



RCAM/JSIS – STOMATOLOGIA (JEDNOLITY FORMULARZ)

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 rozbić 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:

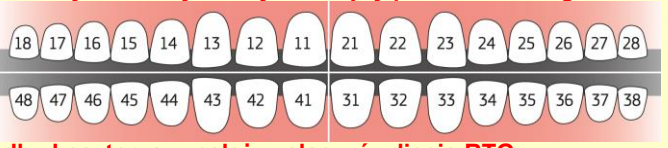
* Należy wybrać jedną opcję

PROFILAKTYKA I STOMATOLOGIA ZACHOWAWCZA Z ENDODONCJĄ		Należy wypełnić właściwą kolumnę		
<p>▼ Schemat: należy zaznaczyć wszystkie zęby poddane zabiegom</p>		Liczba zębów poddanych zabiegowi	KOSZTORYS Wypełnić wyłącznie w przypadku zabiegów powiązanych z protezami lub implantami	KOSZT
Konsultacja stomatologiczna / Rentgenodiagnostyka wewnątrzna / 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		
<p>▼ Schemat: należy zaznaczyć na schemacie ćwiartki poddane zabiegom</p>		Liczba ćwiartek	KOSZTORYS	KOSZT
<p>▲ W przypadku kosztorysu: należy załączyć opis planu leczenia</p> Badania periodontologiczne (DPSI) / Łyzeczowanie zębodołu Chirurgia Klamra periodontologiczna (lana)				

LECZENIE WAD ZGRYZU		Należy wypełnić właściwą kolumnę	
<p>▲ W przypadku kosztorysu: należy załączyć opis planu leczenia</p>		KOSZTORYS	KOSZT
Szyna zgryzowa Szyna wysuwająca żuchwę w przypadku OBPS			

PROTETYKA		Należy wypełnić właściwą kolumnę	
<p>▼ Schemat: należy zaznaczyć wszystkie zęby poddane zabiegom</p>  <p>▲ W przypadku kosztorysu: należy załączyć zdjęcia RTG</p> <ul style="list-style-type: none"> 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	
<p>▼ Schemat: należy zaznaczyć wszystkie zęby poddane zabiegom</p>  <p>▲ W przypadku kosztorysu: należy załączyć zdjęcia RTG</p> <p>Przeszczep autogenny Założenie implantu, w tym analiza wstępna, implant, podpora, kość syntetyczna, membrana, sterylny materiał jednorazowy, znieczulenie miejscowe, zabieg chirurgiczny, odślonięcie główki implantu, preprotetyczna chirurgia dziąsła Inne (należy określić)</p>	Implant(y)	KOSZTORYS	KOSZT

ORTODONCJA		Należy wypełnić właściwą kolumnę	
<p>▲ W przypadku kosztorysu: należy załączyć opis wykrytych anomalii i wskazać w nim plan leczenia i czas jego trwania</p>		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		/	/

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