

CODICE	PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE	TARIFFA
--------	----------------------------	---------

Beneficiari e loro Familiari

Il presente nomenclatore riporta le prestazioni eseguibili in Odontoiatria. Le prestazioni vanno ricondotte anche per similitudine alle prestazioni elencate.

DIAGNOSI E PIANO TRATTAMENTO

01	Visita odontoiatrica	30,00 €
06	Ortopantomografia (OPT)	30,00 €
07	Cone beam 3d	90,00 €
08	Rx Endorale, Bite wings (per lastrina)	12,00 €
09	Rx telecranio (solo se presente in struttura)	35,00 €

IGIENE PROFILASSI

05	Ablazione tartaro (sia adulti che bambini)	35,00 €
----	--	---------

CONSERVATIVA

10	Otturazione semplice	75,00 €
11	Otturazione complessa	90,00 €
13	Ricostruzione in amalgama/composito con perni endocanalari, per elemento	120,00 €

CHIRURGIA ORALE

14	Estrazione semplice di dente o radice	50,00 €
15	Estrazione complessa di dente o radice	90,00 €
16	Estrazione di terzo molare in inclusione ossea totale	130,00 €

PARADONTOLOGIA

22	Levigatura delle radici, per emiarcata	75,00 €
25	Gengivectomia, per dente	40,00 €
26	Gengivectomia, per emiarcata	190,00 €
27	Splintaggio, per emiarcata	150,00 €

CODICE	PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE	TARIFFA
ENDODONZIA		
31	Trattamento endodontico 1 canale, compresa rx endorale ed otturazione della cavità di accesso e ricostruzione coronale pre-endodontica	90,00 €
32	Terapia endodontico 2 canali, compresa rx endorale ed otturazione della cavità accesso e ricostruzione coronale pre-endodontica	150,00 €
33	Terapia endodontica 3 o più canali, compresa rx endorale ed otturazione della cavità di accesso ricostruzione coronale pre-endodontica	200,00 €
34	Ritrattamento endodontico per canale, comprensivo dell'otturazione della cavità di accesso, ricostruzione coronale pre- endodontica e radiografie intraorali)	100,00 €
PROTESI		
36	Protesi totale in resina o ceramica (per arcata)	950,00 €
37	Protesi totale immediata (per arcata)	850,00 €
38	Protesi parziale definitiva compresi ganci ed elementi dentari, per emiarcata	500,00 €
39	Protesi parziale rimovibile provvisoria completa di ganci ed elementi dentari, per elemento	380,00 €
40	Protesi parziale scheletrata per arcata	950,00 €
49	Corona protesica provvisoria semplice in resina o armata	70,00 €
50	Elemento in resina provvisorio rinforzato, per elemento	90,00 €
51	Corona o elemento di protesi fissa in L.N.P. e ceramica o L.P. e faccetta in resina anche fresata o metallo composito, per elemento	450,00 €
52	Corona o elemento di protesi fissa in L.P. e ceramica o metal free o AGC e porcellana, per elemento	650,00 €
GNATOLOGIA		
56	Bite funzionale	300,00 €
ORTOGNATODONZIA		
58	Terapia ortodontica fissa per arcata per anno e/o frazione di anno	1000,00 €
IMPLANTOLOGIA		
61	Impianto osteointegrato (compresa esposizione) e pilastro implantare-abutment	1000,00 €

ODONTOIATRIA

Prestazioni erogate in tutte le strutture in convenzione

LE TARIFFE RIPORTATE NEL NOMENCLATORE CHE PRECEDE SI INTENDONO RIPETIBILI SENZA LIMITI, ALLE TARIFFE INDICATE FATTE SALVE LE SEGUENTI VARIAZIONI

- Cod 01 - Visita odontoiatrica iniziale;
- Cod 05 - Ablazione semplice del tartaro (detartrasi)

Le tariffe applicate sono previste per la sola prima prestazione, nel medesimo anno solare, se la prestazione verrà resa in favore dei Beneficiari. Dalla seconda prestazione erogata nell'anno solare in favore dei Beneficiari e sempre per le prestazioni rese in favore dei Familiari dei Beneficiari, senza limiti di ripetibilità e previa approvazione da parte di Mutualmed, la tariffa applicata sarà di Cod.1 € 40,00; Cod.05 € 50,00;

ESTENSIONE COPERTURA FAMILIARI

Le garanzie inserite nel piano sanitario potranno essere utilizzate con i limiti previsti anche dai Familiari e/o Coniuge, Conviventi e Figli dei Beneficiari.

Le prestazioni potranno essere erogate esclusivamente in tutte le strutture in convenzione del network di riferimento

Prestazioni erogate esclusivamente nelle strutture GOLD

LE TARIFFE RIPORTATE NEL NOMENCLATORE CHE PRECEDE SI INTENDONO RIPETIBILI SENZA LIMITI, ALLE TARIFFE INDICATE FATTE SALVE LE SEGUENTI VARIAZIONI

Sarà a disposizione dei Beneficiari e dei loro familiari un network di strutture selezionate e di qualità controllata denominate "GOLD" le cui prestazioni saranno erogate con un importante contributo a carico di Mutualmed il quale non sarà cumulabile con quello relativo alle prestazioni erogate nelle altre strutture in convenzione.

IMPLANTOLOGIA / CHIRURGIA ESTRATTIVA/ PROTESI

Nelle strutture Gold sarà previsto per queste prestazioni un rimborso effettuato direttamente alla struttura pari al 70% delle spese sostenute con un massimale di € 5000,00 per nucleo familiare per anno:

Sono previsti sotto massimali per persona per anno solare con la seguente regolamentazione.

€ 3000 saranno a disposizione esclusivamente del Beneficiario.

€ 2000 potranno essere utilizzati dai familiari.

I limiti di rimborso sopra previsti prevedono quindi uno scoperto a carico del paziente del 30% dell'intero costo per queste prestazioni.

[codice 61] - Impianto osteointegrato (compresa esposizione) e pilastro implantare-abutment.

Questa prestazione verrà rimborsata solo se effettuata a seguito dell'estrazione dell'elemento che l'impianto andrà a sostituire.

[codice 14] - Estrazione semplice di dente o radice;

[codice 15] - Estrazione complessa di dente e/o radice;

[codice 16] - Estrazione di terzo molare in inclusione ossea totale;

[codice 36] - Protesi totale definitiva in resina o ceramica (per arcata)

[codice 37] - Protesi totale immediata (per arcata)

Per le prestazioni [codice 14] - [codice 15] - [codice 16] - [codice 61] sono richieste radiografie pre e post cure.

Per le prestazioni [codice 36] - [codice 37] è richiesta la certificazione del laboratorio

DIAGNOSTICA

Le seguenti prestazioni [codice 06] Ortopantomografia (OPT), [codice 07] Cone Beam 3d, [codice 08] Rx endorale, [codice 09] Rx telecranio (solo se presente in struttura) saranno gratuite per la sola prima prestazione, nel medesimo anno solare, se la prestazione verrà resa in favore del Beneficiario. Dalla seconda prestazione erogata nell'anno solare in favore dei Dipendenti e sempre per le prestazioni rese in favore dei Familiari, senza limiti di ripetibilità, sarà applicata la tariffa secondo suddetto piano

ORTODONZIA

Nelle strutture Gold sarà previsto per queste prestazioni un rimborso effettuato direttamente alla struttura pari al 70% delle spese sostenute con un massimale di € 500,00 per nucleo familiare per anno:

E' previsto un sotto massimale per persona per anno solare con la seguente regolamentazione.

€ 300 per anno solare saranno a disposizione esclusivamente del Beneficiario.

€ 200 per anno solare potranno essere utilizzati dai familiari.

I limiti di rimborso sopra previsti prevedono quindi uno scoperto a carico del paziente del 30% dell'intero costo preventivato

per la prestazione oggetto di rimborso che segue;

[codice 58] Terapia ortodontica fissa per arcata per anno e/o frazione di anno

VISITE

Nelle strutture GOLD verranno erogate gratuitamente nr.2 visite per anno solare per nucleo familiare con il limite di massimo uno per il Beneficiario e di massimo uno per i familiari

[codice 01] - Visita odontoiatrica iniziale

IGIENE E PROFILASSI

Nelle strutture GOLD verranno erogate gratuitamente nr.1 ablazioni per anno solare per il Beneficiario.

[codice 05] Ablazione tartaro (sia adulti che bambini)

ULTERIORI PLUS STRUTTURE GOLD

1) CONTRIBUTO SPESE TRASFERIMENTO

Nelle strutture GOLD è inoltre previsto un contributo per viaggio ed alloggio con le seguenti modalità

a) Nel caso in cui la struttura GOLD più vicina disti più di km. 200 dall'indirizzo di residenza verrà fornito al Beneficiario o al Familiare un servizio navetta gratuito da e per l'aeroporto o la stazione ferroviaria più vicina

b) Nel caso in cui la struttura GOLD più vicina disti più di km. 200 dall'indirizzo di residenza ed il caso necessiti di interventi complessi che richiedano anche il pernottamento oltre al servizio navetta sopra previsto verrà fornito gratuitamente anche l'alloggio nella vicinanze della struttura prescelta dalla Commissione Medico Scientifica a proprio insindacabile giudizio.

c) Tutto quanto sopra sarà valido solo nel caso in cui il Beneficiario o il familiare accetti preventivi di importi a suo carico superiori almeno ad €.2800,00 (duemilaottocento/00)

d) Nel caso in cui la struttura GOLD più vicina disti più di km. 200 dall'indirizzo di residenza e si tratti di prima visita tutto quanto sopra dovrà essere autorizzato dalla Commissione Medico Scientifica previo invio di ortopantomografia da parte del soggetto interessato al trattamento (Beneficiario e/o familiare)

2) GARANZIA

Nel caso in cui lavori protesici e/o impianti oggetto dei trattamenti effettuati in una struttura GOLD e rimborsati da Mutualmed dovessero essere riparati e/o rifatti e/o sostituiti dalla stessa struttura nell'arco dei 3 anni successivi all'erogazione della prestazione, Mutualmed provvederà a sostenere integralmente le spese relative a tutto quanto sopra.

Tale procedura deve essere corredata di certificazione da parte della struttura stessa che escluda ogni responsabilità da parte del paziente.

3) FINANZIAMENTO CURE

Mutualmed garantisce ai Beneficiari la possibilità di finanziare presso le strutture GOLD l'eventuale importo a loro carico relativo alle cure preventivate previa naturalmente valutazione e autorizzazione da parte della società finanziaria prescelta.

4) INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO (ESCLUSIVAMENTE PER I BENEFICIARI)

Verranno liquidate le spese sostenute dai Beneficiari nelle strutture GOLD per gli interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie (purchè diagnosticate non antecedentemente alla data di copertura):

- osteiti che coinvolgano almeno un terzo dell'osso mascellare o mandibolare [escluso quelle iatrogene da malpractice (a titolo esemplificativo e non esaustivo osteiti conseguenti a interventi di implantologia, estrazioni, ecc.) e quelle conseguenti all'assunzione di bifosfonati]
- cisti follicolari
- adamantinoma
- odontoma

Per l'autorizzazione alle cure sarà necessario inoltrare a Mutualmed:

- la prescrizione medica antecedente l'intervento contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa
- radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso antecedenti l'intervento
- radiografie, referti radiologici e referti istologici per cisti follicolari, adamantinoma e odontoma antecedenti l'intervento.

Le spese verranno liquidate nel limite annuo di €. 1.000,00 (mille/00) per Beneficiario.

Le spese per le prestazioni erogate al Beneficiario vengono liquidate direttamente alle strutture del network GOLD senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia entro i limiti del massimale previsto.

Nel caso in cui il Beneficiario si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, attraverso Mutualmed si provvederà a rimborsare integralmente i ticket sanitari a carico del Beneficiario entro i limiti dei massimali previsti.

5) PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE DA INFORTUNIO AVVENUTO SUL LUOGO DI LAVORO (ESCLUSIVAMENTE PER I BENEFICIARI)

Verranno liquidate le spese sostenute dai Beneficiari nelle strutture GOLD per prestazioni odontoiatriche effettuate a seguito di infortunio avvenuto sul luogo di lavoro.

La garanzia opererà esclusivamente nel caso di:

- a) Infortunio sul luogo di lavoro in cui il danno dentale risulti da idonea documentazione sanitaria rilasciata da strutture di Pronto Soccorso Ospedaliero entro 24 ore dalla data di accadimento dello stesso.
- b) Infortunio risultante da idonea documentazione comprovante la denuncia dell'infortunio inviata all'I.N.A.I.L .

La copertura non sarà operante nel caso in cui:

- Il Beneficiario abbia assunto sostanze stupefacenti nelle 48 ore precedenti il sinistro.
- Gli infortuni siano conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso non terapeutico di psicofarmaci, di stupefacenti o di allucinogeni;
- Gli infortuni siano conseguenti a tumulti popolari, atti violenti od aggressioni

Le spese per le prestazioni erogate al Beneficiario verranno liquidate direttamente attraverso Mutualmed alle strutture GOLD senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia entro i limiti del massimale previsto.

Nel caso in cui il Beneficiario si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale per richiedere le prestazioni di cui al presente paragrafo, Mutualmed provvederà a rimborsare integralmente i ticket sanitari a carico del Beneficiario entro i limiti dei massimali previsti.

Il massimale annuo garantito per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 500,00 (cinquecento/00) per Beneficiario.

6) ASSISTENZA E CONSULTO COMMISSIONE MEDICO SCIENTIFICA SOLO PER I BENEFICIARI

Il Beneficiario può ricevere, se lo desidera, il consulto di una Commissione Scientifica che, se richiesta, può rilasciare una propria "second opinion" circa i piani di trattamento elaborati e le tariffe applicate dalle strutture GOLD e , sempre se richiesto, potrà interfacciarsi con queste ultime per valutare e concordare eventuali modifiche e/o implementazioni nel programma di cure ad esclusivo vantaggio dei Beneficiari.

7) MODALITA' DI RIMBORSO PER PRESTAZIONI EROGATE DA STRUTTURE GOLD

Le spese per le prestazioni erogate al Beneficiario nelle Strutture GOLD e relative al contenuto del presente Piano Sanitario saranno liquidate direttamente alle stesse da parte di Mutualmed.

ESTENSIONI

Sono previste estensioni al presente Piano Sanitario a beneficio di Titolari e lavoratori assunti con qualifica di “Quadro” o “Dirigente” degli Istituti Investigativi e delle Agenzie Di Sicurezza applicanti il CCNL per i Dipendenti degli Istituti Investigativi Privati e delle Agenzie Sicurezza Sussidiaria o Complementare, i quali potranno pertanto avvalersi delle prestazioni, alle condizioni descritte nello stesso, previa loro adesione su base volontaria/individuale.

Il costo previsto per tale adesione sarà:

-Euro 340,00 quota una tantum

-Euro 406,00 quota annuale.