



## RCAM/JSIS – ZAHNÄRZTLICHE BEHANDLUNG (EINZIGES FORMULAR)

## VON DEM IM GEMEINSAMEN KRANKENFÜRSORGESYSTEM (RCAM) VERSICHERTEN AUSZUFÜLLEN

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 AUSZUFÜLLEN

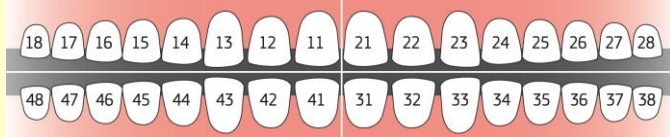
 **Kostenvoranschlag \***  
**ODER** **Gebührenrechnung\* für:** Vor- und Nachname: ..... Geburtsdatum: .....

\* Bitte wählen Sie eine der beiden Möglichkeiten aus.

## PROPHYLAKTISCHE LEISTUNGEN UND BEHANDLUNG

Nur die zutreffende Spalte ausfüllen

## ▼ Schema: Kennzeichnung der betroffenen Zähne für die gesamte Behandlung



Nummer des betroffenen Zahns bzw. der betroffenen Zähne

VORAN-  
SCHLAGNur auszufüllen für  
Behandlungen im  
Zusammenhang  
mit Prothesen oder  
Implantaten

GEBÜHREN

Beratung ..... /

Intraorale Röntgenaufnahme ..... /

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 .....

Normale Extraktion, Abszesseröffnung, Entfernung von Knochensplittern .....

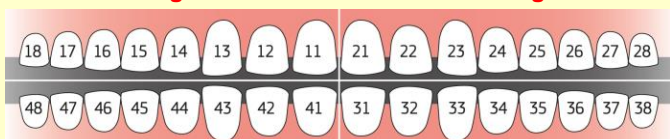
Chirurgische Extraktion, retinierter Zahn, Wurzelspitzenresektion, Wurzelamputation, Frenektomie ...

Sonstiges (bitte angeben) .....

## LEISTUNGEN BEI PARODONTALEN ERKRANKUNGEN

Nur die zutreffende Spalte ausfüllen

## ▼ Schema: Kennzeichnung der betroffenen Zähne für die gesamte Behandlung



Quadrant(en)

VORAN-  
SCHLAG

GEBÜHREN

## ▲ Bei einem Kostenvoranschlag: bitte Erläuterung mit Behandlungsplan beifügen

Parodontale Untersuchungen (Parodontaler Screening-Index - PSI)..... /

Wurzelglättung .....

Chirurgischer Eingriff.....

Passgerechter Retainer .....

## EINGLIEDERUNG VON AUFBISSBEHELFFEN UND -SCHIENEN

Nur die zutreffende Spalte ausfüllen

## ▲ Bei einem Kostenvoranschlag: bitte Vermerk mit Behandlungsplan beifügen

Aufbissschiene .....

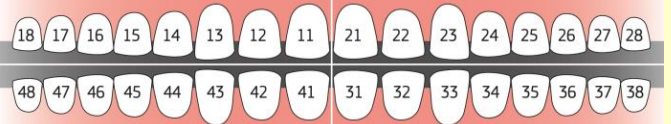
Protrusionsschiene für OSAS .....

VORAN-  
SCHLAG

GEBÜHREN

BITTE WENDEN →

PROTHETISCHE LEISTUNGEN		Nur die zutreffende Spalte ausfüllen		
<p>▼ <b>Schema: Kennzeichnung der betroffenen Zähne für die gesamte Behandlung</b></p>  <p>▲ <b>Bei einem Kostenvoranschlag: bitte Röntgenaufnahme(n) beifügen</b></p>		Nummer des betroffenen Zahns bzw. der betroffenen Zähne	<b>VORAN-SCHLAG</b>	<b>GEBÜHREN</b>
<p>• <b>FESTSITZENDER ZAHNERSATZ</b>            Gegossener Stumpfaufbau, Inlay-Core, Gold-, Keramik- oder Kunststoff-Inlay (indirekt) .....            Gusskrone, Teleskopkrone, Metallkeramikkrone oder -element, Keramik- oder Kunststoff-Verblendschalen (indirekt) .....            Verbindungselemente (genaue Angaben) .....  <b>Provisorische</b> Krone oder Brücke (einschl. Eingliederung und Entfernung) .....            Entfernung oder Ersatz <b>feststehender</b> Elemente, je Element .....            Reparatur von Kronen oder Brückenelementen, je Element .....</p> <p>• <b>HERAUSNEHMBARER ZAHNERSATZ</b>            Kunststoffbasis .....            Zahn oder Klammer auf Kunststoffbasis .....            Totale Prothese, Ober- oder Unterkiefer .....  <b>Provisorische</b> Kunststoffbasis .....  <b>Provisorischer</b> Zahn oder provisorische Klammer auf Kunststoffbasis .....            Gegossene Metallbasis (einschl. Klammern) .....            Zahn auf gegossener Metallbasis .....            Reparatur einer Kunststoffbasis, Hinzufügen (Ersatz) eines Zahns oder einer Klammer auf Kunststoff- oder Metallbasis .....            Unterfütterung (Teil- oder Vollbasis/Kunststoff- oder Metallbasis) .....</p>				

IMPLANTOLOGISCHE LEISTUNGEN		Nur die zutreffende Spalte ausfüllen		
<p>▼ <b>Schema: Kennzeichnung der betroffenen Zähne für die gesamte Behandlung</b></p>  <p>▲ <b>Bei einem Kostenvoranschlag: bitte Röntgenaufnahme(n) beifügen</b></p>		Lage des Implantats bzw. der Implantate	<b>VORAN-SCHLAG</b>	<b>GEBÜHREN</b>
Autogene Knochentransplantation ..... <b>Implantat-Eingliederung</b> einschl. Voruntersuchung, Implantat, Abutment, künstlichem Knochen, Membran, sterilem Einwegmaterial, lokaler Anästhesie, chirurgischer Leistung, Freilegen eines Implantats, präprothetischer Chirurgie ..... Sonstiges (bitte angeben) .....				

KIEFERORTHOPÄDISCHE BEHANDLUNG		Nur die zutreffende Spalte ausfüllen	
<p>▲ <b>Bei einem Kostenvoranschlag: bitte Erläuterung beifügen, aus der die Fehlbildungen, die Behandlungsdauer und der Behandlungsplan hervorgehen</b></p>		<b>VORAN-SCHLAG</b>	<b>GEBÜHREN</b>
Voruntersuchung/Bewertungsmodelle zur Erstellung einer Diagnose/eines Behandlungsplans ..... Röntgenaufnahme(n)/Fernröntgenanalyse(n) zur Erstellung einer Diagnose/eines Behandlungsplans ..... <b>Behandlungsgebühren</b> einschl. Kontrollen, Oberkiefer-/Unterkiefer-Apparaturen und Retainern, Zahnspangen, zusätzlicher Fernröntgenanalysen/Bewertungsmodelle .....			

<b>Stempel des behandelnden Zaharztes, Telefonnummer und Land</b> (Pflichtangaben)  Datum: .....  Unterschrift des Zahnarztes:  .....	Gesamtbetrag Kostenvoranschlag: ..... (Währung und Land angeben)
	Gesamtbetrag Gebühren: ..... (Währung und Land angeben)  <input type="checkbox"/> Ich habe o.g. Versorgung/Behandlung im Zeitraum vom ..... bis zum ..... durchgeführt und die entsprechenden Gebühren erhalten*.  <input type="checkbox"/> Ich füge die nach den nationalen Bestimmungen ausgestellte Behandlungsbestätigung („attestation de soins“)/Quittung/Rechnung bei*.  <b>* Pflichterklärung</b>