


**COPERTURE ODONTOIATRICHE VALIDE PER IL BIENNIO 2020-2021**

	<b>COLLETTIVA DENTI (copertura obbligatoria per i dipendenti)</b>			<b>COLLETTIVA DENTI ESTESA AL NUCLEO FAMILIARE</b>			<b>COMPLETA</b>			<b>COMPLETA CON ESTENSIONE DELLA COPERTURA DENTARIA AL NUCLEO FAMILIARE</b>		
<b>Periodo di validità</b>	01/01/2020 - 31/12/2021			01/01/2020 - 31/12/2021			01/01/2020 - 31/12/2021			01/01/2020 - 31/12/2021		
<b>Massimale annuo complessivo</b>	<b>2.000</b>			<b>2.500</b>			<b>3.500 <sup>(1)</sup></b>			<b>4.000 <sup>(1)</sup></b>		
<b>Sottomassimali</b>	titolare	familiari A <sup>(2)</sup>	familiari B <sup>(3)</sup>	titolare	familiari A <sup>(2)</sup>	familiari B <sup>(3)</sup>	titolare	familiari A <sup>(2)</sup>	familiari B <sup>(3)</sup>	titolare	familiari A <sup>(2)</sup>	familiari B <sup>(3)</sup>
limite spendibile alle condizioni della copertura Collettiva	2.000			2.500							2.000	2.500
limite spendibile alle condizioni della copertura Completa							3.500	2.000		4.000	2.000	
	% RIMBORSO IN NETWORK	% RIMBORSO FUORI NETWORK		% RIMBORSO IN NETWORK	% RIMBORSO FUORI NETWORK		% RIMBORSO IN NETWORK	% RIMBORSO FUORI NETWORK		% RIMBORSO IN NETWORK	% RIMBORSO FUORI NETWORK	
Visite <sup>(4)</sup>	100%	80%		100%	80%		100%	80%		100%	80%	
Igiene orale <sup>(4)</sup>	100%	80%		100%	80%		100%	80%		100%	80%	
Visita emergenza	100%	80%		100%	80%		100%	80%		100%	80%	
Conservativa	100%	80%		100%	80%		100%	80%		100%	80%	
Radiologia odontoiatrica	100%	80%		100%	80%		100%	80%		100%	80%	
Chirurgia	100%	80%		100%	80%		100%	80%		100%	80%	
Paradontologia	100%	80%		100%	80%		100%	80%		100%	80%	
Endodonzia	100%	80%		100%	80%		100%	80%		100%	80%	
Implantologia	80%	60%		80%	60%		80%	60%		80%	60%	
Protesi	40%	15%		40%	15%		80%	60%		80%	60%	
Ortognatodonzia	500,00 euro	0%		500,00 euro	0%		80%	60%		80%	60%	
<b>Contributo annuo a carico del dipendente</b>	Parametrato in base all'inquadramento del titolare (cfr. tabella contributo)			Contributo di cui alla COLLETTIVA DENTI piu' <b>500,00 euro</b>			Contributo di cui alla COLLETTIVA DENTI piu' <b>750,00 euro <sup>(5)</sup></b>			Contributo di cui alla COLLETTIVA DENTI piu' <b>1.250,00 euro <sup>(5)</sup></b>		

In rosso sono evidenziate le migliorie rispetto al piano sanitario precedente 2018-2019

**I contributi versati a Uni.C.A. (a carico azienda e del lavoratore) sono deducibili dal reddito imponibile nel limite complessivo di 3.615,20 euro annui, in base alle vigenti norme fiscali.**

<sup>(1)</sup> Il massimale della copertura è complessivo, cioè comprende il massimale della COLLETTIVA DENTI.

<sup>(2)</sup> familiari A: coniuge/convivente more uxorio e figli fiscalmente a carico, purchè inclusi nel Piano Sanitario di Uni.C.A. (polizza non odontoiatrica)

<sup>(3)</sup> familiari B: tutti i restanti familiari purchè inclusi nel Piano Sanitario di Uni.C.A. (polizza non odontoiatrica)

<sup>(4)</sup> Una Visita/Igiene orale all'anno per persona

<sup>(5)</sup> Contributo di sottoscrizione della copertura COMPLETA e COMPLETA ESTESA da parte di Quadri direttivi ed Aree professionali (da aggiungere al contributo della COLLETTIVA DENTI obbligatoria per i dipendenti)

Per il personale equiparato (personale già cessato dal servizio alla data del 1.1.2020 con accesso al Fondo Solidarietà di settore e quello cessato con la cd. "Opzione Donna") la copertura COLLETTIVA DENTI è **opzionale** al costo di **150,00** euro in ragione d'anno.

L'operatività dell'estensione al nucleo familiare della copertura Collettiva Denti e della sottoscrizione della copertura COMPLETA da parte di Aree Professionali/QD è subordinata al conseguimento di un minimo del 5% di adesioni degli aventi diritto.

**Il contributo annuo a carico del dipendente/esodato sarà addebitato sul cedolino stipendio in 3 rate: aprile, giugno, dicembre.**

CONTRIBUTO ANNUO PER COPERTURA COLLETTIVA DENTI (biennio 2020/2021)	
Inquadramento del Titolare	Contributo annuo a carico del Titolare
QD4	€ 208,78
QD3	€ 176,85
QD2	€ 157,87
QD1	€ 148,51
A3L4	€ 130,25
A3L3	€ 121,15
A3L2	€ 114,32
A3L1	€ 108,38
A2L3	€ 101,82
A2L2	€ 97,90
A2L1	€ 95,25
A1GN	€ 91,08
A1	€ 88,70
<b>Dirigenti</b>	<b>€ 265,86</b>
<b>Personale già cessato dal servizio alla data del 1.1.2020 con accesso al Fondo Solidarietà di settore e quello cessato con la cd. "Opzione Donna"</b>	<b>€ 150,00</b>

**Condizioni generali di liquidabilità (biennio 2020/2021)**

Trattandosi di copertura Malattia/Infortunio, è sempre richiesta l'indicazione della patologia, salvo che per visite, igiene orale, radiologia.
Sono rimborsabili le spese sostenute per le prestazioni odontoiatriche necessarie, in relazione allo stato patologico documentato e in conformità a quanto previsto dalle Linee Guida della S.I.d.P. Società italiana di Parodontologia e Implantologia, ed in applicazione delle condizioni specifiche di liquidabilità sottoriportate. <b>Non sono rimborsabili le cure dentarie avente finalità estetiche (es. faccette dentali, veneers, etc.)</b>
Tutte le prestazioni sono liquidabili nei limiti del plafond annuale relativo alla copertura dentaria sottoscritta.
Ai fini dell'imputazione della spesa al plafond annuale (2020 e 2021), l'anno di competenza coincide con l'anno della data fattura; pertanto, a fronte di piani di cura a cavallo di anno, tutte le prestazioni effettuate entro fine anno (31.12.2020 e 31.12.2021), se fatturate entro tale data, saranno imputate al plafond dell'anno di fatturazione, anche se il piano di cura non è stato completato.
Le richieste di rimborso dovranno essere trasmesse entro 3 mesi dalla data di emissione della fattura, corredate dalla documentazione medico/diagnostica 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.
Non saranno rimborsati i costi relativi alla documentazione medico/diagnostica richiesta (radiografie, fotografie, cartella parodontale, etc.)
I diritti derivanti dalla copertura dentaria sottoscritta si prescrivono entro due anni dalla data fattura.
Non saranno rimborsate fatture "in anticipo", di "acconto" rispetto all'effettuazione delle prestazioni.
In caso di disaffiliazione dalla Rete convenzionata di uno studio dentistico/dentista, operata da Pronto-Care, Uni.C.A. non procederà più alla liquidazione in forma indiretta di eventuali fatture, successive alla disaffiliazione, emesse dallo studio/dentista disaffiliato, se non alle tariffe già oggetto, a suo tempo, di convenzione (le tariffe convenzionate sono consultabili su <a href="https://pronto-careperunica.com/pdf/Tariffario_Pronto-Care.pdf">https://pronto-careperunica.com/pdf/Tariffario_Pronto-Care.pdf</a> )

Categoria prestazioni (*)	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> - carie destruyente che coinvolge la polpa dentaria - otturazione con carie secondaria che coinvolge la polpa dentaria - ascessi endodontici e parodontali	Allegare documentazione radiografica attestante la patologia	
<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.	
<b>Parodontologia:</b> cura di patologie gengivali, o parodontali (piorrea)	Sempre necessaria cartella parodontale pre-cure, anche per lo scaling (pulizia sottogengivale del tartaro, a fini curativi, in presenza di patologia). <b>In caso di reiterazione delle cure, la Cassa si riserva di chiedere ulteriore documentazione a supporto.</b> <b>Chirurgia gengivale:</b> riconosciuta solo in presenza di tasche uguali o superiori ai 5 mm, previa documentazione radiografica pre-cure. <b>Gengivectomia:</b> sufficiente documentazione fotografica pre e post cure. <b>Lembo gengivale semplice e lembo muco gengivale a riposizionamento apicale/curettaggio a cielo aperto:</b> riconosciuta in presenza di fotografia intraoperatoria	
<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.	
<b>Ortognatodonzia:</b> trattamento delle malocclusioni dentali	Necessario: certificazione di conformità con indicazione della tipologia di apparecchio ortodontico	

(\*) Il dettaglio delle singole prestazioni e relativa Categoria è consultabile sul tariffario Pronto Care [https://www.pronto-careperunica.com/pdf/Tariffario\\_Pronto-Care.pdf](https://www.pronto-careperunica.com/pdf/Tariffario_Pronto-Care.pdf)