



PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI

Garanzia valida per l'iscritto e relativo nucleo familiare

In deroga a quanto previsto al Capitolo "Casi di non operatività del Piano" al punto 3, il Fondo provvede al pagamento del "pacchetto" di prestazioni odontoiatriche particolari **fruibile una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate da Unisalute per Fondo Sanedil indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione, in strutture sanitarie non convenzionate e nel Servizio Sanitario Nazionale**. Le prestazioni che costituiscono il "pacchetto", sotto indicate, sono nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, e si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Ablazione del tartaro con eventuale visita di controllo mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale.

Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'iscritto, il medico riscontri, in accordo con il Fondo, la necessità di effettuare una seconda seduta di ablazione del tartaro nell'arco dello stesso anno associativo, il Fondo provvederà a liquidare anche questa seconda prestazione, con le modalità di seguito indicate, analogamente a quanto avvenuto per la prestazione precedente. Nel caso di utilizzo di struttura sanitaria convenzionata da UniSalute per il Fondo Sanedil, la seconda seduta deve essere preventivamente comunicata a UniSalute.

Restano invece a carico dell'iscritto, se richieste, ulteriori prestazioni, quali, ad esempio, la fluorazione, la levigatura delle radici, la levigatura dei solchi ecc.

Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie e personale convenzionato da UniSalute per il Fondo Sanedil**, le spese per le prestazioni erogate all'iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo Sanedil alle strutture medesime con l'applicazione di uno scoperto del **25%** che dovrà essere versato dall'iscritto alla struttura sanitaria al momento dell'emissione della fattura.

In caso di utilizzo di **strutture o di personale non convenzionato**, le spese sostenute vengono rimborsate con un massimale di **€ 35,00 per fattura/persona una volta all'anno**.

In caso in cui l'iscritto si avvalga di strutture del **Servizio Sanitario nazionale** o da esso accreditate, il Fondo rimborsa integralmente i ticket sanitari a suo carico.



IMPLANTOLOGIA

Garanzia valida per l'iscritto e relativo nucleo familiare

In deroga a quanto previsto al Capitolo "Casi di non operatività del Piano" al punto 3, il Fondo provvede al pagamento delle spese per le prestazioni sotto indicate.

La disponibilità per annualità assicurativa condivisa tra il titolare e il relativo nucleo familiare per prestazioni di implantologia dentale è di **€ 3.500,00**.

Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie e personale convenzionato da UniSalute per il Fondo Sanedil**, le spese per le prestazioni erogate all'iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo alle strutture medesime senza l'applicazione di alcun importo non indennizzabile.

Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie e di personale non convenzionato con UniSalute**, le spese vengono rimborsate senza l'applicazione di alcun importo non indennizzabile entro un sottomassimale annuo di **€ 3.000,00**.

Nel caso in cui l'iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, il Fondo rimborsa i ticket sanitari a carico dell'iscritto senza l'applicazione di alcun importo non indennizzabile.

Si specifica che:

- ai fini liquidativi dovranno essere prodotti le radiografie e i referti radiografici precedenti e successivi all'installazione degli impianti.

Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie** o di **personale non convenzionato con UniSalute**, dovrà essere presentato anche lo specifico modulo di richiesta contenente il diario clinico redatto a cura dell'odontoiatra.



APPLICAZIONE DI TRE O PIÙ IMPIANTI

La copertura opera nel caso di applicazione di tre o più impianti previsti dal medesimo piano di cura.

Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio e il perno/moncone relativi ai 3 o più impianti.

- Qualora il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il limite di spesa a disposizione sopra indicato, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'iscritto alla struttura convenzionata.



APPLICAZIONE DI DUE IMPIANTI

Viene previsto un sottolimito di spesa annuo di **€ 2.187,50** nel caso di applicazione di due impianti previsti dal medesimo piano di cura.

Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio e il perno/moncone relativi ai 2 impianti.

Qualora il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il limite di spesa a disposizione sopra indicato, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'iscritto alla struttura convenzionata.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie o personale non convenzionato con UniSalute, il sottomassimale annuo per l'applicazione di due impianti corrisponde a **€ 1.750,00**.

- › Qualora, nel corso della medesima annualità di copertura, dopo aver attivato la copertura prevista al punto "Applicazione di un impianto", si rendesse necessario l'innesto di un secondo impianto, quest'ultimo verrà liquidato nell'ambito del sottolimito di **€ 2.187,50** (€ 1.750,00 nel caso di utilizzo di strutture sanitarie o personale non convenzionato con UniSalute) previsto in questa copertura, al netto di quanto già autorizzato o liquidato.



APPLICAZIONE DI UN IMPIANTO

Viene previsto un sottolimito di spesa annuo di **€ 1.137,50** nel caso di applicazione di un impianto previsto dal piano di cura.

Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio e il perno/moncone relativi all'impianto.

- › Qualora il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il limite di spesa a disposizione sopra indicato, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'iscritto alla struttura convenzionata.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie o personale non convenzionato con UniSalute, il sottomassimale annuo per l'applicazione di un impianto corrisponde a **€ 912,50**.



AVULSIONE FINO AD UN MASSIMO DI 4 DENTI

Garanzia valida per l'iscritto e il relativo nucleo familiare

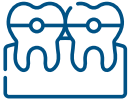
La copertura opera fino ad un massimo di 4 denti l'anno.

In caso di utilizzo di strutture convenzionate si specifica che:

- › Qualora il numero complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il numero sopra indicato, il relativo costo dovrà essere versato direttamente dall'iscritto alla struttura convenzionata.

In caso di utilizzo di **strutture o di personale non convenzionato**, le spese sostenute vengono rimborsate senza l'applicazione di scoperti o franchigie, con un **sottomassimale** di € 100,00 per avulsione ricompreso nel massimale previsto per l'implantologia nelle strutture o di personale non convenzionato.

Le avulsioni sono previste solo all'interno del piano di cura d'implantologia così come previsto all'art. "Implantologia" e devono risultare nella stessa documentazione di spesa.



ORTODONZIA

Garanzia valida per l'iscritto e il relativo nucleo familiare

In deroga a quanto previsto al Capitolo "Casi di non operatività del Piano" al punto 3, il Fondo provvede al pagamento delle spese per prestazioni ortodontiche anche di tipo diagnostico.

Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie e personale convenzionato da UniSalute per il Fondo Sanedil**, le spese per le prestazioni erogate all'iscritto vengono liquidate direttamente dal Fondo alle strutture medesime con l'applicazione di uno scoperto del **25%** che dovrà essere versato dall'iscritto alla struttura sanitaria convenzionata con la Società al momento dell'emissione della fattura.

In caso di utilizzo **di strutture o di personale non convenzionato**, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 50% per fattura e un sottomassimale di € 1.200,00 per anno/nucleo familiare.

Nel caso in cui l'iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, il Fondo rimborsa i ticket sanitari a carico dell'iscritto senza l'applicazione di alcun importo non indennizzabile.

La disponibilità per annualità assicurativa per la presente copertura è di **€ 2.500,00** per nucleo.



INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO

Garanzia valida per l'iscritto e il relativo nucleo familiare

In deroga a quanto previsto al Capitolo "Casi di non operatività del Piano" al punto 3, il Fondo liquida le spese sostenute per gli interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie comprese le prestazioni d'implantologia dentale anche se successivi ad interventi chirurgici avvenuti fuori dalla copertura del Piano sanitario purché anch'essi conseguenti alle seguenti patologie:

- adamantinoma
- ascesso dentario in presenza di strumento endodontico nel lume canalare
- cisti follicolari
- cisti radicolari
- odontoma
- rimozione di impianto dislocato all'interno del seno mascellare

Per l'attivazione della copertura è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

La documentazione sanitaria necessaria per ottenere la liquidazione delle spese sostenute consiste in:

- radiografie e referti radiologici per rimozione d'impianto dislocato nel seno mascellare, e ascesso dentario in presenza di strumento endodontico nel lume canalare, rilasciati da Medico Chirurgo specialista in Radiodiagnostica;
- radiografie, referti radiologici rilasciati da Medico Chirurgo specialista in Radiodiagnostica e referti istologici rilasciati da Medico Chirurgo specialista in Anatomia Patologica, per cisti follicolari e cisti radicolari, adamantinoma, odontoma

La disponibilità per annualità assicurativa per la presente copertura è di **€ 3.750,00** per nucleo familiare.

Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie** e **personale convenzionato da UniSalute per il Fondo Sanedil**, le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente dal Fondo alle strutture medesime senza l'applicazione di alcun importo non indennizzabile.

In caso di utilizzo **di strutture o di personale non convenzionato**, le spese sostenute vengono rimborsate senza l'applicazione di scoperti o franchigie con un sottomassimale di **€ 2.000,00** per anno/nucleo familiare.

Nel caso in cui l'Isritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, il Fondo rimborsa i ticket sanitari a carico dell'Isritto senza l'applicazione di alcun importo non indennizzabile.



CURE ODONTOIATRICHE CONSERVATIVE

Garanzia valida per l'Isritto e il relativo nucleo familiare

In deroga a quanto previsto al Capitolo "Casi di non operatività del Piano" al punto 3, il Fondo provvede al pagamento di prestazioni per cure odontoiatriche conservative.

Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie** e **personale convenzionato da UniSalute per il Fondo Sanedil**, le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente dal Fondo alle strutture medesime con l'applicazione di uno scoperto del **25%** che dovrà essere versato dall'Isritto alla struttura sanitaria convenzionata al momento dell'emissione della fattura.

In caso di utilizzo **di strutture o di personale non convenzionato**, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 40% per fattura con un sottomassimale di € 200,00 per anno/nucleo familiare.

Nel caso in cui l'Isritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, il Fondo rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Isritto.

La disponibilità per annualità assicurativa per la presente copertura è di **€ 250,00** per nucleo familiare.



PROTESI MOBILI DENTARIE

Garanzia valida per l'Isritto e il relativo nucleo familiare

In deroga a quanto previsto all'art. "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 3, il Fondo provvede al pagamento delle protesi mobili dentarie.

In caso di utilizzo **di strutture sanitarie e di personale convenzionato da UniSalute per il Fondo Sanedil**, le spese vengono liquidate direttamente dal Fondo alle strutture medesime con l'applicazione di uno scoperto del 25% che dovrà essere versato dall'Isritto alla struttura sanitaria convenzionata al momento dell'emissione della fattura.

In caso di utilizzo **di strutture o di personale non convenzionato**, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 40% per fattura.

Nel caso in cui l'Isritto si avvalga del **Servizio Sanitario Nazionale**, il Fondo rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

La diponibilità annua assicurativa per la presente prestazione è di **€ 625,00** per nucleo familiare con un sottomassimale di **€ 500,00** in caso di utilizzo di strutture o personale non convenzionato.