



UPPGIFTER SOM SKA FYLLAS I AV DEN FÖRSÄKRADE

Namn: Anställningsnummer/Pensionsnummer

Räkning/kostnadsberäkning för: försäkrad make/erkänd partner underhållsberättigat barn (person som jämställs med underhållsberättigat barn)

- **Ansökan om förhandstillstånd** sänds till berört avräkningskontor. Fyll i avsnittet **kostnadsberäkning** och bifoga begärda bilagor.
- **Begäran om ersättning** görs via detta formulär där **avsnittet arvode** fylls i. Räkning/kvitto/intyg över behandling ("attestation des soins") och begärda bilagor bifogas. Om du har en tilläggsförsäkring ska du också bifoga kostnadsuppdelning eller avslag från primärförsäkringen.

Gemensamma sjukförsäkringssystemet betalar endast ut ersättning om alla bestämmelser är uppfyllda.

Läs mer: <https://myintracomm.ec.europa.eu/staff/EN/health>

UPPGIFTER SOM SKA FYLLAS I AV BEHANDLANDE TANDLÄKARE

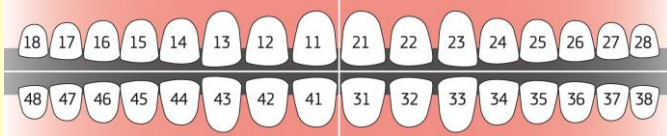
 Kostnadsberäkning***ELLER** **Räkning* för:** För- och efternamn:

Födelsedatum:

* Markera ett alternativ

FÖREBYGGANDE VÅRD OCH BEHANDLING

Använd endast relevant spalt

▼ **Diagram: markera de tänder som berörs av hela behandlingen**

Nummer på tand per behandling

KOSTNADSBERÄKNING

Fylls endast i för behandlingar som rör proteser eller implantat

ARVODE

Konsultation /

Intraoral röntgen /

Panoramaröntgen, fjärröntgen, skiktröntgen /

Fluorbehandling, fissurförsegling

Borttagning av tandsten

Fyllning

Rekonstruktion, implantat (med skruv eller tapp), inlägg och fasader av komposit

Devitalisering och rotfyllning

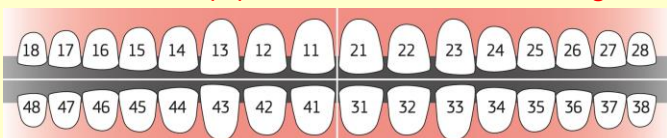
Normal extraktion, behandling av tandböld, avlägsnande av benfragment

Kirurgisk extraktion, avlägsnande av retinerad tand, rotfyllning, rotspetsresektion, frenektomi

Annat (specificera)

TANDLOSSNINGSBEHANDLING

Använd endast relevant spalt

▼ **Diagram: markera kvadrant(er) som berörs av hela behandlingen**

Kvadrant(er)

KOSTNADSBERÄKNING**ARVODE**▲ **För kostnadsberäkning: bifoga en förklarande not med behandlingsplan**

Parodontal undersökning (DPSI) /

Rotplaning

Kirurgi

Gjuten tandställning

BETTFSIOLOGISK BEHANDLING

Använd endast relevant spalt

▲ **För kostnadsberäkning: bifoga en förklarande not med behandlingsplan****KOSTNADSBERÄKNING****ARVODE**

Bettskena

Mandibelframdragande skena för OSAS (obstruktivt sömnapné syndrom)

VÄND →

PROTESER		Använd endast relevant spalt	
<p>▼ Diagram: markera de tänder som berörs av hela behandlingen</p> <p>▲ För kostnadsberäkning: bifoga röntgenbilder</p> <p>• FASTA PROTESER Gjuten modell (inlay-core), guldinlägg, keramiskt inlägg eller kompositinlägg (indirekt) Fullkrona, teleskopkrona, krona eller element i metallkeramik, keramisk fasad eller kompositfasad (indirekt) Fäste (ange typ) Tillfällig krona eller pontic (inbegripet insättning och borttagning) Borttagning eller ersättning av fasta element, per element Reparation av kronor eller broelement, per element</p> <p>• AVTAGBARA PROTESER Basplatta av akrylat Tand eller klammer på akrylatplatta Hel tandprotes, över- eller underkäke Tillfällig basplatta av akrylat Tillfällig tand eller klammer på basplatta av akrylat Metallplatta (med klamrar) Tand på metallplatta Reparation av akrylatplatta, tillsättning (ersättning) av en tand eller klammer på akrylat- eller metallplatta Rebasering (partiell eller fullständig/akrylat- eller metallplatta)</p>	Nummer på tand per behandling	KOSTNADS-BERÄKNING	ARVODE

IMPLANTATBEHANDLINGAR		Använd endast relevant spalt	
<p>▼ Diagram: markera de tänder som berörs av hela behandlingen</p> <p>▲ För kostnadsberäkning: bifoga röntgenbilder</p>	Implantatområde(n)	KOSTNADS-BERÄKNING	ARVODE
Autogena bentransplantationer Insättning av implantat inklusive förundersökning, implantat, stöd, syntetiskt ben, membran, sterila förbrukningsvaror, lokalbedövning, kirurgiska ingrepp, friläggning av implantatets täckskruv, preprotesisk kirurgi Annat (specificera)			

TANDREGLERING		Använd endast relevant spalt	
<p>▲ För kostnadsberäkning: bifoga en förklarande not med en beskrivning av de konstaterade anomalierna, behandlingens varaktighet och en behandlingsplan</p>		KOSTNADS-BERÄKNING	ARVODE
Preliminär undersökning/studiemodell <i>för att fastställa en diagnos/behandlingsplan</i> / Röntgenbilder/kefalometrisk analys <i>för att fastställa en diagnos/behandlingsplan</i> / Kostnader för behandlingen inklusive uppföljning, apparatur och skenor för över- och underkäken, tandställningar, ytterligare kefalometrisk analys/studiemodeller			

Behandlande tandläkares stämpel samt telefonnummer och land (obligatoriska uppgifter) Datum: Behandlande tandläkares underskrift:	Total beräkning: (ange valuta och land)
	Totalt arvode: (ange valuta och land) <input type="checkbox"/> Jag intygar att jag från och med den till och med den har utfört den vård/behandling som anges ovan och mottagit arvode för detta*. <input type="checkbox"/> Jag bifogar ett intyg över behandlingen ("attestation de soins")/kvitto/faktura som utfärdats i enlighet med nationell lagstiftning*. *Obligatoriska uppgifter