

### Condizioni generali di liquidabilità

Tutte le prestazioni sono liquidabili nei limiti del plafond annuale.

Salvo che per visite, igiene orale, radiologia, è sempre richiesta l'indicazione della patologia

Sono rimborsabili le spese sostenute per le prestazioni odontoiatriche necessarie, in relazione allo stato patologico documentato, ed in applicazione delle condizioni specifiche di liquidabilità sottoriportate.

Non saranno rimborsati i costi di produzione di documentazione fotografica

Le richieste di rimborso dovranno essere trasmesse entro 3 mesi dalla data di emissione della fattura, corredate dalla documentazione radiografica/fotografica richiesta, necessariamente contestuale alle cure, sottoscritta dal medico curante dentista con indicazione di data e nominativo dell'assicurato. Se la documentazione fotografica/radiografica prodotta non dovesse essere contestuale alla prestazione, la prestazione potrà non essere liquidata.

Tutte le prestazioni effettuate entro la data di fine validità della copertura dovranno essere fatturate, anche se il piano di cura non è stato completato.

Non saranno rimborsate fatture "in anticipo", di "acconto" rispetto all'effettuazione delle prestazioni.

Dettaglio prestazioni copertura collettiva dentaria	Condizioni specifiche di liquidabilità	Note
<b>Visite:</b> visite specialistiche odontoiatriche, anche di controllo	Una sola volta l'anno, per assicurato.	
<b>Igiene Orale:</b> ablazione del tartaro, pulizia dei denti	Una sola volta l'anno, per assicurato.	Non è ricompreso lo sbiancamento
<b>Visita di emergenza:</b>	Allegare documentazione radiografica attestante la patologia	
- carie destruyente che coinvolge la polpa dentaria		
- otturazione con carie secondaria che coinvolge la polpa dentaria		
- ascessi endodontici e paradontali		
<b>Radiologia odontoiatrica:</b> radiologia a scopo diagnostico o per verifica di effettuazione di una prestazione		
<b>Chirurgia:</b> estrazione di elementi dentali o interventi chirurgici odontoiatrici	Documentazione radiografica diagnostica pre-cure.	
<b>Conservativa:</b> otturazione denti cariati.	Cure riconosciute sullo stesso dente ogni 24 mesi, salvo esplicita motivazione. Necessario indicare il dente curato e la classe di otturazione, e su richiesta produrre documentazione pre e post cura (radiografica o fotografica) comprovante l'esecuzione della cura.	Non rientrano tra le prestazioni conservative gli intarsi
<b>Paradontologia:</b> cura di patologie gengivali, o paradontali (piorea)	Sempre necessaria cartella paradontale pre-cure, anche per lo scaling (pulizia sottogengivale del tartaro, a fini curativi, in presenza di patologia). Chirurgia gengivale: riconosciuta solo in presenza di tasche uguali o superiori ai 5 mm, previa documentazione radiografica pre-cure. Gengivectomia: sufficiente documentazione fotografica pre e post cure.	
<b>Endodonzia:</b> devitalizzazione denti cariati	Necessario indicare il dente curato e produrre documentazione pre e post cura (radiografica) comprovante l'esecuzione della cura.	
<b>Implantologia:</b> vite inserita in mancanza di elemento dentale	Necessario indicare l'area curata e produrre documentazione pre cura (radiografica).	
<b>Protesi:</b> manufatti protesici eseguiti dal laboratorio su prescrizione medica dell'odontoiatra	Necessario: certificazione di conformità con indicazione degli elementi interessati e la data di effettuazione.	solo COMPLETA. Sono ricompresi intarsi di ogni tipo.
<b>Ortognatodonzia:</b> trattamento delle malocclusioni dentali	Necessario: certificazione di conformità con indicazione della tipologia di apparecchio ortodontico	solo COMPLETA

## COPERTURE DENTARIE 2016-2017

Per il periodo 2016-2017 la polizza collettiva denti e l'eventuale estensione al nucleo assicurato avranno la seguente articolazione:

- **1° esercizio:** 1.2.2016-31.1.2017 (n base all'Accordo sindacale 8.10.2015, UniCredit ha assunto a proprio carico un onere di € 88,70 pro-capite per la copertura collettiva dentaria relativa a detto periodo, per Aree Professionali e Quadri Direttivi)
- **2° esercizio:** 1.2.2017-31.12.2017 (i costi del 2017 saranno riproporzionati).

### 1) Scala parametrica relativa al costo della polizza collettiva denti Titolare

Inquadramento	1° esercizio	2° esercizio
QD4	€ 208,78	€ 191,38
QD3	€ 176,85	€ 162,11
QD2	€ 157,87	€ 144,71
QD1	€ 148,51	€ 136,13
A3L4	€ 130,25	€ 119,40
A3L3	€ 121,15	€ 111,05
A3L2	€ 114,32	€ 104,79
A3L1	€ 108,38	€ 99,35
A2L3	€ 101,82	€ 93,34
A2L2	€ 97,90	€ 89,74
A2L1	€ 95,25	€ 87,31
A1GN	€ 91,08	€ 83,49
A1	€ 88,70	€ 81,31

Dirigenti € 265,86 € 243,71

### 2) Costo per estensione polizza collettiva denti Titolare all'intero nucleo familiare assicurato con la polizza non odontoiatrica

	1° esercizio	2° esercizio
Estensione al Nucleo	€ 500,00	€ 458,33

### 3) Costo per sottoscrizione copertura COMPLETA da parte di Quadri Direttivi ed Aree Professionali: € 750,00= annui/nucleo

Copre, oltre al Titolare, il coniuge o il convivente more uxorio ed i figli fiscalmente a carico, purché assicurati con la polizza non odontoiatrica (la copertura avrà durata biennale con decorrenza 1.1.2016 e scadenza 31.12.2017).

*L'operatività dell'estensione al nucleo della copertura collettiva denti (punto 2) e della copertura COMPLETA sottoscritta da Aree/QD (punto 3) è subordinata al conseguimento di un minimo del 5% di adesioni degli aventi diritto.*



<b>COLLETTIVA DENTI: TITOLARE</b>		
<b>1° esercizio: 1.2.2016 - 31.01.2017</b>		
<b>2° esercizio: 1.2.2017 - 31.12.2017</b>		
<b>CATEGORIA</b>	<b>% RIMBORSO IN NETWORK</b>	<b>% RIMBORSO FUORI NETWORK</b>
Visite*	100%	80%
Igiene orale*	100%	80%
Visita emergenza	100%	80%
Conservativa	100%	80%
Radiologia odontoiatrica	100%	80%
Chirurgia	100%	80%
Paradontologia	100%	80%
Endodonzia	80%	60%
Protesi	0% Accesso al tariffario	0%
Ortognatodonzia	0% Accesso al tariffario	0%
<b>Implantologia (sottomassimale specifico fuori Rete di € 500)</b>	<b>60%</b>	<b>40%</b>
Massimale annuo testa	<b>€ 1.000</b> (per il solo dipendente)	
	<i>*1 Visita ed Ablazione/anno</i>	

- Per il personale in servizio la polizza è obbligatoria.
- Per il personale equiparato (personale già cessato dal servizio alla data del 1.1.2016 con accesso al Fondo Solidarietà di settore, quello cessato ai sensi dell'art. 6 Accordo 15.9.2012/Art. 7 Accordo 28.6.2014 cd. "Opzione Donna") la polizza è opzionale al costo di 150,00 euro in ragione d'anno.

**COLLETTIVA DENTI: ESTENSIONE AL NUCLEO FAMILIARE ASSICURATO****1° esercizio: 1.2.2016 - 31.01.2017****2° esercizio: 1.2.2017 - 31.12.2017**

CATEGORIA	% RIMBORSO IN NETWORK	% RIMBORSO FUORI NETWORK
Visite*	100%	80%
Igiene orale*	100%	80%
Visita emergenza	100%	80%
Conservativa	100%	80%
Radiologia odontoiatrica	100%	80%
Chirurgia	100%	80%
Paradontologia	100%	80%
Endodonzia	80%	60%
Protesi	0% Accesso al tariffario	0%
Ortognatodonzia	0% Accesso al tariffario	0%
Implantologia (sottomassimale specifico fuori Rete di € 500)	60%	40%
Massimale annuo nucleo	<b>€ 1.500</b> (per il dipendente e il nucleo assicurato con la polizza non odontoiatrica)	
	<i>*1 Visita ed Ablazione/anno per testa</i>	

**COPERTURA "COMPLETA" a pagamento per QD e Aree Professionali**  
**1° esercizio: 1.1.2016 - 31.12.2016 / 2° esercizio: 1.1.2017 - 31.12.2017**

CATEGORIA	% RIMBORSO IN NETWORK	% RIMBORSO FUORI NETWORK
Visite*	100%	80%
Igiene orale*	100%	80%
Visita emergenza	100%	80%
Conservativa	100%	80%
Radiologia odontoiatrica	100%	80%
Chirurgia	100%	80%
Parodontologia	100%	80%
Endodonzia	80%	60%
Protesi	60%	40%
Ortognatodonzia	60%	40%
Implantologia (sottomassimale specifico fuori Rete di € 500)	60%	40%
Massimale annuo nucleo	<p>1. Senza estensione della collettiva denti al nucleo assicurato - Massimale <b>complessivo</b> di <b>€ 2.500</b> così spendibile:</p> <p>a. Dipendente: <b>€ 2.500</b></p> <p>b. Coniuge o convivente more uxorio, i figli fiscalmente a carico, purché assicurati con la polizza non odontoiatrica: <b>€ 1.500</b></p> <p>2. Con estensione della collettiva denti al nucleo assicurato - Massimale <b>complessivo</b> di <b>€ 3.000</b> così spendibile:</p> <p>a. Dipendente: <b>€ 3.000</b> di cui € 500 alle condizioni della Collettiva Denti Obbligatoria</p> <p>b. Coniuge o convivente more uxorio, i figli fiscalmente a carico, purché assicurati con la polizza non odontoiatrica: <b>€ 3.000</b> di cui € 1.500 a condizioni della Collettiva Denti Obbligatoria</p> <p>c. altri eventuali familiari assicurati con la polizza non odontoiatrica: <b>€ 1.500</b> a condizioni della Collettiva Denti Obbligatoria</p>	
	*1 Visita ed Ablazione/anno per testa	