mètaSalute
FONDO SANITARIO LAVORATORI METALMECCANICI

GUIDA BREVE
GARANZIA CURE ODONTOIATRICHE
PIANO BASE 2024-2026
Differenze per piani MS1-MS2-MS3-MS4

INTESA SANPAOLO PROTEZIONE

D. Odontoiatria

- QUALI SONO LE PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PREVISTE:

Visite odontoiatriche e sedute di igiene orale (1 volta all'anno – unica soluzione), cure odontoiatriche (compresa paradontologia), terapie conservative, terapie canalari e protesi dentarie solo su elementi trattati chirurgicamente in vigenza di copertura (ad esempio corone provvisorie e definitive). Non sono riconosciute in caso di edentulia e in caso di manutenzione corone o sostituzione impianti. Non sono comprese le protesi su impianti. Le spese sono riconosciute anche per protesi su denti trattati endodonticamente (devitalizzati), ad es. perno moncone.
Le protesi dentarie rientrano nella presente garanzia se posizionate entro 12 mesi dal trattamento chirurgico indennizzato ai sensi della presente polizza e verificatosi durante la sua vigenza.
È necessario allegare documentazione radiografica da cui si evinca che l'elemento è stato devitalizzato in corso di validità della polizza, mentre l'Assicurato era in copertura e comunque non oltre il limite di 12 mesi. Sono inoltre incluse la visita pedodontica e/o ablazione del tartaro, sigillatura denti figli minorenni, interventi chirurgici odontoiatrici (in regime di ricovero e ambulatoriale).

Odontoiatriche		Condizioni	
D.1 CURE DENTARIE	In rete massimale: 2.000,00 euro anno/nucleo familiare	Struttura convenzionata in regime diretto	Scoperto: 35 %
D.2 VISITA ODONTOIATRICA E ABLAZIONE TARTARO	In rete massimale: illimitato	Struttura convenzionata in regime diretto	Franchigie e scoperti: Non previsti
D.3 VISITA PEDODONTICA E/O ABLAZIONE TARTARO	In rete massimale: illimitato	Struttura convenzionata in regime diretto	Franchigie e scoperti: Non previsti
D.4 SIGILLATURA DENTI FIGLI MINORENNI	In rete massimale: illimitato	Struttura convenzionata in regime diretto	Franchigie e scoperti: Non previsti
D.1 CURE DENTARIE	Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: il limite di spesa è di 400,00 euro anno/nucleo familiare, condiviso con la garanzia "D.2 Visita odontoiatrica e ablazione tartaro"	In regime rimborsuale Ticket SSN	Scoperto: 25% Ticket: 100%
D.2 VISITA ODONTOIATRICA E ABLAZIONE TARTARO	Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: il limite di spesa è di 400,00 euro anno/nucleo familiare, condiviso con la garanzia "D.1 Cure dentarie"	In regime rimborsuale Ticket SSN	Scoperto: 25% e massimo 45 euro anno/persona Ticket: 100%
D.3 VISITA PEDODONTICA E/O ABLAZIONE TARTARO	Massimale: illimitato	In regime rimborsuale Ticket SSN	Max € 45 anno/persona Ticket: 100%
D.4 SIGILLATURA DENTI FIGLI MINORENNI	Massimale: illimitato	In regime rimborsuale Ticket SSN	Max € 40 anno/persona per singolo dente, massimo 2 denti a persona Ticket: 100%

- QUALE DOCUMENTAZIONE SERVE PER RICHIEDERE LA PRESTAZIONE?

Forma diretta in struttura convenzionata:

A. Ad esclusione delle prime visite odontoiatriche e sedute di igiene orale tutte le rimanenti prestazioni necessitano di prescrizione medica riportante la patologia sospetta o accertata

- QUALE DOCUMENTAZIONE SERVE PER RICHIEDERE IL RIMBORSO?

Forma indiretta:

A. Copia fatture e/o ricevute fiscali o ticket

B. Copia della prescrizione medica con indicata la patologia presunta o accertata

INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI (SIA IN REGIME DI RICOVERO CHE AMBULATORIALE)

Interventi chirurgici odontoiatrici	Condizioni (a seguito di patologie, si veda elenco) **Sia regime ospedaliero che ambulatoriale con allegate rx e referti rx e medici**	
D.5 Massimale: 2.000,00 euro per anno/nucleo familiare Il presente Massimale è condiviso tra tutti i regimi di erogazione (Diretto, e Ticket) della presente garanzia	Struttura convenzionata in regime diretto	Scoperto del 35%
	Ticket/Servizio Sanitario Nazionale	100%

- ELENCO INTERVENTI:

- Osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso mascellare o dell'osso mandibolare
- Neoplasie ossee della mandibola o della mascella
- Cisti radicolari
- Cisti follicolari
- Adamantinoma
- Odontoma
- Asportazione di cisti mascellari
- Asportazione di epulide con resezione del bordo
- Intervento per iperostosi, osteomi (toro – palatino, toro mandibolare ecc.)
- Ricostruzione del fornice (per emiarcata)
- Ricostruzione del fornice con innesto dermoepidermico
- Rizotomia e rizectomia
- Ascesso dentario da strumento endoodontico endocanalare
- Gengivectomia per emiarcata
- Estrazione di dente o radice in inclusione ossea totale (per elemento)
- Estrazione di terzo molare in disodontosi (per elemento)Apicectomia per radice
- Inserimento di materiale biocompatibile per emiarcata
- Estrazione dente deciduo in anchilosi
- Pedo estrazione dente deciduo
- Estrazione dente permanente
- Frenulectomia o frenulotomia
- Intervento per flemmone delle logge perimascellari
- Livellamento delle creste alveolari, eliminazione di sinechie mucose
- Scappucciamento osteo-mucoso di dente incluso
- Implantologia post intervento chirurgico odontoiatrico

NOTA: L'impianto osteointegrato rientra nella presente garanzia se posizionato entro 12 mesi o entro 18 mesi in caso di intervento di rigenerativa tardiva dal trattamento chirurgico indennizzato ai sensi della presente polizza e verificatosi durante la sua vigenza.
In caso di comprovata e oggettiva impossibilità di eseguire l'intervento entro i termini sopra indicati, Intesa Sanpaolo Protezione potrà ammettere in copertura anche interventi effettuati entro 15 mesi dall'estrazione (o 21 mesi in caso di rigenerazione tardiva), purchè sempre effettuati durante la vigenza contrattuale, qualora risulti dimostrato a livello medico un diretto collegamento tra l'intervento implantologico e l'intervento chirurgico.
In ogni caso, anche per l'impianto osteointegrato trovano applicazione le condizioni di assicurazione vigenti al momento del relativo posizionamento.

QUALE DOCUMENTAZIONE SERVE PER RICHIEDERE LA PRESTAZIONE?

Forma diretta in struttura convenzionata:

A. Prescrizione medica, con indicato quesito il diagnostico o la patologia, radiografie, referti radiologici e per alcune prestazioni il referto istologico [vedasi elenco]

QUALE DOCUMENTAZIONE SERVE PER RICHIEDERE IL RIMBORSO?

Forma indiretta:

A. Copia ricevuta di pagamento ticket
B. Copia della prescrizione medica con indicata la patologia presunta o accertata
C. In caso di protesi è necessario allegare documentazione radiografica da cui si evinca che l'elemento è stato devitalizzato.

COME FARE PER RICEVERE LA PRESTAZIONE?

Struttura convenzionata in regime diretto

Richiedi l'emissione del VoucherSalute® che, se superati positivamente i controlli di natura amministrativa e medico assicurativa, ti verrà rilasciato entro 7 giorni.

Ottenuto il VoucherSalute® fissa direttamente l'appuntamento con la struttura sanitaria convenzionata. Sarà poi la Struttura a comunicare la data alla Centrale Operativa.

APP GRATUITA (su Google Play e Apple Store) mèta Salute

AREA RISERVATA WEB ACCESSIBILE DAL SITO www.fondometasalute.it

N.B. Le cure successive alla prima visita saranno inserite direttamente dalla Struttura Convenzionata.

COME FARE PER RICEVERE IL RIMBORSO?

In regime rimborsuale

Entro 2 anni anni dall'emissione del documento di spesa presentare richiesta di rimborso.

APP GRATUITA (su Google Play e Apple Store) mèta Salute

AREA RISERVATA WEB ACCESSIBILE DAL SITO www.fondometasalute.it

FORMA CARTACEA (compila il modulo e invia copia della documentazione)

- LA DOCUMENTAZIONE MEDICA NECESSARIA PER OTTENERE L'INDENNIZZO, OLTRE CHE LA PRESCRIZIONE MEDICA RIPORTANTE LA PATOLOGIA SOSPETTA O ACCERTATA, CONSISTE IN:

Radiografie e referti radiologici per:

- Osteiti mascellari
- Iperostosi
- Osteomi
- Rizotomia e rizectomia
- Ascesso dentario da strumento endoodontico endocanalare
- Intervento per iperstosi, osteomi (toro – palatino, toro mandibolare ecc.)
- Gengivectomia per emiarcata
- Estrazione di dente o radice in inclusione ossea totale (per elemento)
- Estrazione di terzo molare in disodontosi (per elemento)apicectomia per radice
- Inserimento di materiale biocompatibile per emiarcata
- Estrazione dente deciduo in anchilosi
- Pedo estrazione dente deciduo
- Estrazione dente permanente
- Frenulectomia o frenulotomia
- Scappucciamento osteo-mucoso di dente incluso
- Implantologia post intervento chirurgico odontoiatrico

Radiografie, referti radiologici e referti istologici per:

- Odontoma
- Cisti follicolari/radicolari e/o asportazione di cisti mascellari
- Asportazione di epulide con resezione del bordo
- Adamantinoma
- Neoplasie ossee
- Ricostruzione del fornice (per emiarcata)
- Ricostruzione del fornice con innesto dermoepidermico per questo intervento si rendono necessari anche radiografie/referti radiologici e fotografia digitale post intervento
- Intervento per flemmone delle logge perimascellari
- Livellamento delle creste alveolari, eliminazione di sinechie mucose

La invitiamo a prendere visione dell'Estratto del Contratto di Assicurazione presente al sito www.fondometasalute.it.
Si precisa che il presente documento intende essere una Guida operativa di sintesi che non sostituisce le condizioni di polizza di cui l'assistito deve prendere visione.

PIANI MS1-MS2-MS3-MS4

- **Principali differenze rispetto al piano BASE**:

Odontoiatriche	MS1	MS2	MS3	MS4
CONDIZIONI	**Diretta** Come piano Base: Scoperto: 35 % Sigillatura denti figli minorenni : Massimale illimitato copertura al 100% **Indiretta** Come piano Base: **Visita e igiene orale:** scoperto 25% e massimo 45 euro anno/persona **Visita pedodontica e/o igiene orale:** max € 45 anno/persona **Sigillatura denti figli minorenni:** max € 40 anno/persona per singolo dente, massimo 2 denti a persona **Cure dentarie:** scoperto 25% **Ticket/Servizio Sanitario Nazionale:** 100% fino al massimale di euro 400,00 anno/nucleo			
MASSIMALE	**Diretta** Come piano Base: massimale: 2.000,00 euro anno/ nucleo familiare **Indiretta** Come piano Base: massimale: € 400 anno/nucleo familiare	**Diretta**: massimale: 2.500,00 euro anno/ nucleo familiare **Indiretta** Come piano Base: massimale: € 400 anno/nucleo familiare	**Diretta**: massimale: 3.000,00 euro anno/ nucleo familiare **Indiretta** Come piano Base: massimale: € 400 anno/nucleo familiare	**Diretta**: massimale: 3.500,00 euro anno/ nucleo familiare **Indiretta** Come piano Base: massimale: € 400 anno/nucleo familiare

Interventi chirurgici odontoiatrici	MS1	MS2	MS3	MS4
CONDIZIONI	**Diretta** Come piano Base: Scoperto: 35 % **Ticket/Servizio Sanitario Nazionale:** 100%			
MASSIMALE	Come piano Base: **2.000,00 euro per anno/nucleo familiare** Il presente Massimale è condiviso tra tutti i regimi di erogazione (Diretto e Ticket) della presente garanzia	**2.500,00 euro per anno/nucleo familiare** Il presente Massimale è condiviso tra tutti i regimi di erogazione (Diretto e Ticket) della presente garanzia	**3.000,00 euro per anno/nucleo familiare** Il presente Massimale è condiviso tra tutti i regimi di erogazione (Diretto e Ticket) della presente garanzia	**3.500,00 euro per anno/nucleo familiare** Il presente Massimale è condiviso tra tutti i regimi di erogazione (Diretto e Ticket) della presente garanzia

La invitiamo a prendere visione dell'Estratto del Contratto di Assicurazione presente al sito www.fondometasalute.it.
Si precisa che il presente documento intende essere una Guida operativa di sintesi che non sostituisce le condizioni di polizza di cui l'assistito deve prendere visione.