



ΚΣΥΑ – ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ (ΕΝΙΑΙΟ ΕΝΤΥΠΟ)

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟ

Όνοματεπώνυμο ασφαλισμένου: Αριθ. προσωπικού / μητρώου συντάξεων:
 Λογαριασμός/εκτίμηση κόστους για: τον/την ασφαλισμένο/-η σύζυγο / αναγνωρισμένο σύντροφο συντηρούμενο τέκνο (ή πρόσωπο εξομοιούμενο με συντηρούμενο τέκνο)

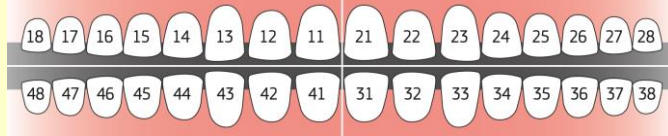
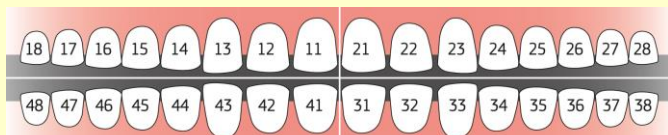
- Για να υποβάλετε **αίτηση για εκ των προτέρων έγκριση**, παρακαλείστε να στείλετε το παρόν έντυπο με συμπληρωμένα τα πεδία «**εκτίμηση κόστους**», καθώς και τα απαιτούμενα δικαιολογητικά, στο αρμόδιο γραφείο εκκαθάρισης.
- Για να υποβάλετε **αίτηση για επιστροφή εξόδων**, παρακαλείστε να στείλετε το παρόν έντυπο με συμπληρωμένα τα πεδία «**αμοιβή**», καθώς και το τιμολόγιο/την απόδειξη/την ιατρική βεβαίωση θεραπείας ('attestation de soins') και τα απαιτούμενα δικαιολογητικά. Εάν πρόκειται για συμπληρωματική κάλυψη, παρακαλείστε να επισυνάψετε επίσης την ανάλυση του κόστους ή την επιστολή απόρριψης από το βασικό ταμείο ασφάλισης.

Το Κοινό Σύστημα Υγειονομικής Ασφάλισης θα προβεί σε επιστροφή των εξόδων μόνον αν πληρούνται όλες οι κανονιστικές διατάξεις.
 Για περισσότερες πληροφορίες: <https://myintracomm.ec.europa.eu/staff/EN/health/Pages/index.aspx>

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΘΕΡΑΠΟΝΤΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑ

- Εκτίμηση κόστους***
 Ή
 Απόδειξη αμοιβής* για: Ονοματεπώνυμο:
 Ημερομηνία γέννησης:

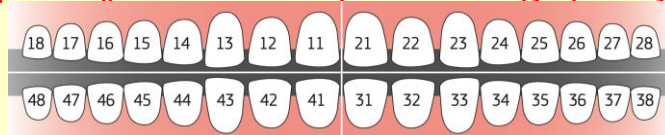
* Να επιλεγεί ένα από τα δύο

ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ		Να συμπληρωθεί μόνο η σχετική στήλη		
<p>▼ Διάγραμμα: να σημειωθούν τα δόντια για το σύνολο της θεραπείας</p> 	Αριθμός/-οί δοντιού/-ών ανά θεραπεία	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΟΣΤΟΥΣ	ΑΜΟΙΒΗ	
<p>Επίσκεψη σε ιατρείο</p> <p>Ενδοστοματική ακτινογραφία</p> <p>Πανοραμική ακτινογραφία, τηλεακτινογραφία, τομογραφία κωνικής δέσμης (CBCT)</p> <p>Φθορίωση, κάλυψη οπών και σχισμών</p> <p>Αποτρίγωση (καθαρισμός)</p> <p>Έμφραξη</p> <p>Άμεση αποκατάσταση, ψευδοκολόβωμα (με ενδορριζικό άξονα), ένθετα και όψεις ρητίνης.....</p> <p>Ενδοδοντική θεραπεία</p> <p>Κανονική εξαγωγή, διάνοιξη αποστήματος, εκτομή οστικών ακίδων.....</p> <p>Χειρουργική εξαγωγή, έγκλειστο δόντι, ακρορριζεκτομή, ριζεκτομή, εκτομή χαλινού</p> <p>Άλλο (να διευκρινιστεί).....</p>	/	
<p>▼ Διάγραμμα: να σημειωθούν τα σχετικά τεταρτημόρια για το σύνολο της θεραπείας</p>  <p>▲ Για εκτίμηση κόστους: επισυνάψτε επεξηγηματικό σημείωμα με την προβλεπόμενη θεραπεία</p>		Τεταρτημόριο/-α	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΟΣΤΟΥΣ	ΑΜΟΙΒΗ
<p>Περιοδοντικές εξετάσεις (DPSI).....</p> <p>Ριζική απόξεση.....</p> <p>Χειρουργική επέμβαση</p> <p>Περιοδοντικός νάρθηκας βάσει εκμαγείου.....</p>		/
<p>▲ Για εκτίμηση κόστους: επισυνάψτε επεξηγηματικό σημείωμα με την προβλεπόμενη θεραπεία</p>			ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΟΣΤΟΥΣ	ΑΜΟΙΒΗ
<p>Νάρθηκας σύγκλεισης</p> <p>Ενδοστοματική συσκευή προώθησης της κάτω γνάθου για το Σ.Α.Υ.Α.....</p>		

ΟΔΟΝΤΙΚΕΣ ΠΡΟΘΕΣΕΙΣ

Να συμπληρωθεί μόνο η σχετική στήλη

▼ **Διάγραμμα: να σημειωθούν τα δόντια για το σύνολο της θεραπείας**



Αριθμός/-οί δοντιού /-ών ανά θεραπεία

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΟΣΤΟΥΣ

ΑΜΟΙΒΗ

▲ **Για εκτίμηση κόστους: επισυνάψτε τις ακτινογραφίες**

• **ΑΚΙΝΗΤΕΣ ΟΔΟΝΤΙΚΕΣ ΠΡΟΘΕΣΕΙΣ**

- Χυτό ψευδοκολόβωμα (inlay core), ένθετο χρυσό, κεραμικό ή ρητίνης (έμμεσο)
- Χυτή στεφάνη, τηλεσκοπική στεφάνη, μεταλλοκεραμική στεφάνη ή στοιχείο, συγκολλούμενη όψη κεραμική ή ρητίνης (έμμεση)
- Γεφύρωμα (να διευκρινιστεί)
- Μεταβατική στεφάνη ή γέφυρα (συμπεριλαμβανομένης της τοποθέτησης και της αφαίρεσης) ..
- Αφαίρεση ή επανατοποθέτηση σταθερών στοιχείων, ανά στοιχείο
- Επισκευή στεφανών ή στοιχείων γέφυρας, ανά στοιχείο

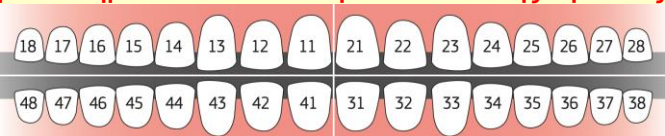
• **ΚΙΝΗΤΕΣ ΟΔΟΝΤΙΚΕΣ ΠΡΟΘΕΣΕΙΣ**

- Πλάκα με βάση ρητίνης
- Δόντι ή άγκιστρο με βάση ρητίνης
- Ολική οδοντοστοιχία άνω ή κάτω γνάθου
- Μεταβατική πλάκα με βάση ρητίνης
- Μεταβατικό δόντι ή άγκιστρο με βάση ρητίνης
- Χυτή μεταλλική πλάκα (με τα άγκιστρα)
- Δόντι επί χυτής μεταλλικής πλάκας
- Επιδιόρθωση βασικής πλάκας, πρόσθεση (αντικατάσταση) δοντιού ή αγκίστρου με βάση ρητίνης ή μεταλλική πλάκα
- Αναπροσαρμογή βάσης (μερική ή ολική / πλάκα ρητίνης ή μεταλλική)

ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΑ

Να συμπληρωθεί μόνο η σχετική στήλη

▼ **Διάγραμμα: να σημειωθούν τα δόντια για το σύνολο της θεραπείας**



Θέση εμφυτεύματος/-άτων

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΟΣΤΟΥΣ

ΑΜΟΙΒΗ

▲ **Για εκτίμηση κόστους: επινάψτε τις ακτινογραφίες**

- Αυτογενές οστικό μόσχευμα
- Τοποθέτηση εμφυτεύματος** (συμπεριλαμβάνονται: προκαταρκτική μελέτη, εμφύτευμα, στηρικτική δομή, συνθετικό οστό, αποστειρωμένος εξοπλισμός μίας χρήσης, τοπική αναισθησία, χειρουργική επέμβαση, αποκάλυψη εμφυτεύματος, χειρουργική θεραπεία προετοιμασίας των ούλων για την προσθετική αποκατάσταση)
- Άλλο (να διευκρινιστεί)

ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Να συμπληρωθεί μόνο η σχετική στήλη

▲ **Για εκτίμηση κόστους: επισυνάψτε επεξηγηματικό σημείωμα με τις ανωμαλίες που εντοπίστηκαν, την προβλεπόμενη θεραπεία και τη διάρκειά της**

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΟΣΤΟΥΣ

ΑΜΟΙΒΗ

- Προκαταρκτική μελέτη / μοντέλα αξιολόγησης *για τη διάγνωση/τον καθορισμό της προβλεπόμενης θεραπείας* ... /
- Ακτινογραφίες / κεφαλομετρικές αναλύσεις *για τη διάγνωση/τον καθορισμό της προβλεπόμενης θεραπείας*

Αμοιβές για τη θεραπεία, συμπεριλαμβανομένων ιατρικών εξετάσεων, συσκευών και ναρθήκων για την άνω/κάτω γνάθο, μεταλλικών αγκίστρων, πρόσθετων κεφαλομετρικών αναλύσεων/μοντέλων αξιολόγησης

Σφραγίδα του θεράποντα επαγγελματία με αριθμό τηλεφώνου και χώρα (υποχρεωτικά)

Συνολικό εκτιμώμενο κόστος: (να διευκρινιστεί το νόμισμα και η χώρα)

Συνολική αμοιβή: (να διευκρινιστεί το νόμισμα και η χώρα)

Βεβαιώνω ότι πραγματοποίησα τη θεραπεία/αγωγή που αναφέρεται ανωτέρω από την έως την και εισέπραξα τη σχετική αμοιβή*.

Επισυνάπτω την ιατρική βεβαίωση θεραπείας ('attestation de soins') / την απόδειξη/το τιμολόγιο σύμφωνα με την εθνική νομοθεσία*.

* υποχρεωτική δήλωση

Ημερομηνία:

Υπογραφή του θεράποντα επαγγελματία:

.....