

FONDO
ASSICURMED
FONDO INTEGRATIVO DEL S.S.N.



PIANO SANITARIO CCNL PER I DIPENDENTI DELLE STRUTTURE ED ENTI DI FORMAZIONE

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 radice

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.

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	TARIFFA MEDIA	TARIFARIO DI RIFERIMENTO
		ASSICURMED	ANDI	CAO ROMA
			(Associazione Nazionale Dentisti Italiani)	(Commissione Albo Odontoiatri)
VISIT				
01*	Visita odontoiatrica iniziale <i>(compreso stesura del piano di cura e preventivo di spesa)</i>	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 odontoiatrica 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) <i>(adulti e bambini)</i>	1 gratuita	€ 85,00	€ 90,00
06**	Applicazione topica di fluoro (fluoroprofilassi)	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 <i>(per ogni dente)</i>	€ 25,00	€ 35,00	€ 50,00
10	Ricostruzione dei denti con perni endocanalari <i>(per elemento)</i>	€ 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	€ 90,00	€ 150,00	€ 150,00
13	Estrazione di dente o radice in inclusione ossea totale <i>(anche per estrazione chirurgica di 3° molare in disodontiasi, compresa prestazione per eventuali radici ritenute)</i>	€ 130,00	€ 350,00	€ 300,00

CODICE	PRESTAZIONE	TARIFFA	TARIFFA MEDIA	TARIFARIO DI RIFERIMENTO
		ASSICURMED	ANDI	CAO ROMA
			(Associazione Nazionale Dentisti Italiani)	(Commissione Albo Odontoiatri)
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
15	Intervento di chirurgia odontoiatrica per esposizione di elemento incluso o per trazione di elementi in infraocclusione o parzialmente erotti (compreso di posizionamento 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 tempo 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.

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

CODICE	PRESTAZIONE	TARIFFA	TARIFFA MEDIA	TARIFARIO DI RIFERIMENTO
		ASSICURMED	ANDI (Associazione Nazionale Dentisti Italiani)	CAO ROMA (Commissione Albo Odontoiatri)
24	Lembo muco gengivale con riposizionamento apicale - courettage a cielo aperto (per emiarcata)	€ 200,00	€ 375,00	€ 600,00
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.

CODICE	PRESTAZIONE	TARIFFA ASSICURMED	TARIFFA MEDIA ANDI (Associazione Nazionale Dentisti Italiani)	TARIFARIO DI RIFERIMENTO CAO ROMA (Commissione Albo Odontoiatri)
--------	-------------	--------------------	--	---

PROTESI				
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	TARIFFA MEDIA	TARIFARIO DI RIFERIMENTO
		ASSICURMED	ANDI	CAO ROMA
			(Associazione Nazionale Dentisti Italiani)	(Commissione Albo Odontoiatri)
51	Corona protesica in L.N.P. e ceramica o L.P. e faccetta in resina anche fresata o metallo composito <i>(per elemento)</i>	€ 400,00	€ 550,00	€ 900,00
52	Corona il L.P. e ceramica o metal free o A.G.C. e porcellana <i>(per elemento)</i>	€ 600,00	€ 850,00	€ 900,00
53	Elemento a giacca in resina	€ 240,00	€ 350,00	N.D.
54	Perno moncone con perno in L.P. o L.N.P. o ceramico in fibra di carbonio <i>(per elemento)</i>	€ 180,00	€ 225,00	€ 400,00
GNATOLOGIA				
55	Molaggio selettivo parziale o totale <i>(massimo 1 a seduta)</i>	€ 90,00	€ 175,00	€ 100,00
56	Bite plane o Orto bite o Bite guardie	€ 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 <i>(per arcata per anno compreso esame cefalometrico) (non si somma alla terapia ortodontica compresa nella terapia)</i>	€ 1.000,00	€ 1.395,00	€ 3.000,00
59	Terapia ortodontica con apparecchiature mobili o funzionali <i>(per arcata per anno compreso esame cefalometrico) (non si somma alla terapia ortodontica compresa nella terapia)</i>	€ 700,00	€ 2.130,00	€ 2.500,00
60	Terapia ortodontica di mantenimento per contenzione fissa o mobile indipendentemente dal numero di arcate <i>(massimo una volta all'anno)</i>	€ 300,00	€ 515,00	€ 450,00
❖ compresa nella terapia ortodontica				
IMPLANTOLOGIA				
61	Impianto osteointegrato <i>(incluso pilastro prefabbricato)</i>	€ 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... <i>(per emiarcata)</i>	€ 700,00	€ 1.225,00	€ 1.500,00

ASSICURMED

Fondo Integrativo del S.S.N.

via Brigata Liguria 3/2

16121 Genova

www.assicurmed.com

info@assicurmed.it