

**A COMPLETAR PELO BENEFICIÁRIO DO RCAM**

Nome do inscrito: Número pessoal/de pensionista:

Fatura/estimativa para: beneficiário do regime , cônjuge ou parceiro reconhecido ou filho a cargo (ou pessoa equiparada)

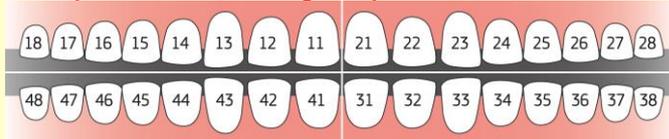
- Para apresentar um **pedido de autorização prévia**, queira enviar ao Serviço de Liquidação o presente formulário com a **secção «Estimativa»** preenchida e com os anexos solicitados.
- Para apresentar um **pedido de reembolso**, queira enviar o presente formulário com a **secção «Honorários»** preenchida, a fatura/o recibo/o certificado relativos ao tratamento («attestation de soins») e com os anexos solicitados. Em caso de cobertura complementar, queira anexar igualmente a discriminação das despesas ou o ofício de recusa enviado pelo regime primário.

O Regime Comum de Seguro de Doença (RCAM) só procederá ao reembolso de forem cumpridas todas as disposições regulamentares.Para mais informações, consultar: <https://myintracomm.ec.europa.eu/staff/EN/health>**A COMPLETAR PELO DENTISTA** **Estimativa dos honorários*****OU** **Fatura* de:** Nome próprio e apelido:

Data de nascimento:

* *Selecione uma opção***CUIDADOS PREVENTIVOS E TRATAMENTOS**

Use apenas a coluna respetiva

▼ Diagrama: marque os dentes abrangidos por todo o tratamento

Números dos dentes por tratamento

ESTIMATIVA

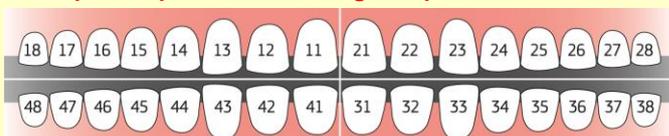
A completar somente para tratamentos relacionados com próteses ou implantes

HONORÁRIOS

Consulta .....	/	.....	.....
Radiografia endobucal .....	.....	.....	.....
Radiografia panorâmica, telerradiografia, TCFC .....	/	.....	.....
Fluoreação, selagem de cavidades e fissuras .....	.....	.....	.....
Destartarização .....	.....	.....	.....
Obturação .....	.....	.....	.....
Reconstituição direta, falso coto (com parafuso ou espigão), incrustações e facetas em resina acrílica .....	.....	.....	.....
Desvitalização e obturação radicular .....	.....	.....	.....
Extração normal, incisão de abcesso, esquirolectomia .....	.....	.....	.....
Extração cirúrgica, dente incluso, apetomia, amputação radicular, frenetomia .....	.....	.....	.....
Outros (especificar) .....	.....	.....	.....

TRATAMENTO PERIODONTAL

Use apenas a coluna respetiva

▼ Diagrama: marque os quadrantes abrangidos por todo o tratamento

Quadrantes

ESTIMATIVA**HONORÁRIOS****▲ Para uma estimativa: queira anexar uma nota com o plano de tratamento**

Exames periodontais (DPSI).....	/	.....	.....
Polimento das raízes .....	.....	.....	.....
Cirurgia .....	.....	.....	.....
Aparelho de contenção periodontal moldado .....	.....	.....	.....

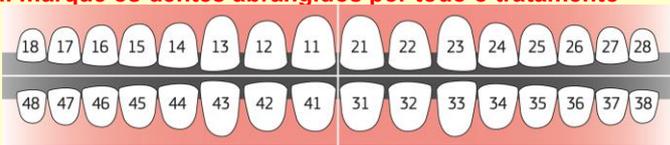
OCCLUSODONTIA

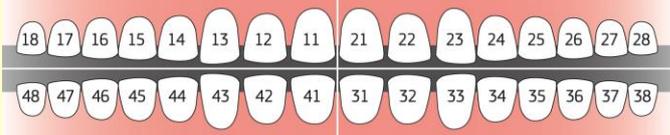
Use apenas a coluna respetiva

▲ Para uma estimativa: queira anexar uma nota com o plano de tratamento**ESTIMATIVA****HONORÁRIOS**

Placa oclusal .....	.....	.....
Aparelho de avanço mandibular para SAOS .....	.....	.....

CONTINUA NA PÁGINA SEGUINTE →

PRÓTESE		Use apenas a coluna respectiva	
<p>▼ Diagrama: marque os dentes abrangidos por todo o tratamento</p>  <p>▲ Para uma estimativa: queria anexar as radiografias</p> <ul style="list-style-type: none"> • PRÓTESES FIXAS <ul style="list-style-type: none"> Falso coto, com incrustação em ouro, cerâmica ou resina (indireto) Coroa fundida, coifa telescópica, coroa ou elemento cerâmico-metálico, faceta cerâmica ou de resina (indireto) Anexo (especificar) Coroa temporária ou pântico (incluindo inserção ou remoção) Remoção ou recolocação de elementos fixos, por elemento Reparação de coroas ou de elementos de ponte, por elemento • PRÓTESES MÓVEIS <ul style="list-style-type: none"> Placa de base em resina acrílica Dente ou gancho em resina acrílica Prótese total superior ou inferior Placa provisória em resina acrílica Dente ou gancho provisório em resina acrílica Placa metálica (incluindo ganchos) Dente em placa metálica Reparação de uma placa em resina acrílica, acréscimo (ou substituição) de um dente ou gancho em resina acrílica ou em placa metálica Rebasagem (parcial ou completa/resina acrílica ou placa metálica) 	Números dos dentes por tratamento	ESTIMATIVA	HONORÁRIOS

IMPLANTOLOGIA		Use apenas a coluna respectiva	
<p>▼ Diagrama: marque os dentes abrangidos por todo o tratamento</p>  <p>▲ Para uma estimativa: queria anexar as radiografias</p> <p>Enxerto de osso autógeno.....</p> <p>Colocação de implantes incluindo estudos preliminares, implantes, pilar, osso sintético, membrana, material esterilizado descartável, anestésicos locais, ato cirúrgico, exposição da cabeça do implante, cirurgia gengival pré-protésica</p> <p>Outros (especificar)</p>	Locais dos implantes	ESTIMATIVA	HONORÁRIOS

TRATAMENTO ORTODÔNTICO		Use apenas a coluna respectiva	
<p>▲ Para uma estimativa: queira anexar uma nota explicativa indicando as anomalias detetadas, a duração e o plano do tratamento</p> <p>Estudo prévio/modelos de apreciação <i>para estabelecimento do diagnóstico/plano de tratamento</i></p> <p>Radiografias/análises cefalométricas <i>para estabelecimento do diagnóstico/plano de tratamento</i></p> <p>Honorários do tratamento incluindo controlos médicos, dispositivos e aparelhos de contenção superiores/inferiores, arcos, análises cefalométricas adicionais/modelos de apreciação</p>		ESTIMATIVA	HONORÁRIOS

<p>Carimbo do dentista com número de telefone e país (obrigatório)</p> <p>Data:</p> <p>Assinatura do dentista:</p>	<p>Estimativa do total: (indicar a moeda e o país)</p>
	<p>Total dos honorários: (indicar a moeda e o país)</p> <p><input type="checkbox"/> Confirmando que realizei o tratamento acima indicado de a e recebi os honorários correspondentes*.</p> <p><input type="checkbox"/> Anexo o certificado de tratamento («attestation de soins»)/recibo/fatura emitido em conformidade com a legislação nacional*.</p> <p>declaração obrigatória</p>