

## PIANO SANITARIO CASSA SALUTE PIÙ - COPERTURA ASSICURATIVA AIG EUROPE SA RELATIVA ALLE PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PER I LAVORATORI DIPENDENTI (2025)

### 1. OGGETTO DELLA COPERTURA

La copertura è operante in caso di malattia e in caso di infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto per le prestazioni odontoiatriche relative a:

- Diagnostica
- Prestazioni d'emergenza
- Igiene e prevenzione
- Prestazioni di chirurgia orale
- Prestazioni di implantologia
- Interventi Chirurgici Odontoiatrici extra ricovero
- Prestazioni odontoiatriche da infortunio sul luogo di lavoro

L'Assicurato, che necessiti di una prestazione odontoiatrica, potrà prenotare la visita e/o il trattamento presso le strutture convenzionate con Odontonetwork previa contatto con il call center al numero verde 800 92 82 13 e/o registrazione all'area riservata del sito <https://areariservata.odontonetwork.it>.

### 2. PERSONE PER CUI E' OPERANTE LA COPERTURA

La copertura è prestata a favore dei lavoratori dipendenti di aziende applicanti il CCNL "DIPENDENTI DEL SETTORE OPERATORI PORTUALI" sempreché i nominativi dei dipendenti stessi siano stati comunicati alla Cassa e alla Società e sia stato versato il relativo contributo.

### 3. PRESTAZIONI PREVISTE

Le prestazioni di seguito previste saranno erogate in convenzionamento diretto senza onere alcuno a carico degli Assicurati, salvo dove diversamente indicato.

#### 3.1 DIAGNOSTICA E PREVENZIONE

- **Visita con raccolta dati anamnestici:** riscontro della situazione clinica, acquisizione di elementi diagnostici, individuazione dei problemi e della terapia, informazione del nuovo paziente riesame della situazione clinica in corso di trattamento, verifica dello stato della salute orale ed intercettazione di eventuali nuove patologie in un paziente già trattato. Piano di trattamento generale con relativa tempistica e preventivo economico (**massimo due volte all'anno**).
- **RX endorale**, radiografia endorale eseguita su un singolo sestone o gruppo di denti (**massimo due volte all'anno**).
- **Ortopantomografia** con franchigia a carico dell'iscritto, che dovrà essere versata dallo stesso direttamente presso il centro odontoiatrico al momento dell'erogazione della prestazione, pari a **Euro 10,00 (massimo una volta all'anno)**.
- **Modelli di studio**, comprende la rilevazione delle impronte delle due arcate dento-alveolari e la realizzazione dei relativi modelli in gesso finalizzata alla predisposizione dei piani di trattamento (**massimo una volta all'anno**).
- **Istruzioni e motivazione igiene:** seduta autonoma, riguardante i concetti fondamentali sulla natura e prevenzione delle patologie del cavo orale (ad esempio corretta alimentazione, individuazioni di abitudini a rischio, corretto impiego di mezzi di rimozione della placca batterica adatti al caso) (**massimo due volte all'anno non erogabili separatamente alla seduta di ablazione del tartaro**).
- **Ablazione del tartaro:** seduta in cui vengono eseguite contemporaneamente nella medesima area (settone, quadrante, arcata o intera bocca) rimozione tartaro sopragengivale.

Le prestazioni legate all'ablazione del tartaro potranno essere due nell'arco di un anno e prevedono:

1. la prima prestazione annuale **GRATUITA**
2. la seconda prestazione annuale con franchigia a carico dell'assicurato pari a Euro 20,00

### 3.2 PRESTAZIONI D'EMERGENZA

- **Visita d'emergenza** con prescrizione di eventuale terapia medica (**massimo una volta l'anno**)
- **Rx endorale:** radiografia endorale eseguita su un singolo sestone o gruppo di denti (**massimo una volta l'anno**)
- **Trattamento di pronto soccorso endodontico:** manovre cliniche di accesso al sistema camerale di un dente finalizzate alla riduzione di una sintomatologia acuta di origine endodontica (**massimo una volta l'anno**).
- **Otturazione/ricostruzione temporanea:** restauro provvisorio, indipendentemente dal materiale usato (**massimo una volta l'anno**). Può avere finalità diagnostica (in attesa di chiarificazione del quadro clinico), pre-endodontica (per consentire un efficace isolamento tramite la diga), protettiva (per ricoprire temporaneamente la cavità preparata per un intarsio), ecc.

### 3.3 CHIRURGIA ORALE

Le prestazioni incluse nella garanzia Chirurgia orale sono le seguenti:

- Estrazione semplice di dente o radice
- Estrazione indaginosa di dente o radice
- Estrazione in inclusione ossea parziale
- Estrazione in inclusione ossea totale

Le prestazioni verranno erogate con uno **scoperto a carico dell'assicurato pari al 20%**

Il massimale annuo complessivo previsto per le prestazioni di cui al presente punto è pari a **€ 150,00**

### 3.4 PRESTAZIONI DI IMPLANTOLOGIA

La garanzia opera nel caso di applicazione di un numero di 1, 2, 3 o più impianti, entro il massimale annuo pari a € 1.500,00.

Rientrano in copertura: il posizionamento dell'impianto e relativo perno moncone.

Le prestazioni saranno erogate in regime di convenzionamento diretto ed entro i sotto massimali di seguito descritti:

- **1 Impianto osteointegrato (comprensivo di perno moncone)**  
**SOTTOMASSIMALE € 300,00**
- **2 Impianti osteointegrati (comprensivi di perno moncone)**  
**SOTTOMASSIMALE €600,00**
- **3 Impianti osteointegrati (comprensivi di perno moncone)**  
**SOTTOMASSIMALE € 1.000,00**
- **4 o più Impianti osteointegrati (comprensivi di perno moncone)**  
**MASSIMALE € 1.500,00**

Qualora il costo complessivo delle prestazioni dovesse superare la disponibilità annua prevista, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dal Beneficiario alla struttura convenzionata.

Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte dalla struttura sanitaria le radiografie e i referti radiografici precedenti e successivi il posizionamento dell'impianto/i.

### 3.5 INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO

Le prestazioni di seguito sono previste in convenzionamento diretto con un rimborso alla struttura sanitaria convenzionata entro i termini del **massimale annuo pari ad € 6.000,00** per singolo Assicurato:

- Interventi chirurgici conseguenti ad osteiti che coinvolgano almeno un terzo dell'osso mascellare o mandibolare [escluso le osteiti iatrogene da malpractice (a titolo esemplificativo e non esaustivo osteiti conseguenti a interventi di implantologia, estrazioni, ecc.) e quelle conseguenti all'assunzione di bifosfonati];

- Interventi chirurgici conseguenti a cisti follicolari;
- Interventi chirurgici conseguenti ad adamantinoma;
- Interventi chirurgici conseguenti ad odontoma;

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale per richiedere le prestazioni di cui al presente paragrafo verrà rimborsato allo stesso il valore del ticket sanitario pagato entro il massimale previsto.

### 3.6 PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE DA INFORTUNIO

Le prestazioni odontoiatriche susseguenti ad infortunio sul luogo di lavoro sono previste in convenzionamento diretto con un rimborso alla struttura sanitaria convenzionata entro i termini del **massimale annuo pari ad € 4.000,00** per singolo Assicurato.

La garanzia opererà esclusivamente nel caso di:

- Infortunio in cui il danno dentale risulti da idonea documentazione sanitaria rilasciata da strutture di Pronto Soccorso Ospedaliero entro 24 ore dalla data di accadimento dello stesso;
- Infortunio risultante da idonea documentazione comprovante la denuncia dell'Infortunio inviata all'I.N.A.I.L. La copertura non sarà operante nel caso in cui:
  - l'Assicurato abbia assunto sostanze stupefacenti nelle 48 ore precedenti il sinistro
  - gli Infortuni siano conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso non terapeutico di psicofarmaci, di stupefacenti o di allucinogeni;
  - gli Infortuni siano causati dallo stato di ubriachezza dell'Assicurato o dall'effetto di allucinogeni, stupefacenti o psicofarmaci assunti non a scopo terapeutico dall'Assicurato;
  - gli Infortuni siano conseguenti a tumulti popolari, atti violenti od aggressioni.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale per richiedere le prestazioni di cui al presente paragrafo verrà rimborsato allo stesso il valore del ticket sanitario pagato entro il massimale previsto.

### MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Compagnia alle strutture sanitarie convenzionate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia a carico dell'Assicurato, salvo ove diversamente specificato.

In virtù delle prestazioni eseguite in convenzionamento diretto l'Assicurato per poter ricevere le prestazioni elencate in polizza dovrà osservare le procedure di autorizzazione fornite da Odontonetwork.

Non sono previsti rimborsi in favore dell'Assicurato ad eccezione dei ticket sanitari pagati da quest'ultimo, entro il massimale di € 6.000,00 per interventi chirurgici extra ricovero e di € 4.000,00 per infortunio sul luogo di lavoro (come meglio dettagliato agli artt. 3.5 e 3.6 del presente documento).

Esclusivamente per l'autorizzazione alle cure relative agli interventi chirurgici odontoiatrici extra ricovero l'Assicurato deve preliminarmente inviare a mezzo email [gestionesinistri@odontonetwork.it](mailto:gestionesinistri@odontonetwork.it) o in area riservata <https://areariservata.odontonetwork.it/login/> la richiesta di apertura sinistro allegando la seguente documentazione:

- prescrizione medica antecedente l'intervento contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa;
- radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso antecedenti l'intervento;
- radiografie, referti radiologici e referti istologici per cisti follicolari, adamantinoma e odontoma antecedenti l'intervento.
- eventuale ulteriore documentazione richiesta dalla centrale operativa.

Esclusivamente per l'autorizzazione alle cure relative a prestazioni odontoiatriche da infortunio sul lavoro l'Assicurato deve preliminarmente inviare a mezzo email [gestionesinistri@odontonetwork.it](mailto:gestionesinistri@odontonetwork.it) o in area riservata <https://areariservata.odontonetwork.it/login/> la richiesta di apertura sinistro allegando la seguente documentazione:

- documentazione sanitaria rilasciata da strutture di Pronto Soccorso Ospedaliero entro 24 ore dalla data di accadimento dello stesso;
- documentazione comprovante la denuncia dell'Infortunio inviata all'I.N.A.I.L.

- eventuale ulteriore documentazione richiesta dalla centrale operativa.

L'Assicurato, per ottenere il rimborso del ticket sanitario pagato, entro i massimali previsti per gli interventi sopra indicati (interventi chirurgici odontoiatrici extra ricovero e prestazioni odontoiatriche per infortunio) di cui avrà chiesto preventiva autorizzazione, dovrà inviare a mezzo email alla casella di posta [gestionesinistri@odontonetwork.it](mailto:gestionesinistri@odontonetwork.it) o in area riservata <https://areariservata.odontonetwork.it/login/> la richiesta di apertura sinistro allegando la seguente documentazione:

- certificazione di avvenuto intervento con relativa copia del ticket pagato;
- radiografie e referti radiologici posteriori all'intervento;
- radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso posteriori all'intervento;
- radiografie, referti radiologici e referti istologici per cisti follicolari, adamantinoma e odontoma posteriori all'intervento;
- se sono state incluse delle protesi, certificazione di conformità rilasciata dal laboratorio odontotecnico.

La Compagnia provvederà al rimborso del ticket entro 30 giorni dalla data in cui la Compagnia, ricevuta ogni informazione, documento o perizia necessaria per verificare l'operatività della garanzia, riceve quietanza firmata

## ESTENSIONE TERRITORIALE

La copertura vale in tutto il territorio italiano.

## ESCLUSIONI DALLA COPERTURA

### La copertura non è operante per:

1. le prestazioni odontoiatriche non effettuate dai Centri Odontoiatrici Convenzionati, salvo per le ipotesi previste nel Contratto di Assicurazione in cui è possibile ricorrere al Servizio Sanitario Nazionale.
2. le prestazioni odontoiatriche diverse da quelle, di volta in volta, previste nel Contratto di Assicurazione;
3. le prestazioni odontoiatriche conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso non terapeutico di psicofarmaci, di stupefacenti o di allucinogeni;
4. le conseguenze di tumulti popolari, atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
5. gli Assicurati che abbiano compiuto il 76° anno di età.
6. ricadute o recidive di patologie in atto conosciute o conoscibili dall'Assicurato;
7. conseguenze dirette ed indirette di patologie o infortuni preesistenti alla decorrenza della Polizza;
8. infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;
9. conseguenza diretta o indiretta di malformazioni congenite, malattie genetiche o difetti fisici preesistenti alla decorrenza della Polizza;
10. dolo del Contraente o dell'Assicurato;
11. delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato o atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;
12. rifiuto di seguire le cure mediche, le indicazioni terapeutiche e le prescrizioni mediche in generale;
13. tentato suicidio o azioni di autolesionismo;
14. movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, calamità naturali;
15. malattie neurologiche e mentali;
16. svolgimento di servizio militare;
17. incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di voli non di linea, su aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
18. uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
19. ingestione di farmaci non prescritti o che non coincidano con la prescrizione medica;
20. contaminazione biologica o chimica connessa ad atti di terrorismo o atti di guerra;
21. trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo e accelerazioni di particelle atomiche (salvo quelle subite come paziente durante applicazioni radioterapiche);
22. diagnosi effettuate da medici o paramedici non abilitati all'esercizio dell'attività professionale;
23. diagnosi effettuata da un medico che sia un familiare dell'Assicurato o che abbia il medesimo domicilio o residenza dell'Assicurato al momento della diagnosi;
24. Sinistro riconducibile a pratica di pugilato, atletica pesante, arti marziali, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, alpinismo oltre 4.000 metri e/o oltre il 3° grado scala UIAA, e/o arrampicata su ghiaccio o ghiacciai o arrampicata in solitaria indipendentemente dall'altitudine, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, scialpinismo, sci acrobatico, snowboard acrobatico o estremo, bob, rugby, football americano, sport aerei



in genere, aliante, deltaplano, parapendio, paracadutismo, equitazione, immersioni subacquee;

25. gare di automobilismo, gare di motociclismo, gare di motonautica e relative prove;

26. sport estremi (ad es. base jumping, canyoning, torrentismo, hydrospeed, downhill, kitesurf, bungee jumping / repelling, canoa / rafting).

27. patologie riconducibili ad epidemie aventi caratteristica di pandemia, dichiarate dall' OMS, di gravità e virulenza tale da richiedere misure restrittive al fine di ridurre il rischio di trasmissione alla popolazione civile.