FONDO
ASSICURMED
FONDO INTEGRATIVO DEL S.S.N.

PIANO SANITARIO PER CCNL - SNA

CONDIZIONI

Le tariffe riportate nel seguente Piano Sanitario si intendono ripetibili senza limiti, alle tariffe indicate con le seguenti esclusioni.

- [codice 01] - Visita odontoiatrica iniziale;
- [codice 05] - Ablazione semplice del tartaro (detartrasi);
- [codice 06] - Applicazione topica di fluoro;
- [codice 11] - Estrazione semplice di dente e/o radice;
- [codice 20] - Ortopantomografia di una o entrambe le arcate dentarie (OPT).

La gratuità è prevista per la sola prima prestazione, nel medesimo anno solare, se la prestazione verrà resa in favore dei Dipendenti. 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, la tariffa applicata sarà di Cod. 1 € 30,00; Cod. 5 € 35,00; Cod. 6 € 15,00; Cod 11 € 50,00; Cod. 20 € 30,00.

- [codice 12] - Estrazione di dente e/o radice in inclusione ossea o parziale;
- [codice 13] - Estrazione di dente o radice in inclusione ossea totale (anche per estrazione chirurgica di 3° molare in disodontiasi, compresa prestazione ed eventuali radici ritenute).

Nei suddetti casi le tariffe esposte nel piano sanitario saranno applicabili solo una volta e limitatamente nel complesso ad una prestazione (ricompresa appunto tra quelle di cui ai codici 12- 13), per anno solare, se rese in favore dei Dipendenti.

Dopo la prima prestazione resa nell'anno solare in favore dei Dipendenti, e sempre per le prestazioni rese in favore dei Familiari, senza limiti di ripetibilità, le tariffe applicate saranno di:

- [codice 12] - tariffa € 90,00;
- [codice 13] - tariffa € 130,00;

ESTENSIONE COPERTURA FAMILIARI

Le garanzie inserite nel piano sanitario potranno essere utilizzate con i limiti previsti anche dai Familiari fiscalmente a carico e/o coniuge, conviventi more/uxorio e figli dei Dipendenti.

Le prestazioni potranno essere erogate esclusivamente nelle strutture del network di riferimento elencate nell'apposita area del sito www.assicurmed.com

CODICE	PRESTAZIONE	TARIFFA **ASSICURMED**	TARIFFA MEDIA **ANDI** (Associazione Nazionale Dentisti Italiani)	TARIFARIO DI RIFERIMENTO **CAO ROMA** (Commissione Albo Odontoiatri)
	VISITE			
01*	Visita odontoiatrica iniziale (*compreso stesura del piano di cura e preventivo di spesa*)	**1 gratuita**	€ 75,00	€ 70,00
02	Visita odontoiatrica periodica o di controllo	**€ 30,00**	€ 75,00	€ 70,00
03	Visita odontoiatrica con intervento d'urgenza	**€ 50,00**	€ 75,00	€ 70,00
04	Visita ortodontica comprensiva di rilievo per impronte per modelli di studio (inclusa nella terapia ortodontica)	**1 gratuita**	€ 75,00	€ 70,00

** La gratuità è prevista per la sola prima prestazione, per anno solare, se la prestazione verrà resa in favore dei Dipendenti. Dalla seconda prestazione erogata nell'anno solare in favore dei Dipendenti e sempre per le prestazioni rese in favore dei Familiari la tariffa sarà di € 30,00, per il codice 01.*

	IGIENE ORALE E PARADONTALE			
05**	Ablazione semplice del tartaro (detartrasi) (*adulti e bambini*)	**1 gratuita**	€ 85,00	€ 90,00
06**	Applicazione topica di fluoro (fluoroprofilassi) (*adulti e bambini*)	**1 gratuita**	€ 90,00	N.D.

** *La gratuità è prevista per la sola prima prestazione, per anno solare, se la prestazione verrà resa in favore dei Dipendenti. Dalla seconda prestazione erogata nell'anno solare in favore dei Dipendenti e sempre per le prestazioni rese in favore dei Familiari la tariffa sarà di Codice 05 € 35,00, Codice 06 € 15,00.*

	CONSERVATIVA			
07	Otturazione in composito o amalgama (1-2 superfici)	**€ 65,00**	€ 100,00	€ 130,00
08	Otturazione in composito o amalgama (3-5 superfici)	**€ 80,00**	€ 110,00	€ 150,00
09	Sigillatura (*per ogni dente*)	**€ 25,00**	€ 35,00	€ 50,00
10	Ricostruzione del denti con perni endocanalari (*per elemento*)	**€ 110,00**	€ 200,00	€ 200,00

	CHIRURGIA			
11***	Estrazione semplice di dente o radice	**1 gratuita**	€ 95,00	€ 100,00
12****	Estrazione di dente o radice in inclusione ossea parziale	**€ 60,00**	€ 150,00	€ 150,00
13****	Estrazione di dente o radice in inclusione ossea totale (*anche per estrazione chirurgica di 3° molare in disodontia-si, compresa prestazione per eventuali radici ritenute*)	**€ 100,00**	€ 350,00	€ 300,00
14	Intervento di chirurgia endodontica per asportazione di 3° apicale della radice per elemento dentario (*qualsiasi numero di radici e compresa chiusura apice chirurgico*)	**€ 180,00**	€ 375,00	€ 350,00

CODICE	PRESTAZIONE	TARIFFA **ASSICURMED**	TARIFFA MEDIA **ANDI** (Associazione Nazionale Dentisti Italiani)	TARIFARIO DI RIFERIMENTO **CAO ROMA** (Commissione Albo Odontoiatri)
15	Intervento di chirurgia odontoiatrica per esposizione di elemento incluso o per trazione di elementi in infraocclusione o parzialmente erotti (*compreso di posizonamento di qualsiasi tipo di vite transmucosa e compresa prestazione ortodontica per l'ancoraggio*)	**€ 110,00**	€ 260,00	€ 300,00
16	Separazione di radici in dente pluriradicolato (*a elemento, indipendentemente dal numero di radici e complessivo di lempo chirurgico*)	**€ 70,00**	€ 115,00	N.D.
17	Frenulectomia e/o fenuloplastica (*per arcata*)	**€ 100,00**	€ 225,00	€ 150,00
18	Biopsia dei tessuti molli o duri di qualsiasi regione della cavità orale	**€ 75,00**	€ 150,00	N.D.

**** La gratuità è prevista per la sola prima prestazione, per anno solare, se la prestazione verrà resa in favore dei Dipendenti. Dalla seconda prestazione erogata nell'anno solare in favore dei Dipendenti e sempre per le prestazioni rese in favore dei Familiari la tariffa sarà di € 50,00.*

***** Con il limite di una prestazione, nel complesso e per anno solare, se resa in favore dei Dipendenti. Dopo la prima prestazione resa nell'anno solare in favore dei Dipendenti e sempre per le prestazioni rese in favore dei Familiari,le tariffe saranno: Codice 12 € 90,00 - Codice 13 € 130,00).*

	RADIOLOGIA			
19	Radiografia endorale (periapicale, occlusale, bitewing) per lastrina	**€ 12,00**	€ 20,00	€ 30,00
20*****	Ortopantomografia di una o entrambe le arcate dentarie (OPT)	**1 gratuita**	€ 60,00	€ 60,00
21	RX telecranio antero-posteriore o laterale del cranio e delle ossa facciali	**€ 35,00**	€ 60,00	€ 60,00

****** Con il limite di una prestazione, nel complesso e per anno solare, se resa in favore dei Dipendenti. Dopo la prima prestazione resa nell'anno solare in favore dei Dipendenti e sempre per le prestazioni rese in favore dei Familiari, la tariffa sarà di € 30,00*

	PARADONTOOGIA			
22	Scaling e root planning per emiarcata	**€ 65,00**	€ 220,00	€ 280,00
23	Lembo gengivale semplice (scaling e root planning a cielo aperto) compreso qualsiasi tipo di lembo e relativa sutura (*per emiarcata*)	**€ 180,00**	€ 240,00	€ 400,00
24	Lembo muco gengivale con riposizionamento apicale - courettage a cielo aperto (*per emiarcata*)	**€ 200,00**	€ 375,00	€ 600,00

CODICE	PRESTAZIONE	TARIFFA **ASSICURMED**	TARIFFA MEDIA **ANDI** (Associazione Nazionale Dentisti Italiani)	TARIFARIO DI RIFERIMENTO **CAO ROMA** (Commissione Albo Odontoiatri)
25	Gengivectomia per dente (massimo 5 denti oltre considerata emiarcata)	**€ 30,00**	€ 240,00 (per emiarcata)	€ 600,00
26	Gengivectomia chirurgica (*per emiarcata*)	**€ 175,00**	€ 260,00	€ 600,00
27	Legature dentali extracoronali - splintaggio (*per emiarcata*)	**€ 130,00**	€ 200,00	€ 450,00
28	Rizectomia (*per elemento dentario indipendentemente dal numero di radici estratte*)	**€ 100,00**	€ 200,00	€ 200,00
29	Intervento di chirurgia ossea (*resettiva o allungamento di corona clinica o rigenerativa, trattamento completo incluso*) (*per emiarcata*)	**€ 280,00**	€ 550,00	€ 750,00
30	Utilizzo di materiali biocompatibili (*trattamento completo incluso qualsiasi tipo di lembo e sutura*) (*per emiarcata*)	**€ 200,00**	€ 300,00	€ 950,00
	ENDODONZIA			
31	Terapia endodontica radicolare monocanalare (*compresa RX endorale e otturazione della cavità di accesso e ricostruzione coronale pre-endodontica*)	**€ 90,00**	€ 140,00	€ 250,00
32	Terapia endodontica radicolare bicanalare per elemento (*compresa RX endorale e otturazione della cavità di accesso e ricostruzione coronale pre-endodontica*)	**€ 150,00**	€ 220,00	€ 300,00
33	Terapia endodontica radicolare tricanalare o più di tre canali radicolari (*compresa RX endorale e otturazione della cavità di accesso e ricostruzione coronale pre-endodontica*)	**€ 200,00**	€ 300,00	€ 400,00
34	Ritrattamento endodontico (per elemento) comprensivo dell'otturazione della cavità di accesso, ricostruzione coronale pre-endodontica e radiografie intraorali	**€ 100,00**	€ 150,00	€ 200,00
35	Amputazione coronale della polpa (pulpotomia) parziale o totale e otturazione della camera pulpare, qualsiasi numero di canali	**€ 70,00**	€ 225,00	N.D.
	PROTESI			

CODICE	PRESTAZIONE	TARIFFA **ASSICURMED**	TARIFFA MEDIA **ANDI** (Associazione Nazionale Dentisti Italiani)	TARIFARIO DI RIFERIMENTO **CAO ROMA** (Commissione Albo Odontoiatri)
36	Protesi totale definitiva in resina o ceramica (*per arcata*)	**€ 850,00**	€ 1.250,00	€ 1.500,00
37	Protesi totale immediata (*per arcata*)	**€ 700,00**	€ 800,00	€ 900,00
38	Protesi parziale definitiva in resina o ceramica compresi ganci ed elementi dentari (*per emiarcata*)	**€ 400,00**	€ 1.350,00	€ 1.800,00
39	Struttura parziale rimovibile provvisoria di qualsiasi tipo completa di ganci ed elementi dentari	**€ 280,00**	€ 850,00	€ 560,00
40	Scheletro in lega di qualsiasi tipo completa di elementi dentari (*per arcata*)	**€ 800,00**	€ 1.550,00	€ 1.800,00
41	Gancio su scheletrato	**€ 40,00**	€ 65,00	N.D.
42	Attacco di precisione di qualsiasi tipo di lega o controfre-saggi in lega prezios o coppette radicolari	**€ 150,00**	€ 275,00	€ 300,00
43	Riparazione protesi	**€ 60,00**	€ 185,00	€ 80,00
44	Aggiunta di elemento su protesi parziale o elemento su scheletrato	**€ 55,00**	€ 110,00	€ 140,00
45	Ribassamento definitiva protesi totale (tecnica diretta o indiretta) (*per arcata*)	**€ 150,00**	€ 225,00	€ 250,00
46	Rimozione di corone o perni endocanalari (per singolo ele-mento/pilastro o per singolo perno). Non applicabile agli elementi intermedi di ponte	**€ 45,00**	€ 100,00	€ 80,00
47	Ricostruzione moncone protesico, per elemento (*qualsiasi materiale*)	**€ 140,00**	€ 200,00	€ 180,00
48	Intarsi in qualsiasi materiale (anche prezioso) inlay-on-lay-overlay per elemento (*compreso provvisorio*)	**€ 280,00**	€ 412,00	€ 600,00
49	Corona protesica provvisoria semplice in resina o armata	**€ 60,00**	€ 162,50	€ 150,00
50	Elemento in resina provvisorio rinforzato (qualsiasi tipo di provvisorio rinforzato) (*per elemento*)	**€ 80,00**	€ 210,00	€ 200,00

CODICE	PRESTAZIONE	TARIFFA **ASSICURMED**	TARIFFA MEDIA **ANDI** (Associazione Nazionale Dentisti Italiani)	TARIFARIO DI RIFERIMENTO **CAO ROMA** (Commissione Albo Odontoiatri)
51	Corona protesica in L.N.P. e ceramica o L.P. e faccetta in resina anche fresata o metallo composito (*per elemento*)	**€ 400,00**	€ 550,00	€ 900,00
52	Corona il L.P. e ceramica o metal free o A.G.C. e porcellana (*per elemento*)	**€ 600,00**	€ 850,00	€ 900,00
53	Elemento a giacca in resina (*per elemento definitivo*)	**€ 240,00**	€ 350,00	N.D.
54	Perno moncone con perno in L.P. o L.N.P. o ceramico in fibra di carbonio (*per elemento*)	**€ 180,00**	€ 225,00	€ 400,00
	GNATOLOGIA			
55	Molaggio selettivo parziale o totale (*massimo 1 a seduta*)	**€ 90,00**	€ 175,00	€ 100,00
56	Bite plane o Orto bite o Bite guarde	**€ 300,00**	€ 600,00	€ 450,00
	ORTOGNATODONZIA			
57 §	Visita ortodontica comprensiva di rilievo per impronte per modelli di studio	**gratuito**	€ 80,00	€ 400,00
58	Terapia ortodontica con apparecchiature fisse (*per arcata per anno comrpeso esame cefalometrico*) (*non si somma alla terapia ortodontica compresa nella terapia)*	**€ 1.000,00**	€ 1.395,00	€ 3.000,00
59	Terapia ortodontica con apparecchiature mobili o funzionali *(per arcata per anno comrpeso esame cefalometrico*) (*non si somma alla terapia ortodontica compresa nella terapia)*	**€ 700,00**	€ 2.130,00	€ 2.500,00
60	Terapia ortodontica di mantenimento per contenzione fissa o mobile indipendentemente dal numero di arcate (*massimo una volta all'anno*)	**€ 300,00**	€ 515,00	€ 450,00

§ *compresa nella terapia ortodontica*

	IMPLANTOLOGIA			
61	Impianto osteointegrato *(incluso pilastro prefabbricato)*	**€ 1.000,00**	€ 1.280,00	€ 1.400,00

CODICE	PRESTAZIONE	TARIFFA **ASSICURMED**	TARIFFA MEDIA **ANDI** (Associazione Nazionale Dentisti Italiani)	TARIFARIO DI RIFERIMENTO **CAO ROMA** (Commissione Albo Odontoiatri)
62	Intervento per aumento verticale e/o orizzontale del processo alveolare residuo con innesto osso autologo nel seno mascellare (prelievo intraorale) e/o inserimento di qualsiasi tipo di materiale biocompatibile o intervento per ampliamento orizzontale e/o verticale di cresta mandibolare o mascellare con innesto di osso autologo e/o inserimento di qualsiasi tipo di materiale biocompatibile o apertura di seno mascellare per complicanze post-estrattive, per presenza di corpo estraneo, ecc... *(per emiarcata)*	**€ 700,00**	€ 1.225,00	€ 1.500,00

In considerazione del perdurare della situazione di emergenza, Assicurmed estende il regime di gratuità previsto in relazione alla prestazione "codice 05 - ablazione semplice del tartaro, per adulti e bambini" ad una eventuale seconda prestazione fino al 31/12/2021

ASSICURMED
Fondo Integrativo del S.S.N.

via Brigata Liguria 3/2
16121 Genova

www.assicurmed.com
info@assicurmed.it