# RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE

Contratto di assicurazione
per la tutela della salute e dell'integrità fisica

Mod. 5114/FI MAL - Ed. 10/11

**Il presente FASCICOLO INFORMATIVO contenente:**

- **Nota Informativa, comprensiva del Glossario**
- **Condizioni di Assicurazione**

**deve essere consegnato al contraente prima della sottoscrizione del contratto.**

**PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA.**

REALE MUTUA
ASSICURAZIONI
Parte del tuo mondo.

REALE MUTUA
ASSICURAZIONI

**RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE**

# NOTA INFORMATIVA AL CONTRAENTE

**La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'ISVAP, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'ISVAP.**
**Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.**

## A INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. **Informazioni generali**
   a) Società Reale Mutua di Assicurazioni – forma giuridica: società mutua assicuratrice, Capogruppo del Gruppo assicurativo Reale Mutua, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi.
   b) Sede Legale e Direzione Generale: Via Corte d'Appello 11, 10122 Torino (Italia).
   c) Recapito telefonico: +39 0114 311 111 - fax +39 0114 350 966.
      Sito internet: www.realemutua.it.
      E-mail: buongiornoreale@realemutua.it
   d) Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni a norma dell'articolo 65 del R.D.L.29/04/1923,n 966 REA Torino, n.9806. Iscritta al numero 1.00001 dell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione.

2. **Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa**
   Il patrimonio netto dell'Impresa è pari a 1.532 milioni di euro di cui 60 milioni di euro relativi al fondo di garanzia, e 1.472 milioni di euro relativi al totale delle riserve patrimoniali.
   L'indice di solvibilità riferito alla gestione danni è pari al 500%. Tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

## B INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

### TACITO RINNOVO DEL CONTRATTO

Il contratto, a seconda dell'accordo tra le parti (il Contraente e Reale Mutua), può prevedere, oppure no, il tacito rinnovo alla sua scadenza; la scelta effettuata si può rilevare nella casella "tacito rinnovo" presente sul modulo di polizza.

AVVERTENZA: **se il contratto viene stipulato con la clausola di tacito rinnovo, è possibile comunque impedirne il rinnovo mediante la disdetta.**
**La disdetta può essere effettuata, sia da parte del Contraente sia da parte di Reale Mutua, solo mediante comunicazione con lettera raccomandata che deve essere spedita entro 60 giorni dalla scadenza del contratto.**
**La disdetta ha come effetto la risoluzione definitiva del rapporto contrattuale.**
**Per I dettagli sulle modalità di disdetta si rimanda al punto 1.3 delle Condizioni di Assicurazione.**

### AGGIORNAMENTI NON DERIVANTI DA INNOVAZIONI NORMATIVE

Gli aggiornamenti al fascicolo informativo non derivanti da innovazioni normative sono consultabili presso il sito internet di Reale Mutua (www.realemutua.it).

3. **Coperture assicurative offerte - Limitazioni ed esclusioni**
   Il prodotto "Rimborso Spese Odontoiatriche" garantisce il rimborso delle spese per prestazioni odontoiatriche rese necessarie da infortunio o malattia.
   Eventuali allegati per condizioni contrattuali non rientranti nello standard del prodotto e concordate per particolari esigenze del Contraente saranno oggetto di espressa pattuizione.
   La garanzia è regolamentata al punto 2.1 delle Condizioni di Assicurazione.
   **La Garanzia è operante per le sottobranche esplicitamente richiamate nel modulo di polizza.**
   AVVERTENZA: **la garanzia non copre tutti i tipi di eventi e tutte le situazioni che possono verificarsi; il contratto prevede infatti diversi limiti ed esclusioni, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo. Essi sono indicati nei seguenti punti: 2.1 "prestazioni odontoiatriche", 2.2 "modalità di indennizzo", 3.1 "persone non assicurabili – limiti di età", 3.2 "esclusioni", 3.3 "decorrenza della garanzia"; 4.3.A "procedura per l'utilizzo di centri odontoiatrici convenzionati con Blue Assistance", 4.3.B "procedura per l'utilizzo di centri odontoiatrici non convenzionati con Blue Assistance", 4.4 "obblighi dell'assicurato", nonché nelle definizioni del glossario e nell'Appendice 1 – Nomenclatore Tariffario delle Condizioni di Assicurazione.**
   AVVERTENZA: **La garanzia prevede l'applicazione di un massimale e di specifici sottolimiti di indennizzo.**
   **In proposito si vedano il punto 2.1 e l'Appendice 1 – Nomenclatore Tariffario Odontoiatrico delle Condizioni di Assicurazione.**

   **Premessa**
   **Blue Assistance S.p.A. è la società che provvede, per conto di Reale Mutua, alla liquidazione dei sinistri secondo le modalità previste in polizza ed inoltre gestisce le convenzioni ed i rapporti con i centri odontoiatrici che ha selezionato in Italia ed all'estero.**

**ESEMPLIFICAZIONE NUMERICA DI APPLICAZIONE DI LIMITI DI INDENNIZZO O MASSIMALI**
In caso di sinistro, per calcolare l'indennizzo dovuto da Reale Mutua occorre, una volta stabilito che il sinistro è coperto dall'assicurazione, tenere conto dei limiti di indennizzo e dei massimali previsti per la garanzia coinvolta entro i quali Reale Mutua interviene.

**Esempio di applicazione dei limiti:**

| | ESEMPI | |
|---|---|---|
| | **A**<br>**Struttura NON Convenzionata con Blue Assistance** | **B**<br>**Struttura Convenzionata con Blue Assistance** |
| Importo fattura per trattamento endodontico tricanalare | € 250 | € 200 |
| Limite di indennizzo | € 160<br>(ottenuto applicando lo scoperto del 20% al limite di € 200 previsto dal Nomenclatore) | € 200 |
| Limiti temporali | 1 volta, mai ripetibile per lo stesso elemento | |

**Esempio A** : rimborso di € 160 (l'importo è maggiore del limite di indennizzo pertanto € 90 restano a carico dell'assicurato).
**Esempio B** : rimborso di € 200 (l'importo è inferiore o uguale al limite di indennizzo).

## 4. Periodi di carenza contrattuali

AVVERTENZA: **sono presenti nelle Condizioni di Assicurazione delle carenze, ovvero periodi di tempo che intercorrono tra la data di effetto dell'assicurazione e l'effettiva decorrenza della garamzia.**
Per i dettagli si veda il punto 3.3 delle Condizioni di Assicurazione.

## 5. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio – Questionario sanitario - Nullità

Non è richiesta la compilazione del questionario sanitario.
AVVERTENZA: **eventuali dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del contratto possono comportare effetti negativi sulla prestazione o, in alcune circostanze, essere causa di annullamento del contratto, così come indicato agli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile e al punto 1.1 delle Condizioni di Assicurazione.**

## 6. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione

**Il Contraente o l'Assicurato, ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile, deve dare comunicazione scritta a Reale Mutua di ogni aggravamento del rischio e/o variazione nella professione. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati da Reale Mutua possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all' indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione.**
Non è da considerarsi aggravamento di rischio un peggioramento dello stato di salute dell'Assicurato, **se ed in quanto sopravvenuto in corso di contratto e non ad esso preesistente, fatta eccezione per i peggioramenti dello stato di salute elencati all'articolo 3.1 delle Condizioni di Assicurazione, per i quali si configura invece un aggravamento di rischio che comporta la cessazione dell'assicurazione. Tali circostanze riguardano le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S. e sindromi correlate, schizofrenia, psicosi ed infermità mentali determinate da sindromi organiche cerebrali.**
Nel caso di diminuzione del rischio Reale Mutua, ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile, è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato e rinuncia al relativo diritto di recesso.

## 7. Premi

**Il premio, salva diversa pattuizione, è annuale ed è pagabile**
- in unica rata per ciascun periodo annuo

oppure
- a rate costanti per periodi inferiori all'anno (semestrali o quadrimestrali o trimestrali o bimestrali o mensili).

È possibile pagare il premio nei seguenti modi:
- denaro contante (entro i limiti previsti dalla Legge vigente),
- assegno bancario o circolare,
- bonifico bancario,
- bollettino postale,
- bancomat (solo presso le agenzie dotate di POS).

## 8. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Il contratto non prevede l'indicizzazione, ovvero l'adeguamento del premio e delle somme assicurate secondo le variazioni mensili dell'indice nazionale dei prezzi al consumo per le famiglie di impiegati ed operai pubblicato dall'ISTAT.

**9. Diritto di recesso**

La polizza non prevede la facoltà di recesso in caso di sinistro.

**10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto**

**Il diritto al pagamento del premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze.**
**Gli altri diritti derivanti dal contratto si prescrivono nel termine di due anni a decorrere dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda (art. 2952 del Codice Civile).**

**11. Legge applicabile al contratto**

**Al contratto che verrà stipulato si applica la legge italiana.** Premesso che le parti hanno la facoltà di assoggettare il contratto ad una diversa legislazione, ferma la prevalenza delle disposizioni specifiche in materia di assicurazione obbligatoria nonché delle norme imperative nazionali, Reale Mutua indica come opzione prescelta l'applicazione della legge italiana.

**12. Regime fiscale**

Per il contratto rimborso spese mediche si applica l'aliquota d'imposta del 2,5%;
Nel caso di rischio ubicato all'estero si applica il trattamento fiscale del relativo Paese.

## C INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

**13. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo**

**Il momento di insorgenza del sinistro deve intendersi il giorno in cui si sono iniziate le cure odontolatriche, ovvero il ricevimento da parte di Blue Assistance del "Piano di Cure".**
**In fase di denuncia del sinistro e durante la sua trattazione, l'Assicurato è comunque tenuto ad osservare alcune prescrizioni, descritte nelle Condizioni di Assicurazione.**
**Tra le altre, si evidenzia che l'Assicurato dovrà sottoporsi ad eventuali visite dei medici di Reale Mutua e fornire ai medici stessi o agli incaricati le informazioni ritenute necessarie, nonché a sciogliere dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato o curato.**
I dettagli degli obblighi per l'Assicurato e delle istruzioni per la denuncia e per le procedure liquidative sono descritti ai punti 4.1, 4.2, 4.3, 4.4 delle Condizioni di Assicurazione.

**14. Assistenza diretta – Convenzioni**

AVVERTENZA
**Il contratto prevede l'utilizzo dei centri odontoiatrici convenzionati con Blue Assistance, presso cui l'Assicurato – previo accordo telefonico con la Centrale Operativa della stessa secondo le indicazioni di cui al capitolo "Come avviene la liquidazione del sinistro" alle pagine 8 e 9 delle Condizioni di Assicurazione - fruisce dell'indennizzo diretto per le prestazioni comprese in garanzia.**
L'elenco dei centri odontoiatrici convenzionati è consultabile sul sito Internet di Reale Mutua (www.realemutua.it), nonché a mezzo telefono presso la Centrale Operativa di Blue Assistance (numero verde: 800 092 092).

**15. Reclami**

**Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto al Servizio "Buongiorno Reale"** Reale Mutua Assicurazioni, via Corte d'Appello 11 - 10122 Torino, Numero Verde 800–320320 (attivo dal lunedì al sabato, dalle 8 alle 20), fax 011 742 54 20, e-mail: buongiornoreale@realemutua.it. **Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni potrà rivolgersi all'ISVAP** – Servizio tutela degli utenti - Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.
Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'ISVAP o direttamente al sistema estero competente individuabile accedendo al sito Internet http://ec.europa.eu/internal market/finservices-retail/finnet/index en.htm chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.
INFORMAZIONI
Reale Mutua è a disposizione della clientela con il Servizio "Buongiorno Reale" Reale Mutua Assicurazioni, via Corte d'Appello 11 - 10122 Torino, Numero Verde 800–320320 (attivo dal lunedì al sabato, dalle 8 alle 20), fax 011 742 54 20, e-mail: buongiornoreale@realemutua.it sia per informazioni o chiarimenti di carattere generale sia per conoscere condizioni, limiti e modalità per ricorrere alla Commissione di Garanzia.

**COMMISSIONE DI GARANZIA**
Reale Mutua ha costituito un organismo indipendente, la "Commissione di Garanzia dell'Assicurato Reale Mutua" con sede in Via dell'Arcivescovado n. 1 – 10121 Torino. La Commissione, composta da tre personalità di riconosciuto prestigio, ha lo scopo di tutelare il rispetto dei diritti spettanti agli Assicurati nei confronti di Reale Mutua in base ai contratti stipulati. La Commissione esamina gratuitamente i ricorsi e la decisione non è vincolante per l'Assicurato. Se da questi accettata, è invece vincolante per Reale Mutua. **Possono rivolgersi alla Commissione gli Assicurati persone fisiche, le associazioni nonché le società di persone e di capitali, che abbiano stipulato un contratto assicurativo con Reale Mutua, con esclusione di quelli riguardanti i Rami Credito e Cauzioni.**

16. **Arbitrato**
AVVERTENZA:per la risoluzione di alcune controversie è prevista la facoltà di ricorrere all'arbitrato; in tal caso il collegio medico preposto allo svolgimento dell'arbitrato stesso risiede nel Comune, sede di Istituto di medicina legale e delle assicurazioni, più vicino alla residenza dell'Assicurato. **In alternativa è possibile in ogni caso rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.**
Per i dettagli si veda il punto 4.5 delle Condizioni di Assicurazione.

* * *

**Reale Mutua è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.**

**Società Reale Mutua Assicurazioni**
**Luigi Lana**

**Il significato di alcuni termini di questa Nota Informativa e delle Condizioni di Assicurazione è riportato nel seguente**

## GLOSSARIO

**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 cruente, 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.

**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.

* * *

# Rimborso Spese Odontoiatriche

Assicurazione Collettiva.

# Condizioni di assicurazione

Le presenti Condizioni di assicurazione sono formate da 18 pagine

REALE MUTUA ASSICURAZIONI

Fondata nel 1828 - Sede Legale: Via Corte d'Appello 11, 10122 Torino (Italia) - Reg. Impr. Torino, Codice Fiscale e N. Partita IVA 00875360018 - R.E.A. Torino N. 9806 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni a norma dell'articolo 65 del r.d.l. 29/4/1923 N. 966

## DEFINIZIONI

**NOTA BENE: Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato**

Le definizioni, 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 cruente, 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*.

## DEFINIZIONI

**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

**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**

**Fermi i termini di carenza** eventualmente previsti, 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 – VALIDITA' 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.**

**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.**

### 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 sottobranche:

| | |
|---|---|
| **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 sottobranche esplicitamente richiamate nel *modulo di polizza*.**

### 2.2 MODALITA' DI INDENNIZZO

A. In caso di utilizzo di *Centri Odontoiatrici* convenzionati, *Blue Assistance* paga direttamente le spese sostenute ed indennizzabili **entro i limiti previsti dal *Nomenclatore Tariffario Odontoiatrico***;
B. In caso di utilizzo **di *Centri Odontoiatrici* non convenzionati**, *Blue Assistance* rimborsa le spese sostenute ed indennizzabili **entro i limiti previsti dal *Nomenclatore Tariffario Odontoiatrico* i cui Importi Massimi verranno ridotti con l'applicazione di uno scoperto del 20%**;
C. In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, la spesa sostenuta dall'*Assicurato* per i ticket governativi viene interamente rimborsata **entro i limiti previsti dal *Nomenclatore Tariffario Odontoiatrico***.

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 ETA'

**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, e dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, psicosi in genere. L'*assicurazione* cessa con il manifestarsi di dette infermità e nessun *indennizzo* è dovuto da Reale Mutua.**

### 3.2 ESCLUSIONI

**L'*assicurazione* non comprende le spese per:**

- **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 spese sostenute in conseguenza 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;**
- **le spese sostenute in conseguenza di atti dolosi commessi o tentati dall'*Assicurato*, abuso di alcolici e psicofarmaci, uso non terapeutico di sostanze stupefacenti (compresi gli allucinogeni);**

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

- **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 ) comportanti 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 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:

#### A. 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 : Numero Verde 800 - 092.092
- dall'estero : Prefisso internazionale +39 - 011 - 742.5555

**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* é 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.
**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.**

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

**B. L'UTILIZZO DI CENTRI ODONTOIATRICI NON CONVENZIONATI CON BLUE ASSISTANCE**

**L'*Assicurato* deve inviare la denuncia a *Blue Assistance*, alla quale va allegata la documentazione medica e di spesa, completa del "*Piano di Cure*".** In particolare, l'***Assicurato* deve fornire** a *Blue Assistance*:

- **"*Piano di Cure*" compilato e sottoscritto a cura del *Centro Odontoiatrico* e firmato dall'*Assicurato* stesso;**
- **originale della fattura o della notula di spesa fiscalmente regolare e quietanzata, che viene poi restituita da *Blue Assistance* con indicazione della liquidazione effettuata. Non vengono accettate fatture/notule di "acconto", "anticipo" o qualsiasi altra tipologia di giustificativo di spesa di fatturazione parziale delle prestazioni elencate su un unico *Piano di Cure*.**

In caso di intervento del SSN o di altro Ente assicuratore gli originali possono essere sostituiti da copie con documentazione di quanto erogato dagli enti predetti.
Il rimborso delle spese sostenute all'estero in valute diverse dall'euro avverrà applicando il cambio contro euro, come da rilevazioni della Banca Centrale Europea desunto dalle pubblicazioni sui principali quotidiani economici a tiratura nazionale o, in sua mancanza, quello contro dollaro U.S.A. Il rimborso verrà effettuato al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta.
Nell'ambito del *massimale* indicato nel *modulo di polizza*, *Blue Assistance* rimborsa le spese nei termini previsti dal punto 2.2 B e 2.2 C; provvede a **restituire la documentazione di spesa con allegata l'indicazione della liquidazione effettuata.**
*Blue Assistance* è comunque a completa disposizione del Contraente e degli *Assicurati* per qualsiasi informazione inerente la prestazione dei servizi.

## 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 i medici che lo hanno visitato e curato.**

## 4.5 CONTROVERSIE – VALUTAZIONE COLLEGIALE 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 rifiuti 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 sottobranca**

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

Non è rimborsabile la radiografia endorale o radiografia occlusale, 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 occlusali 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 occlusale)
pre-cure: fotografia o immagine video intraorale --> post-cure: fotografia o immagine video intraorale

| 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 | Nome, cognome, e data con pennarello indelebile sul porta lastrine | Al massimo 3 lastrine pre-cure e 3 lastrine post-cure, unicamente in | € 12,00 |

**NOTA BENE: Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | anatomica contigua (lastrine 4 x 3) | | riferimento alle prestazioni richieste | |
| 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 alla 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 sottobranca | 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. unicamente in riferimento alle prestazioni richieste | € 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 |

## CHIRURGIA ORALE

### Premesse specifiche della sottobranca

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 pluriradicolati 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 pluriradicolati 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**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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 |

## CONSERVATIVA

### Premesse specifiche della sottobranca

E' 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 |

**NOTA BENE: Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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 |

## PARODONTOLOGIA

### Premesse specifiche della sottobranca

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

| COD. | NOMENCLATORE | PROCEDURE NECESSARIE | 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 sottobranca

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 |

## 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 guarde | Comprovato da copia certificazione del laboratorio odontotecnico | Non ripetibile prima di 2 anni | € 300,00 |

## IMPLANTOLOGIA

### Premesse specifiche della sottobranca

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:**

**NOTA BENE: Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato**

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.

| 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 |

**NOTA BENE: Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato**

## 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".

**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 sotto-branca. 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 sotto-branca. Vedi anche cod. 2, cod. 3, cod. 4 e cod. 5 | Non ripetibile prima di 5 anni per lo stesso elemento | € 400,00 |

**NOTA BENE: Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 48 | Elemento metallo-ceramica o metal free o AGC e porcellana - qualsiasi tipo - per elemento | Vedi procedure previste nelle premesse specifiche della sottobranca. 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 |
| 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/pilastri – 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 sottobranca

**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 |
| 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 |

**NOTA BENE: Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 61 | Attacchi di precisione - per elemento (qualsiasi tipo di lega) o controfresaggi in lega preziosa, o cappette radicolari | 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.

| 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. | | | | |