



WYPEŁNIA OSOBA UBEZPIECZONA W RCAM

Imię i nazwisko ubezpieczonego: Nr identyfikacyjny pracownika lub emeryta:
Rachunek/kosztorys dotyczy: ☐ osoby objętej ubezpieczeniem ☐ współmałżonka / uznanego partnera ☐ dziecka pozostającego na utrzymaniu (lub osoby uznanej za pozostającą na utrzymaniu)

- Aby złożyć wniosek o wydanie uprzedniej zgody, należy wysłać ten formularz z wypełnioną częścią „Kosztorys” i z załącznikami wymaganymi przez biuro do spraw rozliczeń.
- Aby złożyć wniosek o zwrot kosztów, należy wysłać ten formularz z wypełnioną częścią „Koszt”, dołączając do niego rachunek / fakturę / zaświadczenie o leczeniu („attestation de soins”) i wymagane załączniki. W przypadku gdy jest to ubezpieczenie uzupełniające, należy również załączyć rozbieżność kosztów lub pismo odmowne wydane przez podstawowy system ubezpieczeń.

RCAM zobowiąże się do zwrotu kosztów wyłącznie, jeśli zachowana została zgodność z wszystkimi obowiązującymi przepisami.
Więcej informacji: <https://myintracomm.ec.europa.eu/staff/EN/health>

WYPEŁNIA LEKARZ

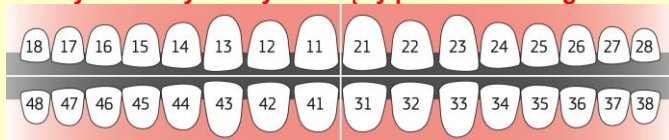
- ☐ Kosztorys*
LUB
☐ Rachunek* dotyczy: Imię i nazwisko:
Data urodzenia:

* Należy wybrać jedną opcję

PROFILAKTYKA I STOMATOLOGIA ZACHOWAWCZA Z ENDODONCJĄ

Należy wypełnić właściwą kolumnę

▼ Schemat: należy zaznaczyć wszystkie zęby poddane zabiegom



Numer (y)
zęba/zębów
poddanych
zabiegowi

KOSZTORYS

Wypełnić
wyłącznie
w przypadku
zabiegów
powiązanych
z protezami
lub implantami

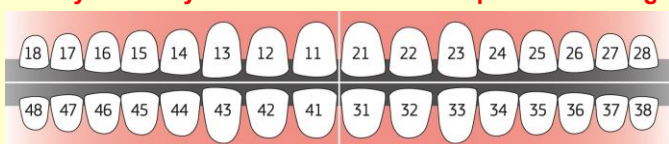
KOSZT

Konsultacja stomatologiczna /
Rentgenodiagnostyka wewnątrzustna /
Pantomogram, teleradiografia, stożkowa tomografia komputerowa (CBCT) /
Fluoryzacja, lakowanie bruzd i szczelin
Usunięcie kamienia nazębnego
Wypełnienie
Odbudowa tkanek twardych zęba, odbudowa na wkładzie koronowo-korzeniowym (ćwiek lub wkład), wkłady koronowe (inlaye) i licówki z żywicy
Dewitalizacja miazgi zęba i wypełnienie kanału korzeniowego
Usunięcie zwykłe, nacięcie ropienia, usunięcie odłamka kości
Usunięcie chirurgiczne, ząb zatrzymany, resekcja wierzchołka korzenia (apektomia),
usunięcie korzenia, podcięcie wędzidełka
Inne (należy określić)

PERIODONTOLOGIA

Należy wypełnić właściwą kolumnę

▼ Schemat: należy zaznaczyć na schemacie ćwiartki poddane zabiegom



Liczba
ćwiartek

KOSZTORYS

KOSZT

▲ W przypadku kosztorysu: należy załączyć opis planu leczenia

Badania periodontologiczne (DPSI) /
Łyzeczkowanie zębodołu
Chirurgia
Klamra periodontologiczna (lana)

LECZENIE WAD ZGRYZU

Należy wypełnić właściwą kolumnę

▲ W przypadku kosztorysu: należy załączyć opis planu leczenia

Szyna zgryzowa
Szyna wysuwająca żuchwę w przypadku OBPS

CIĄG DALSZY NA ODWROTCIE →

PROTETYKA		Należy wypełnić właściwą kolumnę	
▼ Schemat: należy zaznaczyć wszystkie zęby poddane zabiegom ▲ W przypadku kosztorysu: należy załączyć zdjęcia RTG • PROTEZY STAŁE Wkład koronowo-korzeniowy odlewany, inlay (wkład koronowy) ze złota, ceramiki lub żywicy (pośredni) Korona lana, korona teleskopowa, korona lub element metalowo-ceramiczny, licówka ceramiczna lub żywiczna (pośrednia) Mocowanie (należy określić) Korona tymczasowa lub most tymczasowy (w tym założenie i usunięcie) Usunięcie lub ponowne założenie elementów stałych (za każdy element) • PROTEZY RUCHOME Płyta protezy akrylowej Ząb lub klamra w płycie protezy akrylowej Proteza całkowita górna lub dolna Tymczasowa płyta protezy akrylowej Tymczasowy ząb lub klamra w płycie protezy akrylowej Płyta protezy metalowej (w tym klamry) Ząb na płycie protezy metalowej Naprawa płyty protezy akrylowej, dodanie (wymiana) jednego zęba lub klamry w płycie protezy akrylowej lub metalowej Podścielenie protezy (częściowe lub całkowite / płyta protezy akrylowej lub metalowej)	Liczba zębów poddanych zabiegowi	KOSZTORYS	KOSZT

IMPLANTOLOGIA		Należy wypełnić właściwą kolumnę	
▼ Schemat: należy zaznaczyć wszystkie zęby poddane zabiegom ▲ W przypadku kosztorysu: należy załączyć zdjęcia RTG Przeszczep autogeny Założenie implantu, w tym analiza wstępna, implant, podpora, kość syntetyczna, membrana, sterylny materiał jednorazowy, znieczulenie miejscowe, zabieg chirurgiczny, odsłonięcie główki implantu, preprotetyczna chirurgia dziąsła Inne (należy określić)	Implant(y)	KOSZTORYS	KOSZT

ORTODONCJA		Należy wypełnić właściwą kolumnę	
▲ W przypadku kosztorysu: należy załączyć opis wykrytych anomalii i wskazać w nim plan leczenia i czas jego trwania		KOSZTORYS	KOSZT
Wstępna analiza / modele diagnostyczne <i>do przygotowania diagnozy / planu leczenia</i> RTG / analizy cefalometryczne <i>do przygotowania diagnozy / planu leczenia</i> Koszty leczenia w tym badań kontrolnych, przyrządów i retainerów dla łuku górnego i dolnego, aparatu ortodontycznego, dodatkowych analiz cefalometrycznych / modeli diagnostycznych		/ /	

Pieczęć lekarza z numerem telefonu i krajem (obowiązkowa) Data: Podpis lekarza:	Suma dla kosztorysu: (należy podać walutę i kraj)
	Suma kosztów: (należy podać walutę i kraj) ☐ Potwierdzam, że od do przeprowadziłem(-am) zabiegi wskazane powyżej i otrzymałem(-am) należne honorarium*. ☐ Załączam zaświadczenie o leczeniu / rachunek / fakturę wydane zgodnie z przepisami krajowymi*. * oświadczenie obowiązkowe