

## Assistenza Odontoiatrica

FORMULA  
AGGIUNTIVA



L'Assistenza Odontoiatrica prevede l'erogazione di Sussidi per le tipologie di prestazioni, sotto indicate, con piena libertà di scelta del dentista da parte dell'Associato e **possibilità di usufruire di tariffe preferenziali presso gli studi dentistici convenzionati**

### SUSSIDI

• <b>Terapia canalare</b>	<b>1 canale</b>	€ 80,00	(decorrenza dopo 3 mesi)
comprese rx endorali	<b>2 canali</b>	€ 100,00	" "
	<b>3 canali</b>	€ 125,00	" "
• <b>Estrazione semplice</b>		€ 36,00	" "
• <b>Estrazione complessa</b>		€ 50,00	" "
• <b>Estrazione in occlusione ossea</b>		€ 120,00	" "
• <b>Intarsio ceramica</b>		€ 200,00	" "
• <b>Corona a giacca in oro/lega/resina definitiva</b>		€ 150,00	" "
• <b>Corona a giacca oro/porcellana/ceramica</b>		€ 300,00	" "
• <b>Chirurgia rigenerativa ossea</b>		€ 300,00	(decorrenza dopo 12 mesi)
• <b>Rialzo del seno mascellare</b> in caso di impianto		€ 500,00	" "
• <b>Impianto osteo integrato</b> per ogni elemento		€ 500,00	" "
• <b>Protesi rimovibile parziale</b>		€ 300,00	" "
• <b>Scheletrato comprensivo di elementi</b>		€ 450,00	" "
• <b>Protesi rimovibile totale per arcata</b> (una volta ogni 5 anni)		€ 700,00	" "
• <b>Ribasatura di protesi rimovibile totale</b>		€ 80,00	(decorrenza dopo 3 mesi)
• <b>Trattamenti ortognatodontici fino al compimento del 30° anno di età</b> sussidio annuo per max 4 anni		€ 300,00	" "
• <b>Pulizia o detartrasi</b> (una volta l'anno)		€ 30,00	" "
• <b>Radiologia (Rx, Opt, Tac)</b> in base al tariffario			" "

N.B. Tali sussidi possono essere riconosciuti per un massimo di € 2.000 all'anno.

### CONTRIBUTI ASSOCIATIVI 2019

**DA 0 A 15 ANNI: GRATUITA**  
**DA 16 A 30 ANNI: € 100,00**  
**DA 31 IN POI: € 175,00**

PER IL 4°, 5°, 6°, 7° FAMILIARE IL CONTRIBUTO È SCONTATO  
RISPETTIVAMENTE DEL 20%, 30%, 40%, 50%

### REGOLAMENTO ASSISTENZA ODONTOIATRICA approvato dal CdA del 26.11.2010

#### Modalità per l'iscrizione

- L'Assistenza Odontoiatrica può essere scelta solo in abbinamento ad un'altra formula di assistenza. L'iscrizione all'Assistenza Odontoiatrica è facoltativa e non obbligatoria, ma se un titolare del rapporto associativo aderisce deve iscrivere tutto il nucleo familiare.
- L'abbinamento dell'Assistenza Odontoiatrica alla propria formula di assistenza sposta la decorrenza del rapporto associativo: la fruizione contestuale di più tipi di assistenza deve durare quindi almeno un triennio - oltre la frazione d'anno di iscrizione - (art. 6 Regolamento).

#### Modalità per il conseguimento dei Sussidi

- Saranno prese in considerazione solo fatture regolari di medici Odontoiatri regolarmente iscritti negli Albi dei Medici Chirurghi e Odontoiatri.
- Per ottenere il sussidio è necessario produrre la fattura in originale o in copia conforme del dentista, con la cartella clinica o altro documento equivalente, da cui si rilevi il dettaglio analitico delle prestazioni eseguite e dei denti su cui si è intervenuto, e le ortopantomografie. Per le terapie canalari è necessario inviare le rx endorali pre e post trattamento. Per corone e protesi è previsto solo il rimborso dei definitivi e non dei provvisori. Non è riconosciuto il rimborso per aggiunta o riparazione di elementi a protesi rimovibile. Per gli impianti e le corone è necessario produrre la certificazione della fornitura - passaporto implantare e certificazione di conformità.
- Il sussidio per la medesima prestazione non può essere riconosciuto per lo stesso dente per non più di una volta ogni 5 anni (dalla data dell'ultima fatturazione). In caso di sussidio per implantologia, nell'ipotesi di rigetto, non è ammesso nuovamente il sussidio per lo stesso dente.
- La decorrenza dell'Assistenza Odontoiatrica è di dodici mesi dal momento dell'iscrizione per chirurgia rigenerativa, rialzo del seno mascellare, impianto, protesi e scheletrato; di tre mesi per tutte le altre prestazioni. Non potranno invece essere prese in esame fatture per prestazioni odontoiatriche eseguite nel periodo di carenza assistenziale.
- La CAMP si riserva di chiedere ai propri associati di farsi visitare dai propri medici di fiducia per verificare la corretta ed effettiva esecuzione delle prestazioni eseguite ed esposte nelle fatture presentate alla CAMP per richiedere il sussidio.

## REGOLAMENTO CAMPA

### Articolo 5

#### Passaggio ad un'altra forma di assistenza

Per poter cambiare tipo di assistenza è necessario attendere la scadenza naturale del rapporto associativo in corso. Gli associati già iscritti ad un tipo di assistenza, possono però passare ad un tipo di assistenza più ampia anche prima della scadenza del rapporto in corso. Il passaggio a tipi di assistenza più ampia (e l'abbinamento di più formule di assistenza) è consentito sino all'età massima prevista per la prima iscrizione.

Il passaggio avviene di norma a partire dall'inizio dell'anno solare, con l'applicazione della carenza assistenziale prevista dall'art. 14 del Regolamento per la fruizione delle prestazioni diverse o maggiorate della nuova assistenza.

Il passaggio ad un'altra forma di assistenza fa decorrere nuovamente la durata triennale del rapporto associativo e deve coinvolgere tutto il nucleo familiare già iscritto in altre forme, salvo variazioni che fossero intervenute nel nucleo familiare convivente.

### Articolo 6

È possibile fruire contemporaneamente di più tipi di assistenza. L'assistito avrà diritto a più rimborsi separati quanti sono i tipi di assistenza a cui è iscritto; ovviamente i rimborsi così cumulati non potranno superare in ogni caso il limite della somma spesa, detratta la somma rimborsata da parte del S.S.N. o da terzi.

L'iscrizione ad un ulteriore tipo di assistenza sposta la decorrenza del rapporto associativo: la fruizione contestuale di più tipi di assistenza deve durare quindi almeno un triennio (oltre la frazione di anno di iscrizione) e si rinnova di tre anni in tre anni salvo disdetta da inviarsi a mezzo lettera raccomandata almeno tre mesi prima di ogni scadenza triennale. Nel caso di iscrizione successiva ad un ulteriore tipo di assistenza, decorre nuovamente, per la fruizione delle prestazioni aggiuntive, il periodo di carenza assistenziale previsto dall'art. 14 del Regolamento.

La quota di iscrizione pro-capite si versa una sola volta all'atto dell'iscrizione indipendentemente dal numero di tipi di assistenza. Così pure chi è già iscritto ad una formula assistenziale e decide di cambiare o abbinare ulteriori tipi non deve pagare nuovamente la quota di iscrizione.

### Articolo 7

Le nuove iscrizioni e l'ammissione alle assistenze della CAMPA sono consentite fino al 70° anno di età (*escluso l'assistenza IGIC, Più Smart Family e altre eventuali ad hoc che hanno un limite d'ingresso inferiore*). Gli ultrasessantenni potranno però iscriversi assieme al proprio nucleo familiare del quale faccia parte almeno un componente convivente che non abbia compiuto il 70° anno di età, che assumerà la qualifica di titolare (*con le medesime esclusioni sopra descritte*). Gli associati già iscritti potranno continuare a godere dell'assistenza senza alcun limite di età.

### ATTENZIONE

**Gli ultrasessantenni potranno iscriversi all'Assistenza Odontoiatrica a condizione che l'adesione avvenga assieme a familiari di età inferiore a 70 anni.**

Se volete abbinare alla vs. attuale copertura anche l'Assistenza Odontoiatrica, ritagliate e compilate il seguente modulo di adesione e speditelo sottoscritto con duplice firma alla nostra sede, provvedendo al versamento contributivo.



**CAMPA**  
**Mutua Sanitaria Integrativa**  
Via Luigi Calori, 2/g  
40122 Bologna BO

Io sottoscritto ..... titolare del rapporto associativo CAMPA  
tessera n. .... Indirizzo ..... tel .....

Voglio aderire all'Assistenza Odontoiatrica proposta da CAMPA

e pertanto iscrivo assieme a me i miei familiari, versando i relativi contributi associativi tramite  bollettino di c/c postale o tramite  bonifico bancario c/o Banca popolare Emilia Romagna

PAESE	CIN	COORDINATE BANCARIE NAZIONALI			
		CIN	ABI	CAB	CONTO
IT	73	P	05387	02400	000000073575

nome cognome del titolare	età	contributo
1. ....	.....	.....
2. familiare .....	.....	.....
3. familiare .....	.....	.....
4. familiare .....	.....	.....
5. familiare .....	.....	.....
6. familiare .....	.....	.....
7. familiare .....	.....	.....

In fede

Confermo di aver preso visione e di accettare il Regolamento della Assistenza Odontoiatrica e in particolare gli articoli 5, 6, 7 del Regolamento CAMPA, nonché tutte le eventuali variazioni dello stesso validamente deliberate dal Consiglio di Amministrazione.

In fede

Data .....