**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ / ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ**

**ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ Ή ΑΣΘΕΝΕΙΑ**

Η Εταιρία παρέχει στον Ασφαλιζόμενο υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας (Εξωνοσοκομειακής) και Δευτεροβάθμιας (Νοσοκομειακής) Περίθαλψης στο Συμβεβλημένο Δίκτυο Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης και σε Συμβεβλημένα με την Εταιρία Νοσηλευτικά Ιδρύματα αντίστοιχα, συνεπεία ασθενείας ή ατυχήματος, σύμφωνα με τα άρθρα του παρόντος Προσαρτήματος και τους Γενικούς και Ειδικούς Όρους του Συμβολαίου Ομαδικής Ασφάλισης. Σε κάθε περίπτωση οι όροι του παρόντος Προσαρτήματος, εφόσον εισάγουν διαφορετική ρύθμιση, είναι ισχυρότεροι εκείνων του Συμβολαίου Ομαδικής Ασφάλισης.

**ΑΡΘΡΟ 1.** ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Με αυτό το Προσάρτημα η Εταιρία καλύπτει, ανεξάρτητα από οποιαδήποτε άλλη παροχή, το κόστος υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας περίθαλψης στο Συμβεβλημένο Δίκτυο Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης καθώς και υπηρεσιών Δευτεροβάθμιας περίθαλψης σε Συμβεβλημένα Νοσηλευτικά Ιδρύματα, συνεπεία ασθενείας ή ατυχήματος, σύμφωνα με τους όρους του παρόντος Προσαρτήματος.

**ΑΡΘΡΟ 2.** ΑΝΩΤΑΤΟ ΠΟΣΟ ΚΑΛΥΨΗΣ

Με το παρόν Προσάρτημα καλύπτεται το κόστος:

α) Υπηρεσιών δευτεροβάθμιας (νοσοκομειακής) περίθαλψης στα Συμβεβλημένα Νοσηλευτικά Ιδρύματα μέχρι του ανωτάτου ορίου ανά Ασφαλιζόμενο ετησίως που αναγράφεται στον Πίνακα Καλύψεων – Παροχών του ασφαλιστηρίου συμβολαίου, σύμφωνα με τους όρους του παρόντος.

β) Απεριόριστου αριθμού ιατρικών επισκέψεων στους ιατρούς του Συμβεβλημένου Δικτύου Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης, σύμφωνα με τους όρους του παρόντος.

γ) Διαγνωστικών Εξετάσεων που θα πραγματοποιηθούν στο Συμβεβλημένο Δίκτυο Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης, σύμφωνα με τους όρους του παρόντος.

δ) Ενός προληπτικού ελέγχου υγείας (τσεκ απ) ετησίως, αποκλειστικά στα Εξωτερικά Ιατρεία των κλινικών Ευρωκλινική Αθηνών και Γενική Κλινική Θεσσαλονίκης, σύμφωνα με τους όρους του παρόντος.

**ΑΡΘΡΟ 3.** ΟΡΙΣΜΟΙ

Πρωτοβάθμια (Εξωνοσοκομειακή) Περίθαλψη: Ορίζεται η εκτός Νοσηλευτικού Ιδρύματος ιατρική περίθαλψη του Ασφαλιζόμενου, περιοριστικά δε περιλαμβάνει τις επισκέψεις σε ιατρούς του Συμβεβλημένου Δικτύου Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης και τις διαγνωστικές εξετάσεις που θα πραγματοποιηθούν στο Συμβεβλημένο Δίκτυο Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης, σύμφωνα με τους όρους του παρόντος Προσαρτήματος.

Νοσηλεία: Θεωρείται η θεραπευτική αγωγή, χειρουργική ή ιατρική μέθοδος που πρέπει να γίνει σε Νοσηλευτικό Ίδρυμα και για την οποία είναι αναγκαία η παραμονή του Ασφαλιζόμενου σε αυτό για είκοσι τέσσερις (24) τουλάχιστον συνεχείς ώρες εξ αιτίας ατυχήματος ή ασθένειας, συμπεριλαμβανομένης και της χειρουργικής ημερήσιας νοσηλείας (ODC). Δεν θεωρείται νοσηλεία η εισαγωγή σε Νοσηλευτικό Ίδρυμα για διαγνωστικές εξετάσεις, η οποία δεν συνοδεύεται από θεραπευτική αγωγή για την ίαση ασθένειας ή σωματικών βλαβών.

Δευτεροβάθμια (Νοσοκομειακή) Περίθαλψη: Ορίζεται η παροχή υπηρεσιών υγείας σε ασφαλιζομένους που χρειάζονται νοσηλεία, αποκλειστικά σε συμβεβλημένα Νοσηλευτικά Ιδρύματα, σύμφωνα με τα όσα ορίζονται στους όρους του παρόντος Προσαρτήματος.

Συμβεβλημένο Νοσηλευτικό Ίδρυμα: Ορίζεται κάθε Νοσηλευτικό Ίδρυμα, το οποίο λειτουργεί νόμιμα και συνεργάζεται με την Εταιρία έχοντας υπογράψει σχετική σύμβαση συνεργασίας (είτε απευθείας είτε μέσω άλλου παροχέα, ο οποίος έχει συμβληθεί με Νοσηλευτικά Ιδρύματα μέσω ειδικών συμβάσεων συνεργασίας), παρέχει τις υπηρεσίες του στους Ασφαλιζόμενους και το οποίο περιλαμβάνεται στην Κατάσταση Συμβεβλημένων Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων του παρόντος Προσαρτήματος. Η Εταιρία διατηρεί το δικαίωμα μεταβολής της κατάστασης των συμβεβλημένων νοσηλευτικών ιδρυμάτων σε κάθε επέτειο ανανέωσης του Συμβολαίου Ομαδικής Ασφάλισης.

Συμβεβλημένο Δίκτυο Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης: Αποτελείται περιοριστικά από τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών και τα τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία των Συμβεβλημένων Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων. Η Εταιρία διατηρεί το δικαίωμα μεταβολής του Συμβεβλημένου Δικτύου Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης σε κάθε επέτειο ανανέωσης του Συμβολαίου Ομαδικής Ασφάλισης.

Συντονιστικό Κέντρο: Ορίζεται το Συντονιστικό Κέντρο, το οποίο είναι στελεχωμένο με άρτια εκπαιδευμένο προσωπικό, το οποίο λειτουργεί 24 ώρες το εικοσιτετράωρο και για 365 ημέρες τον χρόνο, στο οποίο έχει την άμεση πρόσβαση ο Ασφαλιζόμενος μέσω τηλεφώνου (215 5155319). Το Συντονιστικό Κέντρο είναι το αποκλειστικό όργανο το οποίο συντονίζει τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης , είναι δε απαραίτητη η επικοινωνία με αυτό προκειμένου ο Ασφαλιζόμενος να αποκτήσει πρόσβαση στο σύνολο των παροχών που προβλέπονται από το παρόν Προσάρτημα.

**ΑΡΘΡΟ 4.** ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ (ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ) ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Η Εταιρία δίνει στον Ασφαλιζόμενο τη δυνατότητα πρόσβασης στα Συμβεβλημένα Νοσηλευτικά Ιδρύματα, προκειμένου να νοσηλευθεί μετά από ατύχημα ή ασθένεια. Κατά την εισαγωγή του για νοσηλεία σε Συμβεβλημένο Νοσηλευτικό Ίδρυμα, ο Ασφαλιζόμενος πρέπει να έχει μαζί του την αστυνομική του ταυτότητα ή κάποιο άλλο επίσημο έγγραφο το οποίο να αποδεικνύει τα στοιχεία του και να δηλώσει ως τρόπο εξόφλησης την απευθείας εξόφληση της δαπάνης από την ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΠΙΣΤΗ. Η Εταιρία καλύπτει, μέχρι του Ανωτάτου Ποσού Κάλυψης, τα έξοδα νοσηλειών που αντιστοιχούν, κατ’ ανώτατο όριο, στη θέση νοσηλείας που αναγράφεται στον Πίνακα Καλύψεων – Παροχών.

Η Εταιρία αποδίδει τα αναγνωρισμένα έξοδα δευτεροβάθμιας περίθαλψης σύμφωνα με τα ποσοστά απόδοσης εξόδων που αναγράφονται στον Πίνακα Καλύψεων – Παροχών του ασφαλιστηρίου συμβολαίου . Σε περίπτωση που μέρος των αναγνωρισμένων δαπανών νοσηλείας αποζημιωθεί από τον Κύριο Ασφαλιστικό Φορέα του Ασφαλιζόμενου σε ποσοστό α%:

* Αν α% ≥ 20%, η Εταιρία θα αποδώσει του 100% του υπολοίπου (διαφορά μεταξύ του συνόλου των αναγνωρισμένων δαπανών και αυτών που αποζημιώθηκαν από τον Κύριο Ασφαλιστικό Φορά του Ασφαλιζόμενου).
* Αν α% < 20%, η Εταιρία θα αποδώσει το υπόλοιποι (διαφορά μεταξύ του συνόλου των αναγνωρισμένων δαπανών και αυτών που αποζημιώθηκαν από τον Κύριο Ασφαλιστικό Φορέα του Ασφαλιζόμενου) σε ποσοστό ίσο με (100-α)%

Σε καμία περίπτωση δεν καλύπτονται από το Παρόν Προσάρτημα δαπάνες νοσηλείας σε μη Συμβεβλημένο Νοσηλευτικό Ίδρυμα.

**ΑΡΘΡΟ 5.** ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΜΕΝΑ ΕΞΟΔΑ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Σαν αναγνωρισμένα έξοδα δευτεροβάθμιας περίθαλψης θεωρούνται τα έξοδα που έγιναν για οποιαδήποτε από τις παρακάτω αιτίες:

|  |  |
| --- | --- |
| α. | Χρήση δωματίου και τροφής κατά τη διάρκεια νοσηλείας του Ασφαλιζόμενου και μέχρι του ανώτατου ποσού ή του ανωτάτου ορίου για Δωμάτιο και Τροφή που προβλέπεται για τη θέση νοσηλείας που ορίζεται στον Πίνακα Καλύψεων – Παροχών για κάθε ημέρα νοσηλείας. |
|  |  |
| β. | Νοσηλευτικές υπηρεσίες που παρασχέθηκαν στον Ασφαλιζόμενο κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του και οι οποίες περιλαμβάνουν:  Νάρκωση, εργαστηριακές, απεικονιστικές και επεμβατικές διαγνωστικές εξετάσεις, pet scan, επιδέσμους, νάρθηκες, χυτά, γύψινα κλπ, ενδοφλέβια διαλύματα, ενέσεις, ορούς, μεταγγίσεις αίματος και πλάσματος, παροχή αναισθητικών ή οξυγόνου, φάρμακα, χρήση μονάδας εντατικής θεραπείας, θεραπείες με ακτίνες Χ, ραδιοϊσότοπα ή ραδιενεργό ιώδιο, χημιοθεραπείες, υπηρεσίες αδειούχων νοσοκόμων έξοδα αγοράς μοσχεύματος ενδοφακού, μοσχεύματος αρτηριών, βαλβίδας καρδιάς, βηματοδότη, απινειδωτή, υλικών οστεσύνθεσης και ειδικών υλικών όταν είναι ιατρικά βεβαιωμένο ότι η τοποθέτηση αυτών είναι απαραίτητη λόγω ατυχήματος ή ασθενείας.  Σημειώνεται πως προκειμένου να αναγνωρισθούν από την Εταιρία έξοδα αγοράς ή χορήγησης φαρμάκων κάθε είδους, συμπεριλαμβανομένων και αυτών που χρησιμοποιούνται σε χημειοθεραπείες, αναγκαία (αλλά όχι ικανή) προϋπόθεση είναι στη σχετικά δαπάνη να συμμετέχει και ο Κύρος Ασφαλιστικός Φορέας του Ασφαλιζόμενου. Σε αντίθετη περίπτωση η Εταιρία δεν αναγνωρίζει και κατ΄ επέκταση δεν αποζημιώνει τα έξοδα αυτά. |
|  |  |
| γ. | Χρήση ασθενοφόρου οχήματος για μεταφορά προς Συμβεβλημένο Νοσηλευτικό Ίδρυμα, με προϋπόθεση ότι θ’ ακολουθήσει εισαγωγή του Ασφαλιζομένου στο Νοσηλευτικό Ιδρυμα για νοσηλεία. Τα ανωτέρω ισχύουν για διακομιδές όσον αφορά τον νομό Αττικής και Θεσσαλονίκης. |

**ΑΡΘΡΟ 6.** ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ (ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ) ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

5.1. ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ ΣΤΟ ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΟ ΔΙΚΤΥΟ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΠΕΡΙΘΑΨΛΗΣ

α) Ιατρικές Επισκέψεις σε Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών Συμβεβλημένων Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων

Σε περίπτωση επείγοντος περιστατικού υγείας (ατυχήματος ή αιφνίδιας ασθενείας), το οποίο απαιτεί παροχή άμεσης ιατρικής φροντίδας, η Εταιρία δίνει στους Ασφαλιζόμενους τη δυνατότητα πρόσβασης στους ιατρούς των τμημάτων επειγόντων περιστατικών των Συμβεβλημένων Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων. Η Εταιρία καλύπτει απεριόριστο αριθμό ιατρικών επισκέψεων στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών των Συμβεβλημένων Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων. Ο Ασφαλιζόμενος δεν συμμετέχει στο κόστος της επίσκεψης, αποκλειστικά και μόνο στους εφημερεύοντες ιατρούς.

Γίνεται μνεία στο γεγονός ότι σε περίπτωση που στη διάρκεια της επίσκεψης σε Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών Συμβεβλημένων Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων προκύψει η ανάγκη παροχής στον Ασφαλιζόμενο περαιτέρω πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ο Ασφαλιζόμενος θα χρεωθεί το κόστος των υπηρεσιών αυτών στη βάση Ειδικού Εκπτωτικού Τιμοκαταλόγου, με εξαίρεση τις διαγνωστικές εξετάσεις που θα αποζημιωθούν από την Εταιρία σύμφωνα με όσα ορίζονται στην παράγραφο 5.2.α παρακάτω.

β) Ιατρικές Επισκέψεις σε Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία Συμβεβλημένων Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων

Η Εταιρία καλύπτει απεριόριστο αριθμό επισκέψεων στους ιατρούς των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων των Συμβεβλημένων Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων. Σε περίπτωση που, εξαιτίας ατυχήματος ή ασθενείας, Ασφαλιζόμενος επιθυμεί να επισκεφθεί ιατρό των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων Συμβεβλημένου Νοσηλευτικού Ιδρύματος θα επικοινωνεί με το Συντονιστικό Κέντρο το οποίο θα ορίζει το ραντεβού με τον ιατρό.

Ο Ασφαλιζόμενος συμμετέχει στο κόστος της επίσκεψης με το ποσό των δεκαπέντε (15) ευρώ, το οποίο το καταβάλει έναντι αποδείξεως απευθείας στο Συμβεβλημένο Νοσηλευτικό Ίδρυμα.

γ) Ιατρικές Επισκέψεις σε Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία της Παιδιατρικής Κλινικής ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ

Η Εταιρία καλύπτει απεριόριστο αριθμό επισκέψεων στους ιατρούς των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων της Παιδιατρικής Κλινικής ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ. Σε περίπτωση που Ασφαλιζόμενος επιθυμεί να επισκεφθεί ιατρό των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων της ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΩΝ θα επικοινωνεί με το Συντονιστικό Κέντρο το οποίο θα ορίζει το ραντεβού με τον ιατρό.

Ο Ασφαλιζόμενος συμμετέχει στο κόστος της επίσκεψης με το ποσό των πενήντα (50) ευρώ, το οποίο καταβάλει έναντι αποδείξεως απευθείας στην ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ.

5.2. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΟ ΔΙΚΤΥΟ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

α) Διαγνωστικές Εξετάσεις σε Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών Συμβεβλημένων Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων

Σε περίπτωση που κατά τη διάρκεια επίσκεψης σε ιατρούς Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών Συμβεβλημένου Νοσηλευτικού Ιδρύματος, σύμφωνα με τα προβλεπόμενα στην παράγραφο α. του τμήματος 5.1 ανωτέρω, προκύψει η ανάγκη διενέργειας διαγνωστικών ή απεικονιστικών εξετάσεων για τη διερεύνηση του επείγοντος περιστατικού, η Εταιρία θα καλύψει, προς 100%, το κόστος των εξετάσεων μέχρι του ανωτάτου ποσού ανά περιστατικό που αναγράφεται στον Πίνακα Καλύψεων – Παροχών. Σε περίπτωση που το κόστος των εξετάσεων ξεπεράσει το προβλεπόμενο ανώτατο ποσό ο Ασφαλιζόμενος θα καταβάλει το υπερβάλλον ποσό καθ’ ολοκληρία.

β) Διαγνωστικές εξετάσεις σε Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία Συμβεβλημένων Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων

Η Εταιρία καλύπτει απεριόριστο αριθμό διαγνωστικών ή απεικονιστικών εξετάσεων που θα πραγματοποιηθούν στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία Συμβεβλημένων Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων. Απαραίτητη προϋπόθεση για τη διενέργεια των διαγνωστικών εξετάσεων είναι η ύπαρξη ειδικού παραπεμπτικού από ιατρό του Συμβεβλημένου Δικτύου Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης, όπου θα αιτιολογούνται οι αιτούμενες διαγνωστικές εξετάσεις.

Ο Ασφαλιζόμενος συμμετέχει στο κόστος των διαγνωστικών εξετάσεων σε ποσοστό είκοσι τοις εκατό (20%) επί ειδικού εκπτωτικού τιμοκαταλόγου. Διευκρινίζεται ότι ο Ασφαλιζόμενος δεν συμμετέχει στο κόστος εξέτασης για την οποία διαθέτει έγκυρο παραπεμπτικό ηλεκτρονικής συνταγογράφησης του ΕΟΠΠΥ.

Σε καμία περίπτωση δεν καλύπτεται, από το παρόν Προσάρτημα, ολικά ή μερικά, δαπάνη για την πραγματοποίηση εξέτασης εκτός Συμβεβλημένου Δικτύου Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης.

5.3. ΕΤΗΣΙΟΣ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ (ΤΣΕΚ-ΑΠ)

Η Εταιρία παρέχει στους Ασφαλιζόμενους, μια φορά κατ’ έτος, προκαθορισμένο προληπτικό ιατρικό έλεγχο (τσεκ απ), χωρίς καμία επιβάρυνση τους. Ο Προληπτικός Διαγνωστικός Έλεγχος (τσεκ απ) πραγματοποιείται αποκλειστικά στα Εξωτερικά Ιατρεία των κλινικών Ευρωκλινική Αθηνών και Γενική Κλινική Θεσσαλονίκης, όπου και αξιολογούνται τα ευρήματα του ελέγχου. Ο Ετήσιος Προληπτικός Έλεγχος (τσεκ απ) περιλαμβάνει τις ακόλουθες διαγνωστικές εξετάσεις:

|  |  |
| --- | --- |
| **Τσεκ Απ Ανδρών** | **Τσεκ Απ Γυναικών** |
| Γενική Αίματος | Γενική Αίματος |
| Γενική Ούρων | Γενική Ούρων |
| Αιμοπετάλια | Αιμοπετάλια |
| ΤΚΕ | ΤΚΕ |
| HDL-LDL | HDL-LDL |
| Ουρικό Οξύ | Ουρικό Οξύ |
| Κρεατινίνη | Κρεατινίνη |
| Ουρία | Ουρία |
| Σάκχαρο | Σάκχαρο |
| SGOT-SGPT | SGOT-SGPT |
| Χοληστερίνη | Χοληστερίνη |
| Τριγλυκερίδια | Τριγλυκερίδια |
| Παθολογική Εξέταση | Παθολογική Εξέταση |
|  | T3/ T4/ TSH |

Ασφαλιζόμενος, ο οποίος επιθυμεί τη διενέργεια του Ετήσιου Προληπτικού Ελέγχου (τσεκ απ), υποχρεούται να επικοινωνήσει με το Συντονιστικό Κέντρο, προκειμένου να οργανωθεί η διενέργεια του Ετήσιου Προληπτικού Ελέγχου.

**ΑΡΘΡΟ 7.** ΕΠΙΠΛΕΟΝ ΠΡΟΝΟΜΙΑ

Η Εταιρία παρέχει τη δυνατότητα στους Ασφαλιζόμενους να πραγματοποιήσουν ιατρικές πράξεις ή μικροεπεμβάσεις στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία των Συμβεβλημένων Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων με τιμολόγηση επί ειδικού εκπτωτικού τιμοκαταλόγου. Η δυνατότητα αυτή δεν καλύπτει αγορά φαρμάκων ή / και ειδικών υλικών.

Προκειμένου να ενεργοποιήσει τη δυνατότητα αυτή ο Ασφαλιζόμενος θα πρέπει να επικοινωνήσει με το Συντονιστικό Κέντρο.

Διευκρινίζεται ότι η Εταιρία δεν συμμετέχει στο κόστος αυτών των ιατρικών πράξεων ή μικροεπεμβάσεων, το οποίο βαρύνει αποκλειστικά τον Ασφαλιζόμενο.

**ΑΡΘΡΟ 8.** ΕΥΘΥΝΗ ΕΤΑΙΡΙΑΣ

Ρητά συμφωνείται ότι τα Συμβεβλημένα Νοσηλευτικά Ιδρύματα λειτουργούν νόμιμα, έχοντας εξασφαλίσει τις απαιτούμενες άδειες λειτουργίας και εξάσκησης επαγγέλματος, ενεργούν δε πάντοτε κατά την εκτέλεση του έργου τους με επιστημονικά κριτήρια, μη έχοντας την δυνατότητα η Εταιρία παρεμβολής στο έργο αυτών και ως εκ τούτου φέρουν αποκλειστικά την ευθύνη των πράξεων ή των παραλείψεών τους, η δε Εταιρία ουδεμία ευθύνη φέρει επί των πράξεων και παραλείψεων αυτών.

**ΑΡΘΡΟ 9.** ΕΞΑΙΡΕΣΕΙΣ

Πέρα από τις Γενικές Εξαιρέσεις του Άρθρου 12. των Γενικών Όρων του ασφαλιστηρίου συμβολαίου, δεν καλύπτονται και οι κατωτέρω περιπτώσεις και οι άμεσες ή έμμεσες συνέπειές τους:

|  |  |
| --- | --- |
| α. | Προϋπάρχουσες της ασφάλισης παθήσεις και επιπλοκές ή απότοκά τους, τραυματικές και μετατραυματικές παθήσεις και οι επιπλοκές τους καθώς και συγγενείς παθήσεις την ύπαρξη των οποίων γνώριζε ο Ασφαλιζόμενος κατά την ημερομηνία ένταξής του στην ασφάλιση. |
|  |  |
| β. | Γενικές διαγνωστικές εξετάσεις (τσεκ απ), εκτός της περίπτωσης που περιγράφεται στο Άρθρο 5.3 του παρόντος ή διαγνωστικές εξετάσεις χωρίς παραπεμπτικό από ιατρό του Συμβεβλημένου Δικτύου Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης. |
|  |  |
| γ. | Αισθητικές ή πλαστικές χειρουργικές επεμβάσεις η θεραπείες με σκοπό τον καλλωπισμό μερών του σώματος, απώλεια βάρους λόγω νοσογόνου παχυσαρκίας, ανατομικές δυσπλασίες, εκτός εάν κρίνονται απαραίτητες μετά από ατύχημα που συνέβη κατά τη διάρκεια ισχύος του ασφαλιστηρίου συμβολαίου. |
|  |  |
| δ. | Θεραπείες αλκοολισμού ή χρήσης ναρκωτικών, διανοητικών και ψυχιατρικών παθήσεων, ψυχικών και ψυχωσικών διαταραχών. |
|  |  |
| ε. | Εγκυμοσύνη, τοκετός, αποβολή, άμβλωση, εξωμήτριος κύηση ή θεραπεία βελτίωσης της ικανότητας για τεκνοποίηση, άμεσα ή έμμεσα. |
|  |  |
| στ. | Παθήσεις των οφθαλμών. |
|  |  |
| ζ. | Παθήσεις οδόντων ή ούλων, εκτός εάν κρίνεται απαραίτητη η νοσηλεία ή η θεραπεία μετά από ατύχημα που συνέβη κατά τη διάρκεια ισχύος του ασφαλιστηρίου συμβολαίου. |
|  |  |
| η. | Το Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσοποιητικής Ανεπάρκειας. |
|  |  |
| θ. | Οποιαδήποτε δαπάνη περίθαλψης, πρωτοβάθμιας ή / και δευτεροβάθμιας, που θα πραγματοποιηθεί εκτός Συμβεβλημένου Δικτύου Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης ή Συμβεβλημένων Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων αντίστοιχα. |
|  |  |
| ι. | Δαπάνες αγοράς φαρμάκων καλύπτονται αποκλειστικά εφόσον πραγματοποιούνται στη διάρκεια και στο πλαίσιο νοσηλείας του Ασφαλιζόμενου σε Συμβεβλημένο Νοσηλευτικό Ιδρυμα και με την προϋπόθεση ότι στη δαπάνη συμμετέχει ο Κύρος Φορέας Ασφάλισης του Ασφαλιζόμενου. Σε κάθε άλλη περίπτωση δεν καλύπτονται δαπάνες αγοράς φαρμάκων. |

**ΑΡΘΡΟ 8.** ΛΗΞΗ ΙΣΧΥΟΣ- ΑΚΥΡΩΣΗ- ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Η ισχύς του παρόντος Προσαρτήματος λήγει με τη λήξη ή την ακύρωση του συμβολαίου ομαδικής ασφάλειας. Το παρόν Προσάρτημα ακυρώνεται εφόσον δεν καταβληθούν τα αναλογούντα ασφάλιστρα.

Η Εταιρία διατηρεί το δικαίωμα να διακόψει μέρος ή το σύνολο των παροχών του παρόντος Προσαρτήματος από την επομένη από την ημερομηνία ενημέρωσης του Ασφαλιζόμενου επέτειο του ασφαλιστηρίου.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΙΔΡΥΜΑΤΩΝ** | | |
|  |  |  |
| **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ** | **ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ** | **ΤΗΛΕΦΩΝΟ** |
| **ΑΘΗΝΑ** |  |  |
| ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ | ΑΘΑΝΑΣΙΑΔΟΥ 9, ΠΑΡΟΔΟΣ Δ. ΣΟΥΤΣΟΥ | 210 6416600 |
| ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ | ΑΘΑΝΑΣΙΑΔΟΥ 7-9, ΠΑΡΟΔΟΣ Δ. ΣΟΥΤΣΟΥ | 210 8691900 |
| ΒΙΟΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ | Μ. ΓΕΡΟΥΛΑΝΟΥ 15, ΑΘΗΝΑ | 210 6962600 |
| ΙΑΤΡΟΠΟΛΙΣ | ΕΘΝ. ΑΝΤΙΣΤΑΣΕΩΣ 54-56, ΧΑΛΑΝΔΡΙ | 210 6796000 |
|  |  |  |
| **ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ** |  |  |
| ΓΕΝΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ | Μ. ΚΑΛΛΑΣ 11 & ΓΡΑΒΙΑΣ 2, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ | 2310 895100 |
| ΒΙΟΚΛΙΝΙΚΗ ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ | ΜΗΤΡΟΠΟΛΕΩΣ 86, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ | 2310 372600 |
|  |  |  |

**866. ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ**

Η Εταιρία καλύπτει τις δαπάνες για οδοντιατρικές πράξεις ή θεραπείες του Ασφαλισμένου μετά από την αφαίρεση της εφάπαξ συμμετοχής του Ασφαλισμένου, που θα εκτελεσθούν αποκλειστικά σε συμβεβλημένα με την Εταιρία Οδοντιατρικά Κέντρα ή Οδοντιατρεία, σύμφωνα με τα άρθρα του παρόντος Προσαρτήματος, τους Γενικούς και Ειδικούς Ορους του Συμβολαίου Ομαδικής Ασφάλειας. Σε κάθε περίπτωση, οι όροι του παρόντος Προσαρτήματος, εφόσον εισάγουν διαφορετική ρύθμιση, είναι ισχυρότεροι εκείνων του Συμβολαίου Ομαδικής Ασφάλειας.

**ΑΡΘΡΟ 1**. ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Με αυτό το Προσάρτημα, η Εταιρία καλύπτει, ανεξάρτητα από οποιαδήποτε άλλη παροχή, μέρος των δαπανών για οδοντιατρικές πράξεις ή θεραπείες του Ασφαλισμένου που θα εκτελεσθούν αποκλειστικά σε συμβεβλημένα με την Εταιρία Οδοντιατρικά Κέντρα ή Οδοντιατρεία, σύμφωνα με τους παρακάτω όρους και συμφωνίες.

Το ανώτατο ύψος των δαπανών που καλύπτει η Εταιρία σύμφωνα με το παρόν Προσάρτημα είναι απεριόριστο.

**ΑΡΘΡΟ 2.**ΟΡΙΣΜΟΙ

Ασφαλισμένος: Είναι το πρόσωπο που αναγράφεται στην Κατάσταση Ασφαλιζομένων του Συμβολαίου Ομαδικής Ασφάλειας ή σε σχετική με το παρόν Προσάρτημα Πρόσθετη Πράξη.

Συμβεβλημένο Οδοντιατρικό Κέντρο ή Οδοντιατρείο: Θεωρείται κάθε Οδοντιατρικό Κέντρο ή Οδοντιατρείο, το οποίο λειτουργεί νόμιμα και συνεργάζεται με την Εταιρία, έχοντας υπογράψει σχετική σύμβαση συνεργασίας, μέσω Εταιρίας Παροχής Υπηρεσιών, η οποία έχει συμβληθεί με Οδοντιατρικά Κέντρα ή Οδοντιατρεία, μέσω ειδικής σύμβασης και παρέχει τις υπηρεσίες της στον Ασφαλισμένο, σύμφωνα με τα οριζόμενα στο παρόν Προσάρτημα.

Δίκτυο Συμβεβλημένων Οδοντιατρικών Κέντρων: Είναι το σύνολο των συμβεβλημένων με την Εταιρία Οδοντιατρικών Κέντρων ή Οδοντιατρείων.

Γεωγραφική Εκταση Δικτύου Οδοντιατρικών Κέντρων: Ορίζεται ως το σύνολο των πόλεων εντός Ελλάδος και οι πέριξ αυτών περιοχές σε απόσταση μικρότερη των δέκα (10) χιλιομέτρων, όπου λειτουργούν Συμβεβλημένα Οδοντιατρικά Κέντρα ή Οδοντιατρεία. Την ύπαρξη και τον συντονισμό χρήσης των παροχών Δικτύου συντονίζει το Συντονιστικό Κέντρο της Εταιρίας. Η Εταιρία διατηρεί το δικαίωμα μεταβολής του Δικτύου Συμβεβλημένων Οδοντιατρικών Κέντρων χωρίς προηγούμενη ενημέρωση του Λήπτη της ασφάλισης.

Οδοντιατρική Πράξη ή Θεραπεία: Θεωρείται κάθε ιατρική πράξη ή θεραπεία, που πραγματοποιείται εντός του συμβεβλημένου με την Εταιρία Οδοντιατρικού Κέντρου ή Οδοντιατρείου από οδοντίατρο ή από ιατρό εξειδικευμένο στην οδοντιατρική θεραπεία όπως Ορθοδοντικό, Στοματολόγο, Περιοδοντολόγο και Γναθοχειρουργό, με απαραίτητη προϋπόθεση η ιατρική αυτή πράξη να περιλαμβάνεται στο συνημμένο Πίνακα Οδοντιατρικών Πράξεων, ο οποίος αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του παρόντος Προσαρτήματος.

Στην περίπτωση κατά την οποία η οδοντιατρική πράξη δεν περιλαμβάνεται στο συνημμένο στο παρόν Προσάρτημα Πίνακα Οδοντιατρικών Πράξεων, η Εταιρία καλύπτει τις αντίστοιχες δαπάνες των οδοντιατρικών πράξεων, εφόσον ο Ασφαλισμένος έχει συμφωνήσει εγγράφως με την Εταιρία, προ της ενάρξεως κάθε θεραπείας, τη συμμετοχή του επί του κόστους και κατόπιν συνεννόησης με τον θεράποντα Ιατρό σύμφωνα με το σχετικό σχέδιο θεραπείας και με απαραίτητη προϋπόθεση τη δυνατότητα εκτέλεσης αυτών στα συμβεβλημένα Οδοντιατρικά Κέντρα ή Οδοντιατρεία. Σε περίπτωση που ο Ασφαλισμένος δεν συμφωνήσει τη συμμετοχή του ή σε περίπτωση που η οδοντιατρική πράξη δεν δύναται να εκτελεστεί σε συμβεβλημένα Οδοντιατρικά Κέντρα ή Οδοντιατρεία η Εταιρία δεν έχει καμία υποχρέωση κάλυψης δαπανών.

Συμμετοχή του Ασφαλιζόμενου: Ορίζεται ως το εφάπαξ ποσό με το οποίο συμμετέχει ο Ασφαλισμένος στο κόστος πραγματοποίησης κάθε οδοντιατρικής πράξης ή θεραπείας, το οποίο είτε αναγράφεται στον Πίνακα Οδοντιατρικών Πράξεων είτε συμφωνείται ελεύθερα μεταξύ του Ασφαλισμένου και του θεράποντος ιατρού, σε περίπτωση που η οδοντριατική πράξη ή θεραπεία δεν περιλαμβάνεται στον ανωτέρω Πίνακα.

**ΑΡΘΡΟ 3.** ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΕΣ ΠΑΡΟΧΕΣ

Η Εταιρία καλύπτει το κόστος των οδοντιατρικών πράξεων ή θεραπειών του Ασφαλισμένου μετά από την αφαίρεση της εφάπαξ συμμετοχής του Ασφαλισμένου, που θα πραγματοποιηθούν σε συμβεβλημένο με την Εταιρία Οδοντιατρικό Κέντρο ή Οδοντιατρείο και αναφέρονται στον Πίνακα Οδοντιατρικών Πράξεων. Το ποσό κάλυψης των ανωτέρω δαπανών οδοντιατρικών πράξεων ή θεραπειών ορίζεται ως η διαφορά μεταξύ του κόστους της ιατρικής πράξης / θεραπείας και του ποσού συμμετοχής του Ασφαλισμένου σε αυτή, διακανονίζεται δε απευθείας με το Συμβεβλημένο Οδοντιατρικό Κέντρο και σε καμμία περίπτωση δεν καταβάλεται στον Ασφαλισμένο.

Η συμμετοχή του Ασφαλισμένου στο κόστος των οδοντιατρικών πράξεων ή θεραπειών καταβάλλεται απ’ ευθείας στο συμβεβλημένο Οδοντιατρικό Κέντρο ή Οδοντιατρείο έναντι νομίμου αποδείξεως.

**ΑΡΘΡΟ 4.** ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Η Εταιρία καλύπτει το κόστος ενός προληπτικού οδοντιατρικού ελέγχου ενήλικα Ασφαλισμένου ετησίως, με απαραίτητη προϋπόθεση να πραγματοποιηθεί σε Οδοντιατρικό Κέντρο ή Οδοντιατρείο συμβεβλημένο με την Εταιρία. Ο προληπτικός οδοντιατρικός έλεγχος περιλαμβάνει κλινική εξέταση, ακτινολογικό έλεγχο, απεικόνιση στοματικής κοιλότητας, διάγνωση και σχέδιο αποκατάστασης.

Η Εταιρία καλύπτει το κόστος ενός ορθοδοντικού ελέγχου ανήλικου Ασφαλισμένου και επιπλέον μίας φθορίωσης και απομάκρυνσης πλακών ετησίως, με απαραίτητη προϋπόθεση να πραγματοποιηθούν σε Οδοντιατρικό Κέντρο ή Οδοντιατρείο συμβεβλημένο με την Εταιρία. Ο ορθοδοντικός έλεγχος περιλαμβάνει κλινική εξέταση και διάγνωση.

Δύο (2) διαδοχικοί προληπτικοί οδοντιατρικοί ή ορθοδοντικοί έλεγχοι, φθοριώσεις και απομακρύνσεις πλακών πρέπει να απέχουν μεταξύ τους τουλάχιστον δώδεκα (12) μήνες.

**ΑΡΘΡΟ 5.** ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ

Σε περίπτωση που ο Ασφαλισμένος επιθυμεί να κάνει χρήση των παροχών του παρόντος Προσαρτήματος υποχρεούται να επικοινωνήσει με το Συντονιστικό Κέντρο (215 5155319), προκειμένου να συντονισθεί η χρήση των παροχών του παρόντος Προσαρτήματος.

**ΑΡΘΡΟ 6.** ΑΝΑΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ

Η Εταιρία διατηρεί το δικαίωμα να αναπροσαρμόζει το ασφάλιστρο του παρόντος Προσαρτήματος, στην επέτειο του ασφαλιστηρίου.

**ΑΡΘΡΟ 7.** ΑΝΑΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΤΙΜΩΝ ΤΟΥ ΠΙΝΑΚΑ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΩΝ ΠΡΑΞΕΩΝ

Η συμμετοχή του Ασφαλισμένου στις οδοντιατρικές πράξεις ή θεραπείες του Οδοντιατρικού Πίνακα δύναται να αναπροσαρμόζεται ετησίως ανάλογα με την αύξηση του τιμοκαταλόγου του Οδοντιατρικού Συλλόγου Αττικής, σε ποσοστό έως 10%.

**ΑΡΘΡΟ 8.** ΕΥΘΥΝΗ ΕΤΑΙΡΙΑΣ

Η Εταιρία ουδεμία ευθύνη φέρει για τις οδοντιατρικές πράξεις ή τα αποτελέσματα αυτών, οι οποίες θα πραγματοποιηθούν στα συμβεβλημένα Οδοντιατρικά Κέντρα.

Οι ιατροί, οι οποίοι συνεργάζονται με τα συμβεβλημένα Οδοντιατρικά Κέντρα ή Οδοντιατρεία, πληρούν όλες τις εκ του Νόμου απαραίτητες προϋποθέσεις άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος και είναι εγγεγραμμένοι στον αντίστοιχο Οδοντιατρικό Σύλλογο της περιοχής τους, τα δε συμβεβλημένα με την Εταιρία Οδοντιατρικά Κέντρα λειτουργούν νόμιμα.

Κατά την εκτέλεση των οδοντιατρικών πράξεων ή θεραπειών στον Ασφαλισμένο σύμφωνα με τα όσα αναφέρονται στο παρόν Προσάρτημα, οι ιατροί ενεργούν πάντοτε βάσει επιστημονικών κριτηρίων, μη έχοντας καμία δυνατότητα ή αρμοδιότητα η Εταιρία να παρέμβει στο έργο αυτών και ως εκ τούτου φέρουν αποκλειστικά οι ίδιοι την ευθύνη των ιατρικών πράξεων που θα επιλέξουν.

**ΑΡΘΡΟ 9.** ΛΗΞΗ – ΑΚΥΡΩΣΗ - ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Η ισχύς του παρόντος Προσαρτήματος λήγει με τη λήξη ή την ακύρωση του συμβολαίου ομαδικής ασφάλειας.

Το παρόν Προσάρτημα ακυρώνεται εφόσον δεν προκαταβληθούν τα αναλογούντα ασφάλιστρα.

Η Εταιρία διατηρεί τη δυνατότητα να διακόψει μέρος ή το σύνολο των παροχών του παρόντος Προσαρτήματος από την επόμενη, της ημερομηνίας ενημέρωσης του Λήπτη της Ασφάλισης, επέτειο του ασφαλιστηρίου.

**ΑΡΘΡΟ 10.** ΕΞΑΙΡΕΣΕΙΣ

Η Εταιρία δεν υποχρεούται να καταβάλει καμία αποζημίωση στα πλαίσια αυτού του Προσαρτήματος στις κάτωθι περιπτώσεις ή στα αποτελέσματα αυτών:

1. Οδοντιατρικές πράξεις ή θεραπείες που θα εκτελεσθούν εκτός του Δικτύου Συμβεβλημένων Οδοντιατρικών Κέντρων.

2 Οδοντιατρικές πράξεις ή θεραπείες που δεν αναφέρονται στον Πίνακα Οδοντιατρικών Πράξεων του παρόντος Προσαρτήματος και για τις οποίες ο Ασφαλισμένος δεν συμφώνησε τη συμμετοχή του επί του κόστους αυτών με τον θεράποντα Ιατρό, σύμφωνα με τα προβλεπόμενα στο Άρθρο 2. Ορισμοί του παρόντος Προσαρτήματος.

|  |  |
| --- | --- |
| **ΠΙΝΑΚΑΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΩΝ ΠΡΑΞΕΩΝ** | |
|  | |
| **Οδοντιατρικές Πράξεις** | **Συμμετοχή Ασφαλισμένου**  **(ποσό σε ευρώ)** |
| **ΠΡΟΛΗΨΗ - ΕΛΕΓΧΟΣ** |  |
| ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ- ΕΚΤΑΚΤΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ-ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΗ ΑΠΟ ΠΟΝΟ | 20 |
| ΟΔΟΝΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ - ΣΧΕΔΙΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ | 0 |
| ΤΟΠΙΚΗ ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΑ | 0 |
| ΚΑΘΑΡΙΣΜΟΣ ΟΔΟΝΤΩΝ | 15 |
| ΦΘΟΡΙΩΣΗ (ΠΑΙΔΙΑ) | 0 |
| **ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΕΣ** |  |
| ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΑ ΠΑΝΟΡΑΜΙΚΗ Η ΚΕΦΑΛΟΜΕΤΡΙΚΗ | 15 |
| **ΠΑΙΔΟΔΟΝΤΙΑ** |  |
| ΚΑΛΥΨΗ ΟΠΩΝ ΚΑΙ ΣΧΙΣΜΩΝ ΑΝΑ ΔΟΝΤΙ | 20 |
| ΕΜΦΡΑΞΗ ΝΕΟΓΙΛΟΥ ΑΠΛΗ (ΡΗΤΙΝΗ) | 25 |
| ΠΟΛΦΟΤΟΜΗ ΝΕΟΓΙΛΟΥ | 20 |
| ΑΝΟΞΕΙΔΩΤΗ ΣΤΕΦΑΝΗ ΝΕΟΓΙΛΟΥ | 40 |
| ΕΞΑΓΩΓΗ ΝΕΟΓΙΛΟΥ | 15 |
| ΕΠΑΝΕΜΦΥΤΕΥΣΗ ΔΟΝΤΙΟΥ-ΑΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ | 100 |
| ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ ΜΕ ΑΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ | 80 |
| **ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΗ** |  |
| ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ – ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ | 0 |
| ΜΕΛΕΤΗ-ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ (ΕΚΜΑΓΕΙΑ-ΚΕΦΑΛΟΜΕΤΡΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ) | 50 |
| ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ | 1580 |
| ΠΡΩΙΜΗ ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ (Μασελάκι) | 380 |
| **ΟΔΟΝΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ** |  |
| ΕΜΦΡΑΞΕΙΣ (ΡΗΤΙΝΗ) (ΑΝΑΛΟΓΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ ΚΑΙ ΤΟ ΕΥΡΟΣ ΤΗΣ ΕΜΦΡΑΞΗΣ) | 20-25 |
| ΟΨΕΙΣ-ΑΝΑΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΜΕ ΑΞΟΝΕΣ | 35 |
| ΛΕΥΚΑΝΣΗ ΜΕ ΝΑΡΘΗΚΕΣ ΚΑΙ ΑΝΑΛΩΣΙΜΑ (ΣΠΙΤΙ-ΓΡΑΦΕΙΟ) | 120 |
| ΛΕΥΚΑΝΣΗ ΣΤΟ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΟ (ΜΙΑ ΣΥΝΕΔΡΙΑ ) | 120 |
| **ΑΚΙΝΗΤΗ ΠΡΟΣΘΕΤΙΚΗ** |  |
| ΣΤΕΦΑΝΗ ΜΕΤΑΛΛΟΚΕΡΑΜΙΚΗ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ (ΣΥΜΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΗΣ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΡΙΝΗΣ) | 140 |
| ΣΤΕΦΑΝΗ ΟΛΟΚΕΡΑΜΙΚΗ (ΣΥΜΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΗΣ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΡΙΝΗΣ) | 160 |
| ΣΤΕΦΑΝΗ ΖΙΡΚΟΝΙΟ (ΣΥΜΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΗΣ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΡΙΝΗΣ) | 180 |
| ΑΙΣΘΗΤΙΚΗ ΟΨΗ ΠΟΡΣΕΛΑΝΗΣ | 180 |
| ΝΑΡΘΗΚΑΣ ΒΡΥΓΜΟΥ ΜΑΛΑΚΟΣ- ΣΚΛΗΡΟΣ | 95 |
| **ΚΙΝΗΤΗ ΠΡΟΣΘΕΤΙΚΗ** |  |
| ΟΛΙΚΗ ΟΔΟΝΤΟΣΤΟΙΧΙΑ | 450 |
| ΜΕΡΙΚΗ ΟΔΟΝΤΟΣΤΟΙΧΙΑ | 500 |
| ΠΡΟΣΘΗΚΗ ΓΙΑ ΕΝΑ ΔΟΝΤΙ | 30 |
| ΕΠΙΠΛΕΟΝ ΔΟΝΤΙ | 25 |
| ΑΝΑΓΟΜΩΣΗ-ΑΝΑΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΒΑΣΗΣ | 75 |
| ATTACHMENT | 95 |
| **ΕΝΔΟΔΟΝΤΙΑ (ΓΕΝΙΚΟΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΣ)** |  |
| ΕΝΔΟΔΟΝΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΟΝΟΡΙΖΟΥ | 80 |
| ΕΝΔΟΔΟΝΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΔΙΡΙΖΟΥ | 100 |
| ΕΝΔΟΔΟΝΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΟΛΥΡΙΖΟΥ | 120 |
| **ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΣΤΟΜΑΤΟΣ** |  |
| ΕΞΑΓΩΓΗ ΡΙΖΑΣ – ΔΟΝΤΙΟΥ | 30 |
| ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΞΑΓΩΓΗ ΜΕ ΚΡΗΜΝΟ ΚΑΙ ΣΥΡΑΦΗ | 100 |
| **ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΟΣ ΜΟΝΗΣ -ΔΙΠΛΗΣ ΦΑΣΗΣ** |  |
| ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΣΤΕΦΑΝΗΣ ΕΠΙ ΤΟΥ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ABBATMAN) | 750 |
| ΑΚΡΟΡΙΖΕΚΤΟΜΗ ΜΕ ΑΝΑΣΤΡΟΦΗ ΕΜΦΡΑΞΗ | 150 |
| **ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΟΛΟΓΙΑ (ΓΕΝΙΚΟΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΣ)** |  |
| ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΟΥΛΙΤΙΔΟΣ (ανά συνεδρία) | 60 |
| ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕΣΗΣ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΤΙΔΟΣ (ΑΝΑ ΤΕΤΑΡΤΗΜΟΡΙΟ Η 6 ΠΡΟΣΘΙΑ ΔΟΝΤΙΑ) | 75 |
| ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕΣΗΣ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΤΙΔΟΣ (ΑΝΑ ΤΕΤΑΡΤΗΜΟΡΙΟ Η 6 ΠΡΟΣΘΙΑ ΔΟΝΤΙΑ) | 90 |
| ΑΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΔΟΝΤΙΩΝ (ΑΝΑ ΔΟΝΤΙ) | 30 |
| ΕΚΤΟΜΗ ΧΑΛΙΝΟΥ | 140 |

Στα παραπάνω ποσά συμμετοχής Ασφαλισμένου περιλαμβάνονται όλες οι νόμιμες επιβαρύνσεις.