

RCAM/JSIS – ZAHNÄRZTLICHE BEHANDLUNG (EINZIGES FORMULAR)

VON DEM IM GEMEINSAMEN KRANKENFÜRSORGESYSTEM (RCAM) VERSI	CHERTEN AU	SZUFÜLLEN				
Name des Versicherten: Personal-/Pensionsnr.:						
Gebührenrechnung/Kostenvoranschlag für: den/die Hauptversicherte(n) den/die Ehegatten/in oder anerkannte(n) Partner(in) ein unterhaltsberechtigtes Kind (oder diesem gleichgestellte Person)						
Zur Einreichung eines Antrags auf vorherige Genehmigung senden Sie bitte dieses Formular, in dem die Spalte "Voranschlag" ausgefüllt wurde, mit den erforderlichen Anlagen an die Abrechnungsstelle.						
Zur Einreichung eines Erstattungsantrags senden Sie bitte dieses Formular, in dem die Spalte "Gebühren" ausgefüllt wurde, mit der Rechnung/dem Beleg/der Behandlungsbestätigung ("attestation de soins") und den erforderlichen Anlagen an die Abrechnungsstelle. Bei anderweitig bestehendem Versicherungsschutz fügen Sie bitte auch die Abrechnung oder den Ablehnungsbescheid der Primärkasse bei.						
Eine Erstattung durch das RCAM kann nur erfolgen, wenn alle Vorschriften eingehalten werden. Weitere Informationen unter: https://myintracomm.ec.europa.eu/staff/en/health						
VOM BEHANDELNDEN ZAHNARZT AUSZUFÜL	LEN					
□ Kostenvoranschlag *						
ODER Gebührenrechnung* für: Vor- und Nachname:	Gehurtsda	tum:				
* Bitte wählen Sie eine der beiden Möglichkeiten aus.	Gebuitsua					
Nur die zutre						
PROPHYLAKTISCHE LEISTUNGEN UND BEHANDLUNG	Nummer des	ausfüllen VORAN-				
▼ Schema: Kennzeichnung der betroffenen Zähne für die gesamte Behandlung	betroffenen	SCHLAG	N.			
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	Zahns bzw. der	Nur auszufüllen für	ÜHR			
48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38	betroffenen Zähne	Behandlungen im Zusammenhang mit Prothesen oder Implantaten	GEBÜHREN			
Beratung	/					
Panorama-Röntgenaufnahme, Teleröntgengraphie, DVT	/					
Fluoridierung, Versiegelung von Zahnfissuren und Grübchen Zahnsteinentfernung						
Zahnfüllung						
Rekonstruktion, falscher Stumpf (mit Stiftverankerung oder Schraubenaufbau), Inlays und Kunststoff-Verblendungen						
Devitalisierung und Wurzelkanalfüllung						
Chirurgische Extraktion, retinierter Zahn, Wurzelspitzenresektion, Wurzelamputation, Frenektomie						
Sonstiges (bitte angeben)			********			
LEISTUNGEN BEI PARODONTALEN ERKRANKUNGEN			Nur die zutreffende Spalte ausfüllen			
▼ Schema: Kennzeichnung der betroffenen Zähne für die gesamte Behandlung	Quadrant(e	n)				
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28		± 9	REN			
48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38		VORAN- SCHLAG	GEBÜHREN			
▲ Bei einem Kostenvoranschlag: bitte Erläuterung mit Behandlungsplan beifügen	1					
Parodontale Untersuchungen (Parodontaler Screening-Index - PSI)	/					
Chirurgischer Eingriff						
. 55595.55110.110.110.110.110.110.110.110.110.		Nur die zutreff	anda Cralta			
EINGLIEDERUNG VON AUFBISSBEHELFEN UND -SCHIENEN			ende Spalte llen			
▲ Bei einem Kostenvoranschlag: bitte Vermerk mit Behandlungsplan beifügen		VORAN- SCHLAG	GEBÜHREN			
		> ดั	9			
Aufbissschiene Protrusionsschiene für OSAS						

PROTHETISCHE LEISTUNGEN		Nur die zutre ausf			
▼ Schema: Kennzeichnung der betroffenen Zä	ihne für die gesamte Behandlung	Nummer des			
18 17 16 15 14 13 12 11 21	22 23 24 25 26 27 28	betroffenen Zahns bzw. der betroffenen	AN-	HREN	
48 47 46 45 44 43 42 41 31	32 33 34 35 36 37 38	Zähne	VORAN- SCHLAG	GEBÜHREN	
▲ Bei einem Kostenvoranschlag: bitte Röntge	naufnahme(n) beifügen				
FESTSITZENDER ZAHNERSATZ Gegossener Stumpfaufbau, Inlay-Core, Gold-, Kerar Alleren Stumpfaufbau, Inlay-Core, Gold-, Kerar Output Description:					
Gusskrone, Teleskopkrone, Metallkeramikkrone ode Verblendschalen (indirekt)					
Verbindungselemente (genaue Angaben)					
Provisorische Krone oder Brücke (einschl. Einglied					
Entfernung oder Ersatz festsitzender Elemente, je l Reparatur von Kronen oder Brückenelementen, je E					
HERAUSNEHMBARER ZAHNERSATZ Kunststoffbasis					
Zahn oder Klammer auf Kunststoffbasis					
Totale Prothese, Ober- oder Unterkiefer					
Provisorischer Zahn oder provisorische Klammer					
Gegossene Metallbasis (einschl. Klammern)					
Zahn auf gegossener Metallbasis					
Reparatur einer Kunststoffbasis, Hinzufügen (Ersatz Kunststoff- oder Metallbasis					
Unterfütterung (Teil- oder Vollbasis/Kunststoff- oder					
	,	I			
IMPLANTOLOG	GISCHE LEISTUNGEN		Nur die zutre ausf		
▼ Schema: Kennzeichnung der betroffenen Zä	hne für die gesamte Behandlung	Lage des			
18 17 16 15 14 13 12 11 21 2	22 23 24 25 26 27 28	Implantats bzw. der	↓ ७	Z W	
16 17 16 15 14 15 12 11 21 2	2 2 2 24 25 26 27 28	Implantate	RA I	JHR	
48 47 46 45 44 43 42 41 31 3	32 33 34 35 36 37 38		VORAN- SCHLAG	GEBÜHREN	
▲ Bei einem Kostenvoranschlag: bitte Röntge	naufnahme(n) beifügen				
Autogene Knochentransplantation					
Knochen, Membran, sterilem Einwegmaterial, lokaler Anästhesie, chirurgischer Leistung,					
Freilegen eines Implantats, präprothetischer Chi					
Sonstiges (bitte angeben)					
KIEFERORTHOPÄDISCHE BEHANDLUNG			Nur die zutreffende Spalte ausfüllen		
▲ Bei einem Kostenvoranschlag: bitte Erläuterung beifügen, aus der die Fehlbildungen, die			. 45	Z	
Behandlungsdauer und der Behandlungsplan	rung beitugen, aus der die Fenibildungen hervorgehen	, ale	A P P	HRE	
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	· ·		VORAN- SCHLAG	GEBÜHREN	
			- 0)	GE	
Voruntersuchung/Bewertungsmodelle zur Erstellung einer Diagnose/eines Behandlungsplans			/		
Pahandlungagahühran oinoohi Kontrollon Oharkiafar // Interkiafar Annaraturan und Datainara					
Behandlungsgebühren einschl. Kontrollen, Oberkiefer-/Unterkiefer-Apparaturen und Retainern, Zahnspangen, zusätzlicher Fernröntgenanalysen/Bewertungsmodelle					
Stempel des behandelnden Zaharztes,	Gesamtbetrag Kostenvoranschlag: (Währung und Land angeben)				
Telefonnummer und Land (Pflichtangaben)					
Deturn	Gesamtbetrag Gebühren: (Währu			angeben)	
Datum:	☐ Ich habe o.g. Versorgung/Behandlung im Zeitraum vom bis zum durchgeführt und die entsprechenden Gebühren erhalten*.				
Unterschrift des Zahnarztes:	☐ Ich füge die nach den nationalen Bestimmungen ausgestellte Behandlungsbestätigung ("attestation de soins")/Quittung/Rechnung bei*.				
* Pflichterklärung					