

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΑΡΟΧΕΣ

Ετήσιο Μέγιστο Ανά Ασφαλισμένο: Κατηγορία 1, Κατηγορία 2, Κατηγορία 3 και Κατηγορία 4 συνδυασμός υπηρεσιών:	€1.000
--	--------

ΚΑΛΥΠΤΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ	ΕΠΙΠΕΔΑ ΠΑΡΟΧΩΝ	
Προληπτικές Οδοντιατρικές Υπηρεσίες (Κατηγορία 1) Εφαρμόζεται τριμηνιαία περίοδος αναμονής	Το πρόγραμμα πληρώνει* 75%	Εσείς πληρώνετε** 25%
Περιγραφή Παροχής Παροχές για: • Εξέταση Ρουτίνας • Οδηγίες οδοντικής υγιεινής • Θεραπεία Φθορίου • Καθαρισμός και γυάλισμα (προφύλαξη)		
Βασικές Οδοντιατρικές Υπηρεσίες (Κατηγορία 2) Εφαρμόζεται τριμηνιαία περίοδος αναμονής	Το πρόγραμμα πληρώνει* 75%	Εσείς πληρώνετε** 25%
Περιγραφή Παροχής Παροχή για Ιατρικά Απαραίτητα βασικά αποκατάσταση, ενδοδοντικές, περιοδοντικές θεραπείες και στοματική χειρουργική. Τα Καλυπτόμενα Έξοδα περιλαμβάνουν τα ακόλουθα: • Σφραγίσματα • Εξαγωγές • Απονέυρωση • Ενδοδοντία • Θεραπεία της περιοδοντικής νόσου και άλλων παθήσεων των ούλων και των ιστών του στόματος • Στοματική χειρουργική εκτός από τις διαδικασίες που καλύπτονται από οποιοδήποτε ιατρικό πρόγραμμα • Χορήγηση γενικής αναισθησίας, όταν είναι ιατρικά απαραίτητη σε σχέση με χειρουργική στοματικής κοιλότητας • Επείγουσα παρηγορητική θεραπεία • Ενέσεις αντιβιοτικών φαρμάκων		
Σημαντικές Οδοντιατρικές Υπηρεσίες (Κατηγορία 3) Εφαρμόζεται τριμηνιαία περίοδος αναμονής	Το πρόγραμμα πληρώνει* 75%	Εσείς πληρώνετε** 25%
Περιγραφή Παροχής Παροχή για μείζονα επανορθωτική θεραπεία. Τα καλυπτόμενα έξοδα περιλαμβάνουν τα ακόλουθα: • Κορώνες και ένθετα • Γέφυρες (συμπεριλαμβανομένων αμοιβών εργαστηρίου και αναισθησίας) και εξαγωγές φρονιμίτων		
Ορθοδοντικές Υπηρεσίες (Κατηγορία 4) Εφαρμόζεται τριμηνιαία περίοδος αναμονής	Το πρόγραμμα πληρώνει* 50%	Εσείς πληρώνετε** 50%
Περιγραφή Παροχής Παροχή για μοντέλα μελέτης (συμπεριλαμβανομένης της στοματικής ακτινογραφίας), αποτυπώματα, αφαιρούμενες συσκευές χορδών (σιδεράκια), σταθερές συσκευές (συμπεριλαμβανομένων ρυθμίσεων), εξαγωγές, συγκόλληση ειδικών βάσεων (brackets). Σημείωση: Η ορθοδοντική θεραπεία ισχύει μόνο μέχρι την ηλικία των 19 ετών		

Οδοντιατρικές Εξαιρέσεις

Τα Καλυπτόμενα Έξοδα δεν περιλαμβάνουν και δεν θα γίνει καμία πληρωμή για:

- Υπηρεσίες που εκτελούνται αποκλειστικά για αισθητικούς λόγους.
- Αντικατάσταση χαμένης ή κλεμμένης συσκευής.
- Εμφυτεύματα,
- Αντικατάσταση γέφυρας, κορώνας ή οδοντοστοιχίας εντός πέντε ετών από την ημερομηνία αρχικής της τοποθέτησής της, εκτός εάν η αντικατάσταση καταστεί απαραίτητη με την τοποθέτηση μιας αρχικής αντίθετης ολικής οδοντοστοιχίας ή την απαραίτητη εξαγωγή φυσικών δοντιών ή τη γέφυρα, την κορώνα ή την οδοντοστοιχία, ενώ βρίσκεται στο στόμα έχει υποστεί ανεπανόρθωτη βλάβη ως αποτέλεσμα τραυματισμού, ενόσω ένα άτομο είναι ασφαλισμένο για αυτές τις παροχές.
- Οποιαδήποτε αντικατάσταση γέφυρας, κορώνας ή οδοντοστοιχίας που είναι σε χρήση ή μπορεί να χρησιμοποιηθεί σύμφωνα με κοινά οδοντιατρικά πρότυπα.
- Διαδικασίες, συσκευές ή αποκαταστάσεις (εκτός από ολικές οδοντοστοιχίες) των οποίων ο κύριος σκοπός είναι:
 - Αλλαγή κάθαρσης διάστασης.
 - Διάγνωση ή θεραπεία καταστάσεων ή δυσλειτουργίας της κροταφογοναθικής άρθρωσης.
 - Σταθεροποίηση περιοδοντικά προσβεβλημένων δοντιών (περιοδοντικός νάρθηκας δοντιών): η τεχνική που ονομάζεται περιοδοντικός νάρθηκας συνδέει τα αδύναμα δόντια μεταξύ τους, μετατρέποντάς τα σε μια ενιαία μονάδα που είναι σταθερή και ισχυρότερη από τα μεμονωμένα δόντια από μόνα τους. Η διαδικασία είναι τόσο απλή όσο η χρήση σύνθετου υλικού για την προσάρτηση ή τον νάρθηκα των χαλαρών δοντιών στα παρακείμενα σταθερά δόντια.
 - Αποκατάσταση απόφραξης.
- Πορσελάνη ή ακρυλικό σε στεφάνες ή ενδιάμεσο δόντι, ή αντικατάσταση του άνω και κάτω πρώτου, δεύτερου και τρίτου γομφίου, αποτυπώσεις δαγκωμάτων, εξαρτήματα ακριβείας ή ημι-ακριβείας, ή νυχτερινά στοματικά προστατευτικά (νάρθηκας) ή άλλες υπηρεσίες για το τρίξιμο των δοντιών.

DENTAL BENEFITS

Annual Maximum Per Insured: Class 1, Class 2, Class 3 and Class 4 services combined:	€1.000
---	--------

COVERED SERVICES	BENEFIT LEVELS	
Preventive dental services (Class 1) 3 months Waiting Period applies	Plan Pays* 75%	You Pay** 25%
Benefit Description Benefits are provided for: • Routine examination • Dental health instruction, • Fluoride treatment • Scale and polish (Prophylaxis).		
Basic dental services (Class 2) 3 months Waiting Period applies.	Plan Pays* 75%	You Pay** 25%
Benefit Description Benefits are provided for Medically Necessary basic restoration, endodontic, periodontal treatments and oral surgery. Covered Expenses include the following: • Fillings • Extractions • Root canal procedure • Endodontic, • Treatment of periodontal disease and other diseases of the gums and tissues of the mouth • Oral surgery except procedures covered under any medical plan • Administration of general anesthesia, when Medically Necessary in connection with oral surgery • Emergency palliative treatment • Injections of antibiotic medications.		
Major dental services (Class 3) 3 months Waiting Period applies	Plan Pays* 75%	You Pay** 25%
Benefit Description Benefits are provided for major restorative treatment. Covered expenses include the following: • Crowns and inlays • Bridges (including laboratory and anesthetic fees), and wisdom teeth extractions.		
Orthodontic dental services (Class 4) 3 months Waiting Period applies	Plan Pays* 50%	You Pay** 50%
Benefit Description Benefits are provided for study models (including pan oral x-rays), impressions, removable string appliances (braces), fixed appliances (including adjustments), extractions, re-cementing of brackets. Note: Orthodontic treatment applies only up to age 19.		

Dental Exclusions

- Services performed solely for cosmetic reasons;
- Replacement of a lost or stolen appliance;
- Implants,
- Replacement of a bridge, crown or denture within five years after the date it was originally installed unless the replacement is made necessary by the placement of an original opposing full denture or the necessary extraction of natural teeth, or the bridge, crown or denture, while in the mouth, has been damaged beyond repair as a result of an Injury received while a person is insured for these benefits,
- Any replacement of a bridge, crown or denture which is or can be made useable according to common dental standards;
- Procedures, appliances or restorations (except full dentures) whose main purpose is to:
 - Change vertical dimension;
 - Diagnose or treat conditions or dysfunction of the temporomandibular joint;
 - Stabilize periodontally involved teeth (periodontal splinting of teeth): technique called periodontal splinting attaches weak teeth together, turning them into a single unit that is stable and stronger than the single teeth by themselves. The procedure is as simple as using composite material to attach, or splint, the loose teeth to the adjoining stable teeth;
- Restore occlusion;
- Porcelain or acrylic veneers of crowns or pontics on, or replacing, the upper and lower first, second and third molars; bite registrations; precision or semi-precision attachments; or splinting; night mouth guards or other services for teeth grinding.

ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΡΟΧΕΣ

Καλυπτόμενες Υπηρεσίες - Ανώτατο Μέγιστο
€150 Εφαρμόζεται τριμηνή περίοδος αναμονής

Σκελετοί (Συνταγογραφούμενοι)	Το πρόγραμμα πληρώνει*	Εσείς πληρώνετε**
	100%	0%
Φακοί (Ένα στοιχείο ανά περίοδο ασφάλισης)	Το πρόγραμμα πληρώνει*	Εσείς πληρώνετε**
	100%	0%

Οφθαλμολογικές Εξαιρέσεις

Τα Καλυπτόμενα Έξοδα δεν περιλαμβάνουν και δεν θα γίνει καμία πληρωμή για:

- Προαιρετική επίστρωση φακού για αντιθαμβωτική, αντιχαρακτική, αντηλιακή προστασία UV,
- Τα γυαλιά ηλίου και/ή τα σχετικά αξεσουάρ δεν περιλαμβάνονται στην κάλυψη και
- Οφθαλμική επέμβαση με λέιζερ.

OPTICAL BENEFITS

COVERED SERVICES - Annual Maximum
€150 3 months Waiting Period applies

Frames (Prescription)	Plan Pays*	You Pay**
	100%	25%
Lenses (one item per Policy Period)	Plan Pays*	You Pay**
	100%	25%

Optical Exclusions

Covered Expenses will not include, and no payment will be made for:

- Optional Lens Coating for anti-glare, anti-scratch, UV sun protection,
- Sunglasses and/or related accessories are not included in coverage, and
- Laser eye surgery.