



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 | | |
|--|--|---|---|-----------------|
| <p>▼ Schema: Kennzeichnung der betroffenen Zähne für die gesamte Behandlung</p> | | Nummer des betroffenen Zahns bzw. der betroffenen Zähne | VORAN-SCHLAG <i>Nur auszufüllen für Behandlungen im Zusammenhang mit Prothesen oder Implantaten</i> | 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 | | |
|--|--|--------------------------------------|---------------------|-----------------|
| <p>▼ Schema: Kennzeichnung der betroffenen Zähne für die gesamte Behandlung</p> <p>▲ Bei einem Kostenvoranschlag: bitte Erläuterung mit Behandlungsplan beifügen</p> | | Quadrant(en) | VORAN-SCHLAG | GEBÜHREN |
| Parodontale Untersuchungen (Parodontaler Screening-Index - PSI)..... / Wurzelglättung Chirurgischer Eingriff..... Passgerechter Retainer | | | | |

| EINGLIEDERUNG VON AUFBISSBEHELFFEN UND -SCHIENEN | | Nur die zutreffende Spalte ausfüllen | |
|---|--|--------------------------------------|-----------------|
| <p>▲ Bei einem Kostenvoranschlag: bitte Vermerk mit Behandlungsplan beifügen</p> | | VORAN-SCHLAG | GEBÜHREN |
| Aufbissschiene Protrusionsschiene für OSAS | | | |

BITTE WENDEN →

