63	Terapia ortodontica funzionale rimovibile - per arcata - (qualsiasi tipo e tecnica) non sovrapponibile all'ortodonzia fissa (compreso esame cefalometrico)	Vedi procedure previste nelle premesse specifiche della sottobranca. Vedi cod. 6, cod. 7 e cod. 8	Per anno, per massimo 2 anni, mai ripetibile	€700,00
64	Terapia ortodontica di mantenimento – per massimo 1 anno (contenzione fissa o mobile) – qualsiasi numero di arcate	Se la contenzione è eseguita da laboratorio copia certificazione del laboratorio odontotecnico	Per massimo 1 anno, mai ripetibile	€300,00

ATTENZIONE: Il telecranio o le fotografie post-cure ortodontiche devono essere eseguiti ed inviati al momento della richiesta di rimborso del 3° anno di cure, anche se le cure stesse non fossero terminate.

Servizio Clienti
Buongiorno Reale

800 320 320

Dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20
buongiorno reale@realemutua.it

IL TUO AGENTE REALE



Mod. 5113 MAL



REALE GROUP

T O G E T H E R M O R E

Società Reale Mutua di Assicurazioni - Fondata nel 1828 - Sede Legale e Direzione Generale: Via Corte d'Appello, 11 10122 Torino (Italia) - Tel. +39 011 4311111 - Fax +39 011 4350966 - realemutua@pec.realemutua.it www.realemutua.it - Registro Imprese Torino, Codice Fiscale 00875360018 - N. Partita IVA 11998320011 - R.E.A. Torino N. 9806 - Iscritta al numero 1.00001 dell'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione - Capogruppo del Gruppo Assicurativo Reale Mutua, iscritto al numero 006 dell'Albo dei gruppi assicurativi.