

Dentisteria

Cure dentarie preventive 3

(otturazione, devitalizzazione, detartrasi, radiografia dentale, ...)

Ortodonzia 7

(apparecchio dentale per bambini, ...)

Protesi dentarie 11

(corona, ponte, inlay, protesi completa, ...)

Posa di impianti 17

(radice artificiale, ...)

Parodontia 22

(trattamento della gengiva nell'adulto, ...)

Occlusodonzia 27

(grondaia occlusale, ...)

Formulari 31 --> 33

(preventivi dentali, preventivi per trattamento ortodontico, nota di onorari dentistici)

IMPORTANTE

TRADUZIONE ITALIANA
del

Documento a uso interno fornito dalla Cassa Malattia ai suoi affiliati a titolo informativo.

Questo documento si riferisce alle pagine disponibili sul sito "My Intracomm" (copia del sito alla data del 01/09/2016):

https://myintracomm.ec.europa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/Pages/index.aspx

ATTENZIONE!

I tre documenti ripresi nei vari capitoli, ossia il preventivo dentario, il preventivo per il trattamento ortodontico e la nota di onorari dentistici, sono disponibili (in pdf e nelle varie lingue) alla fine dell'opuscolo originale e NON nella presente traduzione italiana, dove appaiono solo a titolo informativo.

Cure dentarie preventive

Quali sono le regole di rimborso ?

Le cure dentarie preventive (consultazione, detartrasi, otturazione, plombage, devitalizzazione, radiografia dentale e qualsiasi altra cura / chirurgia effettuata nel gabinetto privato del dentista) sono rimborsabili all'80% con un plafond di 750 € per anno civile (dal 1° gennaio al 31 dicembre inclusi), per beneficiario.

Le estrazioni di denti del giudizio in un gabinetto dentistico sono ugualmente rimborsabili e comprese in questo plafond; per contro, quelle effettuate sotto anestesia in ambiente ospedaliero sono rimborsabili con un plafond di 735 € per il primo dente e di 388 € per ciascuno dei tre denti restanti.

Le radiografie effettuate in un gabinetto dentistico sono rimborsabili all'80% e sono comprese nel plafond delle cure dentarie preventive, mentre quelle effettuate in ambiente ospedaliero sono rimborsabili all'85% e non sono quindi comprese in quel plafond.

Vi ricordiamo che lo sbiancamento dei denti o qualsiasi altro trattamento dentario a scopo estetico non è rimborsato dal RCAM.

RIASSUNTO			
Gabinetto dentistico		Ambiente ospedaliero	
Atto	Tasso di rimborso	Atto	Tasso di rimborso
Consultazione, detartrage, otturazione, plombage, devitalizzazione + qualsiasi altra cura / chirurgia	80 % compreso nel plafond dei 750€ per anno civile (dal 1° gennaio al 31 dicembre inclusi) / per beneficiario	Consultazione, detartrage, otturazione, plombage, devitalizzazione + qualsiasi altra cura / chirurgia	80 % compreso nel plafond dei 750€ per anno civile (dal 1° gennaio al 31 dicembre inclusi) / per beneficiario
Radiografie	80 % compreso nel plafond dei 750€ per anno civile (dal 1° gennaio al 31 dicembre inclusi) / per beneficiario	Radiografie	85%
Estrazione dente del giudizio	80 % compreso nel plafond dei 750€ per anno civile (dal 1° gennaio al 31 dicembre inclusi) / per beneficiario	Estrazione dente del giudizio	85 % con un plafond di 735€ per il primo dente e di 388€ per ciascuno dei 3 denti restanti
Cure a scopo estetico	0%	Cure a scopo estetico	0%

Dovete introdurre un'autorizzazione medica?

No, un preventivo dentario non è necessario.

Quali sono le pezze giustificative da aggiungere alla domanda di rimborso ?

Una quietanza / una fattura conforme alla legislazione del paese nel quale è stata emessa, riportante le informazioni seguenti :

- il nome completo del paziente;
- la data, il dettaglio e il prezzo per ogni atto medico effettuato dal dentista;
- il nome e i riferimenti ufficiali del dentista.

Attenzione, le quietanze / fatture possono portare i nomi seguenti :

"Attestation de soins donnés" (BE), "Reçu d'honoraires/CERFA" (FR), "Rechnung" (DE), "Fattura con bollo" (IT), "Mémoire d'honoraires" (LUX), "Regning Tandlægehjælp" (DK), ...

In taluni paesi può accadere che i prestatori di cure siano nell'incapacità di fornire questo tipo di documento. Di conseguenza, il RCAM, dopo analisi del vostro dossier, potrà accettare il rimborso a condizione che voi abbiate introdotto il formulario previsto a tale effetto :

Nota di onorari dentistici (vedi a p. 30 dell'opuscolo originale il pdf nelle seguenti lingue: bg - cs - da - de - el - en - es - et - fi - fr - hr - hu - it - lt - lv - mt - nl - pl - pt - ro - sk - sl - sv).

Se un membro della vostra famiglia è coperto da un sistema nazionale e beneficia della copertura **in complementarietà** da parte del RCAM, dovete fare attenzione alle pezze giustificative supplementari che devono essere allegate al momento della introduzione della vostra domanda di rimborso; in effetti, al fine di permettere al gestore del RCAM di procedere alla tariffazione delle vostre spese, dovete allegare alla domanda:

1/ il conteggio fornito dalla vostra cassa nazionale (mutuelle, "Sécu", caisse primaire, ...) o un giustificativo (se non avete anticipato denaro e avete pagato unicamente la parte che resta a vostro carico) fornito dal prestatario, indicante:

- il cognome e nome del paziente che ha beneficiato del trattamento;

- il tipo cura realizzato dal dentista;
- la data della prestazione;
- l'ammontare pagato e l'ammontare rimborsato / preso in carica dalla cassa nazionale.

Se la cassa nazionale non vi ha rimborsato niente, dovete ottenere un giustificativo che spieghi la ragione del rifiuto e menzioni il nome del paziente, la data e la natura delle cure.

2/ la copia delle fatture / quietanze conformi introdotte presso la cassa nazionale. In effetti, talvolta succede che l'importo indicato nel conteggio corrisponda al prezzo convenzionato e non al prezzo realmente pagato.

Il RCAM si riserva il diritto di richiedere qualsiasi pezza giustificativa originale / complementare nell'ambito di eventuali controlli del vostro dossier di rimborso, e ciò a decorrere dalla data di introduzione della vostra domanda e fino a 18 mesi dopo la data di ricezione del conteggio.

Fate attenzione !

- Quando il dentista vi consegna la ricevuta / la fattura conforme, verificate se il prezzo pagato, il numero del dente e la data delle cure dentarie sono bene indicati e ripartiti per ogni atto dentario.
- Quando introdurrete le vostre spese nel **RCAM in linea**, vogliate scrivere / selezionare **"Cure dentarie per le quali un preventivo dentario non è richiesto"**; in effetti la nostra applicazione vi offre tutte le informazioni utili e necessarie al fine di garantire un trattamento rapido ed efficace da parte del nostro servizio!



Base legale

Capitolo 5 - Cure, trattamenti e protesi dentarie

1. Cure e trattamenti preventivi

Le spese di prevenzione bucco-dentaria, di radiologia, di cure e di chirurgia sono rimborsate all'80% con un plafond di 750 € per anno civile e per beneficiario, a condizione che gli atti siano effettuati da persone abilitate dalle autorità nazionali competenti.

In caso di malattia grave quale cancro, diabete insulinodipendente, valvulopatia (ripercussione a distanza di focolai dentali) che interessi o abbiaripercussioni sulla sfera buccale, le spese sono rimborsate al 100%, dopo parere favorevole congiunto del medico-consiglio e del dentista-consiglio, con un plafond di 1.500 €. Questo importo si applica ugualmente in caso di difficoltà di cure nel bambino iperattivo e nella donna incinta.

Tale importo copre l'insieme delle prestazioni seguenti:

- **Consultazione**
- **Radiografia endobuccale**
- **Radiografia panoramica e teleradiografia effettuate nel gabinetto dentistico¹**
- **Fluorazione**
- **Sigillatura di pozzi e fessure**
- **Detartrasi**
- **Otturazione coronale²**
- **Ricostituzione, falso moncone (a vite o a incastro), inlay e faccette in resina**
- **Devitalizzazione e otturazione radicolare**
- **Estrazione normale, incisione di ascesso, scheggetomia**
- **Estrazione chirurgica, dente incluso, apicectomia, amputazione radicolare, frenectomia³**
- **Anestesia locale o regionale**

Le prestazioni non riprese in questo elenco possono, dopo parere del dentista-consiglio, essere rimborsate all'80% o al 100% in caso di malattia grave, nel limite del plafond annuale.

¹ gli stessi esami, così come lo scanner maxillo-facciale effettuati in clinica, sono rimborsati all'85%.

² le spese relative allo smontaggio sistematico di tutte le otturazioni in amalgama d'argento e la loro sostituzione non sono rimborsabili, tranne se sono danneggiate o se presentano delle recidive.

³ l'estrazione di un dente del giudizio incluso, eseguita in ambiente ospedaliero in anestesia generale o locale, è rimborsata nei limiti e nelle condizioni previsti per gli interventi chirurgici della categoria A2. In caso di estrazione supplementare durante la medesima seduta, il rimborso per dente è limitato alla metà dell'importo rimborsabile della categoria A2 degli interventi chirurgici.

Ortodonzia

Quali sono le regole di rimborso ?

Le spese di trattamento ortodontico sono rimborsabili all'80% con un plafond di 3.300 € per l'insieme del trattamento, a condizione che questo sia iniziato prima della data del 18° compleanno del bambino.

Il RCAM non prevede un rimborso di questo tipo nell'adulto. tranne eccezionalmente per i pazienti che soffrono di patologie gravi.

Le spese ortodontiche comprese in questo plafond sono:

- Le consultazioni presso l'ortodontista
- L'analisi cefalometrica
- I modelli di studio
- Gli apparecchi e i tutori di contenzione (inferiore/superiore), le "plaquette"

N.B. I rimborsi delle spese per radiografie panoramiche e teleradiografie sono compresi nel plafond delle cure dentarie preventive (750 € per anno civile, per beneficiario) se effettuate in un gabinetto dentistico, e rimborsabili all'85% se effettuate in ambiente ospedaliero.

Dovete introdurre una autorizzazione medica?

Sì, un preventivo dentale, accompagnato dai modelli di studio e dalle radiografie, deve essere introdotto e **accordato** preventivamente; basterà far riempire il formulario dal vostro ortodontista e creare una nuova domanda nel menu "autorizzazione medica" nel RCAM in linea.

Preventivo per trattamento ortodontico (vedi a p. 29 del testo originale francese il pdf nelle seguenti lingue: bg - cs - da - de - el - en - es - et - fi - fr - hr - hu - it - lt - lv - mt - nl - pl - pt - ro - sk - sl - sv).

Quali sono le pezze giustificative da allegare alla domanda di rimborso ?

Una quietanza / una fattura conforme alla legislazione del paese nel quale è stata emessa, riportante le informazioni seguenti :

- il nome completo del paziente;
- la data, il dettaglio e il prezzo per ogni atto medico effettuato dall'ortodontista;
- il nome e i riferimenti ufficiali dell'ortodontista.

Attenzione, le quietanze / fatture possono portare i nomi seguenti :

"Attestation de soins donnés" (BE), "Reçu d'honoraires/CERFA" (FR), "Rechnung" (DE), "Fattura con bollo" (IT), "Mémoire d'honoraires" (LUX), "Regning Tandlægehjælp" (DK), ...

Se un membro della vostra famiglia è coperto da un sistema nazionale e beneficia della copertura **in complementarietà** da parte del RCAM, dovete fare attenzione alle pezze giustificative supplementari che devono essere allegate al momento dell'introduzione della vostra domanda di rimborso; in effetti, al fine di permettere al gestore del RCAM di procedere alla tariffazione delle vostre spese dovete allegare alla domanda:

1/ il conteggio fornito dalla vostra cassa nazionale (mutuelle, "Sécu", caisse primaire, ...) o un giustificativo (se non avete anticipato denaro e avete pagato unicamente la parte che resta a vostro carico) fornito dal prestatario, indicante:

- Il cognome e nome del paziente che ha beneficiato del trattamento
- Il tipo di cura realizzata dall'ortodontista
- La data della prestazione
- L'importo pagato e l'importo rimborsato / preso in carica dalla cassa nazionale

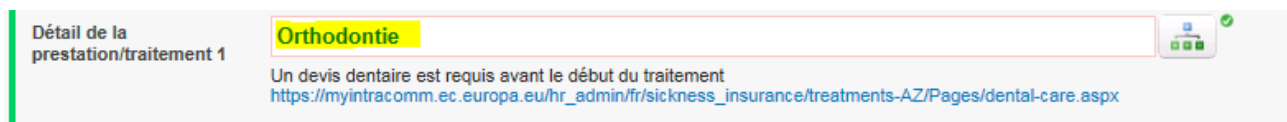
Se la cassa nazionale non vi ha rimborsato niente, dovete ottenere un giustificativo che spieghi la ragione del rifiuto e menzioni il nome del paziente, la data e la natura delle cure.

2/ la copia delle fatture / quietanze conformi introdotte presso la cassa nazionale. In effetti, a volte succede che l'importo indicato nel conteggio corrisponda al prezzo convenzionato e non al prezzo realmente pagato.

Il RCAM si riserva il diritto di richiedere qualsiasi pezza giustificativa originale / complementare nell'ambito di eventuali controlli del vostro dossier di rimborso, e ciò a decorrere dalla data di introduzione della vostra domanda e fino a 18 mesi dopo la data di ricezione del conteggio.

Fate attenzione!

- Al fine di accelerare il trattamento del vostro preventivo, vi consigliamo di chiedere all'ortodontista di inviarvi le radiografie dentali per email affinché possiate telecaricarle facilmente nel RCAM in linea al momento dell'introduzione della vostra autorizzazione medica.
- Quando l'ortodontista vi consegna la quietanza / la fattura conforme, verificate se il prezzo pagato e la data delle cure dentarie sono bene indicati e ripartiti.
- Quando introdurrete le vostre spese nel **RCAM in linea**, vogliate scrivere / selezionare "**Ortodonzia**"; in effetti, la nostra applicazione vi offre tutte le informazioni utili e necessarie al fine di garantire un trattamento rapido ed efficace da parte del nostro servizio!



Base legale

Capitolo 5 - Cure, trattamenti e protesi dentarie

3. Ortodonzia

Le spese di trattamento ortodontico (ortopedia dento-facciale) sono rimborsate all'80% con un plafond di 3.300 € per l'insieme del trattamento (ivi compresa l'analisi cefalometrica, i modelli di studio, le fotografie, le spese di contenzione), a condizione che questo trattamento sia stato preventivamente autorizzato dall'Ufficio liquidatore, su presentazione di un preventivo e dopo parere del dentista-consiglio. Le spese di radiologia fanno l'oggetto di un rimborso separato, conformemente al punto 1 qui sopra.

Il trattamento ortodontico deve iniziare prima della data del compimento de 18^o anno, salvo in caso di malattia grave della sfera buccale, di chirurgia maxillo-facciale, di trauma maxillo-facciale e di problemi gravi di articolazione temporo-mandibolare provati radiologicamente e clinicamente.

Il rimborso di un secondo trattamento può essere autorizzato, nelle medesime condizioni che qui sopra, in caso di:

- **cambiamento del paese di residenza del beneficiario comportante la necessità di ricorrere a un altro medico e se questi è nell'impossibilità di continuare il trattamento in corso secondo la stessa tecnica terapeutica. L'autorizzazione è rilasciata soltanto se il cambiamento del paese di residenza del beneficiario è stabilito da pezze giustificative e se il nuovo trattamento segue, prontamente, il precedente;**
- **morte del medico curante o chiusura del suo gabinetto;**
- **agenesia a partire da 5 denti (denti del giudizio esclusi) per mascella;**
- **chirurgia maxillo-facciale grave con osteosintesi (traumi o tumori);**
- **problemi gravi di articolazione temporo-mandibolare.**

Malattia grave

In caso di malattia grave che interessi o che abbia ripercussioni sulla sfera buccale, dopo parere congiunto del medico-consiglio e del dentista-consiglio, le spese relative ai trattamenti previsti ai punti da 2 a 6 sono rimborsate al 100% nel limite del doppio del plafond previsto per ogni prestazione.

Disposizioni particolari

Per le prestazioni sottoposte ad autorizzazione preventiva, bisogna, salvo casi di urgenza o di forza maggiore, utilizzare i preventivi ufficiali del RCAM. Tranne impossibilità risultante da una disposizione regolamentare nazionale, le note di onorari devono essere stabilite secondo lo stesso schema dei preventivi. Sia le note di onorari che i preventivi devono indicare importi distinti per prestazione nonché il numero dei denti trattati.

Protesi dentarie (es.: corona, ponte, protesi completa, ...)

Quali sono le regole di rimborso?

Le spese di protesi dentarie sono rimborsabili all'80% nel limite degli importi massimi previsti dalla regolamentazione.

Questi plafond di rimborso possono essere rinnovati ogni 6 anni.

N.B.: I rimborsi delle radiografie o qualsiasi altra cura / chirurgia effettuate durante tale trattamento sono compresi nel plafond delle cure dentarie preventive.

Quali sono i diversi plafond previsti?

Protesi congiunte

- Inlay o ceramica, falso moncone fuso: 250 €
 - Corona fusa, cuffia telescopica, corona o elemento metallo-ceramico, faccetta ceramica: 250 €
 - Ancoraggio (barra Dolder: per pilastro): 250 €
 - Corona o "pontique" provvisoria (*): 30 €
- (*) Per la corona provvisoria e le riparazioni su base metallica (cromo-cobalto) gli importi massimi rimborsabili sono raddoppiati (unicamente se approvati con preventivo dentale).**

Riparazione di protesi congiunte

- Posa o riposa di elementi fissi (per elemento): 50 €
- Riparazione di corone o di elementi di ponte (eccetto corone ed elementi provvisori), per elemento: 90 €

Protesi rimovibili

- Placca base resina, grondaia rimovibile per il trattamento dell'apnea (**)
(a esclusione delle grondaie a scopo estetico che non sono rimborsabili):
200 €
- (**) **Da non confondere con la grondaia occlusale per il trattamento contro il bruxismo previsto nella scheda "occlusodonzia".**
- Dente o gancio su base resina: 50 €

- Protesi completa superiore o inferiore: 800 €
- Placca base resina provvisoria: 90 €
- Dente o gancio provvisorio su base resina: 30 €
- Placca metallica fusa (con ganci): 400 €
- Dente su placca metallica (fino a un massimo di 10): 100 €

Riparazione di protesi rimovibili

- Riparazione di una base resina, aggiunta di un dente o di un gancio su base resina o metallica (***) : 60 €
 (***) **Per la corona provvisoria e le riparazioni su base metallica (cromo-cobalto), gli importi massimi rimborsabili sono raddoppiati (unicamente se approvati con preventivo dentale).**
- Ribasatura (parziale o completa / placca resina o metallica): 150 €

Dovete introdurre una autorizzazione medica?

Sì, un preventivo dentale, accompagnato dallo schema e dalle radiografie dentali, deve essere introdotto e **accordato** preventivamente; basta far compilare il formulario dal vostro dentista e creare una nuova domanda nel menu "autorizzazione medica" nel [RCAM in linea](#).

Preventivo dentale (vedi a p. 28 del testo originale francese il pdf nelle seguenti lingue: bg - cs - da - de - el - en - es - et - fi - fr - hr - hu - it - lt - lv - mt -nl - pl - pt - ro - sk - sl - sv)

Quali sono le pezze giustificative da allegare alla domanda di rimborso?

Una quietanza / una fattura conforme alla legislazione del paese nel quale è stata emessa, riportante le informazioni seguenti :

- il nome completo del paziente;
- la data, il dettaglio e il prezzo per ogni atto medico effettuato dal dentista;
- il nome e i riferimenti ufficiali del dentista.

Attenzione, le quietanze / fatture possono portare i nomi seguenti :

"Attestation de soins donnés" (BE), "Reçu d'honoraires/CERFA" (FR), "Rechnung" (DE), "Fattura con bollo" (IT), "Mémoire d'honoraires" (LUX), "Regning Tandlægehjælp" (DK), ...

Se il sistema nazionale del paese di prestazione non prevede rimborso per la protesi in questione, il RCAM, dopo analisi del vostro dossier, potrà accettare il rimborso a condizione che voi abbiate presentato il formulario previsto a tale scopo:

Nota di onorari dentistici (vedi a p. 30 dell'opuscolo originale il pdf del formulario nelle seguenti lingue: bg - cs - da - de - el - en - es - et - fi - fr - hr - hu - it - lt - lv - mt - nl - pl - pt - ro - sk - sl - sv).

Se un membro della vostra famiglia è coperto da un sistema nazionale e beneficia della copertura **in complementarietà** da parte del RCAM, dovete fare attenzione alle pezze giustificative supplementari che devono essere allegate al momento dell'introduzione della vostra domanda di rimborso; in effetti, al fine di permettere al gestore del RCAM di procedere alla tariffazione delle vostre spese, dovete allegare alla domanda:

1/ il conteggio fornito dalla vostra cassa nazionale (mutuelle, "Sécu", caisse primaire, ...) o un giustificativo (se non avete anticipato denaro e avete pagato unicamente la parte che resta a vostro carico) fornito dal prestatario, indicante:

- Il cognome e nome del paziente che ha beneficiato del trattamento
- Il tipo di cura realizzata dal dentista
- La data della prestazione
- L'importo pagato e l'importo rimborsato / preso in carica dalla cassa nazionale

Se la cassa nazionale non vi ha rimborsato niente, dovete ottenere un giustificativo che spieghi la ragione del rifiuto e menzioni il nome del paziente, la data e la natura delle cure.

2/ la copia delle fatture / quietanze conformi introdotte presso la cassa nazionale. In effetti, a volte succede che l'importo indicato nel conteggio corrisponda al prezzo convenzionato e non al prezzo realmente pagato.

Il RCAM si riserva il diritto di richiedere qualsiasi pezza giustificativa originale / complementare nell'ambito di eventuali controlli del vostro dossier di rimborso, e ciò a decorrere dalla data di introduzione della vostra domanda e fino a 18 mesi dopo la data di ricezione del conteggio.

Fate attenzione !

- Al fine di accelerare il trattamento del vostro preventivo, vi consigliamo di chiedere al vostro dentista di inviarvi le radiografie dentali per email affinché possiate telecaricarle facilmente nel RCAM in linea al momento dell'introduzione della vostra autorizzazione medica.
- Quando il dentista vi consegna la quietanza / la fattura conforme, verificate se il prezzo pagato, il numero di dente e la data delle cure dentarie sono bene indicati e ripartiti.
- Quando introdurrete le vostre spese nel **RCAM in linea**, vogliate scrivere / selezionare "**Protesi/Implanto/Corona dentale**"; in effetti, la nostra applicazione vi offre tutte le informazioni utili e necessarie al fine di garantire un trattamento rapido ed efficace da parte del nostro servizio!



Base legale

Capitolo 5 - Cure, trattamenti e protesi dentali

1. Protesi dentali

Le spese di protesi dentali, autorizzate preventivamente su presentazione di un preventivo e dopo parere del dentista-consiglio, sono rimborsate all'80%, nel limite degli importi massimi rimborsabili fissati nella tabella che segue. In caso di urgenza che non permetta l'introduzione di un preventivo, solo le spese relative alle protesi provvisorie sono rimborsate.

Tipo di prestazione	Plafond (€)
1. a) Protesi congiunte	
Inlay oro o ceramica, falso moncone fuso	250
Corona fusa, cuffia telescopica, corona o elemento metallo-ceramico, faccetta ceramica	250
Ancoraggio (Barra Dolder: per pilastro)	250
Corona o "pontique" provvisoria (*)	30
b) Riparazione di protesi congiunte	
Posa o riposa di elementi fissi (per elemento)	50
Riparazione di corone o elementi di ponte (eccetto corone e elementi provvisori) per elemento	90
2. a) Protesi rimovibili	
Placca base resina, grondaia occlusale (escluso la grondaia di "bleaching")	200
Dente o gancio su base resina	50
Protesi completa superiore o inferiore	800
Placca base resina provvisoria	90
Dente o gancio provvisorio su base resina	30
Placca metallica fusa (con i ganci)	400
Dente su placca metallica fusa (fino a 10 max)	100
b) Riparazione di protesi rimovibili	
Riparazione di una base resina, aggiunta (sostituzione) di un dente o di un gancio su base resina o metallica (*)	60
Ribasatura (parziale o completa / placca resina o metallica)	150

(*) Per la corona provvisoria e le riparazioni su base metallica (cromo-cobalto) gli importi massimi rimborsabili sono raddoppiati.

L'autorizzazione di rinnovo delle protesi mobili o fisse che hanno già fatto l'oggetto di un rimborso da parte del Regime, non può essere concessa che al termine di un periodo di 6 anni. Il rimborso si effettua conformemente alle condizioni fissate qui sopra.

Tuttavia, a titolo eccezionale, specialmente in caso di incidente traumatico o di malattia grave (quale il cancro delle mascelle...) che interessi o che abbia ripercussioni sulla sfera buccale e renda

impossibile portare una protesi, i tempi di rinnovo possono essere ridotti, dopo parere del dentista-consiglio, su presentazione di una giustificazione medica dettagliata e di un preventivo.

Malattia grave

In caso di malattia grave che interessi o abbia ripercussioni sulla sfera buccale, dopo parere congiunto del medico-consiglio e del dentista-consiglio, le spese relative ai trattamenti previsti ai punti da 2 a 6 sono rimborsati al 100% nel limite del doppio del plafond previsto per ogni prestazione.

Disposizioni particolari

Per le prestazioni sottoposte ad autorizzazione preventiva, occorre, salvo casi di urgenza o di forza maggiore, utilizzare i preventivi ufficiali del RCAM. Salvo impossibilità risultante da una disposizione regolamentare nazionale, le note di onorari devono essere stabilite secondo lo stesso schema dei preventivi. Sia le note di onorario che i preventivi devono indicare importi distinti per prestazione nonché il numero dei denti trattati.

I preventivi riguardanti i trattamenti di ortodonzia, di parodonzia, le protesi congiunte e gli impianti devono essere accompagnati dalle radiografie e/o dai modelli di studio. Se il dentista-consiglio lo giudica utile, egli può effettuare o far effettuare un controllo fisico del paziente.

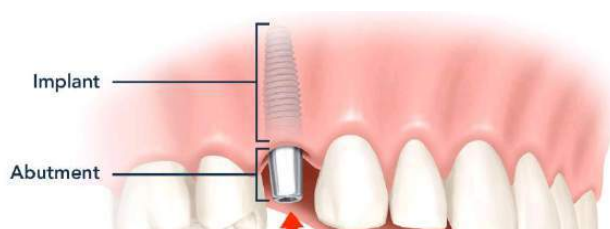
I trattamenti menzionati nel preventivo devono iniziare entro 12 mesi a contare dalla data alla quale essi sono stati autorizzati. Questo termine può eccezionalmente essere prolungato su parere del dentista-consiglio.

Le spese relative ai trattamenti a scopo estetico (quali sbiancamento dei denti, sostituzione sistematica degli amalgami d'argento, faccette sugli incisivi intatti, incrostazioni...) non sono rimborsate.

Impianti

Definizione

Un impianto dentale è una radice artificiale che viene fissata nell'osso della mascella e che è destinata ad accogliere una protesi dentale.



Quali sono le regole di rimborso?

Le spese relative alla posa di un impianto sono rimborsabili all'80% con un plafond di 550 € per impianto. Il rimborso è limitato a 4 impianti per la mascella inferiore e 4 impianti per la mascella superiore, ossia un totale di 8 impianti per beneficiario nel corso della sua vita.

Quali sono gli atti dentali compresi nel plafond di rimborso di un impianto?

- Lo studio preventivo (modelli, analisi)
- L'innesto di osso sintetico, il sinus lift
- Il materiale posato: l'impianto con membrana, la guida chirurgica e il materiale impiegato
- La vite di cicatrizzazione e l'abutment (moncone)
- Le anestesie locali effettuate dal dentista
- L'intervento chirurgico per la posa dell'impianto
- Le spese dentarie applicate dopo qualche mese di osteo-integrazione (controllo, ricerca, ...)

N.B.:

- I rimborsi di radiografie o qualsiasi altra cura / chirurgia effettuate durante questo trattamento sono compresi nel plafond delle **cure dentarie preventive**.
- La corona sull'impianto è rimborsabile all'80% con un plafond di 250 €. Attenzione, che si tratti di una corona su impianto o di una corona

relativa a un altro tipo di trattamento, il rimborso resterà limitato a 250 € rinnovabile ogni 6 anni se un nuovo preventivo dentale è stato introdotto e accordato.

Dovete introdurre un'autorizzazione medica?

Sì, un preventivo dentale, accompagnato dallo schema e dalle radiografie dentali, deve essere introdotto e **accordato** preventivamente; basta far compilare il formulario dal vostro dentista e creare una nuova domanda nel menu "autorizzazione medica" nel [RCAM in linea](#).

Preventivo dentale (v. a p. 28 del testo originale francese il pdf del formulario nelle seguenti lingue: bg - cs- da - de - el - en - es- et - fi - fr - hr - hu - it - lt - lv - mt - nl - pl - pt - ro - sk - sl - sv)

Quali sono le pezze giustificative da allegare alla domanda di rimborso?

Una quietanza / una fattura conforme alla legislazione del paese nel quale è stata emessa, riportante le informazioni seguenti :

- il nome completo del paziente;
- la data, il dettaglio e il prezzo per ogni atto medico effettuato dal dentista;
- il nome e i riferimenti ufficiali del dentista.

Attenzione, le quietanze / fatture possono portare i nomi seguenti :

"Attestation de soins donnés" (BE), "Reçu d'honoraires/CERFA" (FR), "Rechnung" (DE), "Fattura con bollo" (IT), "Mémoire d'honoraires" (LUX), "Regning Tandlægehjælp" (DK), ...

Se il sistema nazionale del paese di prestazione non prevede rimborso per la posa di impianto, il RCAM, dopo analisi del vostro dossier, potrà accettare il rimborso a condizione che voi abbiate presentato il formulario previsto a tale scopo:

Nota di onorari dentistici (vedi a p. 30 dell'opuscolo originale il pdf del formulario nelle seguenti lingue: bg - cs - da - de - el - en - es - et - fi - fr - hr - hu - it - lt - lv - mt -nl - pl - pt - ro - sk - sl - sv).

Se un membro della vostra famiglia è coperto da un sistema nazionale e beneficia della copertura **in complementarietà** da parte del RCAM, dovete fare attenzione alle pezze giustificative supplementari che devono essere allegate al momento dell'introduzione della vostra domanda di rimborso; in effetti, al fine di permettere al gestore del RCAM di procedere alla tariffazione delle vostre spese, dovete allegare alla domanda:

1/ il conteggio fornito dalla vostra cassa nazionale (mutuelle, "Sécu", caisse primaire, ...) o un giustificativo (se non avete anticipato denaro e avete pagato unicamente la parte che resta a vostro carico) fornito dal prestatario, indicante:

- Il cognome e nome del paziente che ha beneficiato del trattamento
- Il tipo di cura realizzata dal dentista
- La data della prestazione
- L'importo pagato e l'importo rimborsato / preso in carica dalla cassa nazionale

Se la cassa nazionale non vi ha rimborsato niente, dovete ottenere un giustificativo che spieghi la ragione del rifiuto e menzioni il nome del paziente, la data e la natura delle cure.

2/ la copia delle fatture / quietanze conformi introdotte presso la cassa nazionale. In effetti, a volte succede che l'importo indicato nel conteggio corrisponda al prezzo convenzionato e non al prezzo realmente pagato.

Il RCAM si riserva il diritto di richiedere qualsiasi pezza giustificativa originale / complementare nell'ambito di eventuali controlli del vostro dossier di rimborso, e ciò a decorrere dalla data di introduzione della vostra domanda e fino a 18 mesi dopo la data di ricezione del conteggio.

Fate attenzione !

- Al fine di accelerare il trattamento del vostro preventivo da parte del dentista-consiglio, vi suggeriamo di chiedere al vostro dentista di inviarvi le radiografie dentali per email affinché possiate telecaricarle facilmente nel RCAM in linea al momento dell'introduzione della vostra autorizzazione medica.
- Quando il dentista vi consegna la quietanza / la fattura conforme, verificate se il prezzo pagato, il numero di dente e la data delle cure dentarie sono bene indicati e ripartiti.

- Quando introdurrete le vostre spese nel **RCAM in linea**, vogliate scrivere / selezionare "**Protesi/Impianto/Corona dentale**"; in effetti, la nostra applicazione vi offre tutte le informazioni utili e necessarie al fine di garantire un trattamento rapido ed efficace da parte del nostro servizio!



Base legale

Capitolo 5 - Cure, trattamenti e protesi dentarie

6. Implantologia

6.1 I trattamenti relativi alla posa di impianti devono essere autorizzati preventivamente dall'Ufficio liquidatore su presentazione di un preventivo e dopo parere del dentista-consiglio.

6.2 Il rimborso è limitato a 4 impianti per mascella, ossia un massimo di 8 impianti per beneficiario, e questo per tutta la sua vita.

6.3 Le prestazioni relative alla posa di impianti sono rimborsate all'80% con un plafond di 550 € per impianto. Le spese relative alla posa di impianti comprendono:

- lo studio preventivo ad eccezione delle radiografie rimborsate separatamente;
- l'innesto di osso sintetico;
- il materiale posato: impianto, abutment (moncone), membrana e materiale sterile monouso;
- le anestesie locali effettuate dal medico;
- l'atto chirurgico per la posa intra-ossea dell'impianto;
- la ricerca e messa a nudo della testa dell'impianto, che avviene alcuni mesi dopo la sua osteo-integrazione.

6.4 Nel caso di posa di impianti in ambiente ospedaliero, ugualmente sottoposto ad autorizzazione preventiva, le spese di

soggiorno, di anestesia generale e le altre spese annesse sono rimborsate alle condizioni previste per ciascuna prestazione, eccetto gli onorari del medico e delle prestazioni menzionate al suddetto paragrafo 6.3.

6.5 Dopo autorizzazione preventiva, le spese relative all'innesto di osso autogeno - obbligatoriamente effettuato da un chirurgo maxillo-facciale - sono rimborsate all'85%, nel limite del plafond per gli interventi chirurgici della categoria B1. Le spese di soggiorno e le altre spese annesse sono rimborsate alle condizioni previste per ciascuna prestazione.

Malattia grave

In caso di malattia grave che interessi o che abbia ripercussioni sulla sfera buccale, dopo parere congiunto del medico-consiglio e del dentista-consiglio, le spese relative ai trattamenti previsti ai punti da 2 a 6 sono rimborsati al 100% nel limite del doppio del plafond previsto per ciascuna prestazione.

Disposizioni particolari

Per le prestazioni sottoposte ad autorizzazione preventiva, occorre, salvo casi di urgenza o di forza maggiore, utilizzare i preventivi ufficiali del RCAM. Salvo impossibilità risultante da una disposizione regolamentare nazionale, le note di onorari devono essere stabilite secondo lo stesso schema dei preventivi. Sia le note di onorario che i preventivi devono indicare importi distinti per prestazione nonché il numero dei denti trattati.

I preventivi riguardanti i trattamenti di ortodonzia, di parodonzia, le protesi congiunte e gli impianti devono essere accompagnati dalle radiografie e/o dai modelli di studio. Se il dentista-consiglio lo giudica utile, egli può effettuare o far effettuare un controllo fisico del paziente.

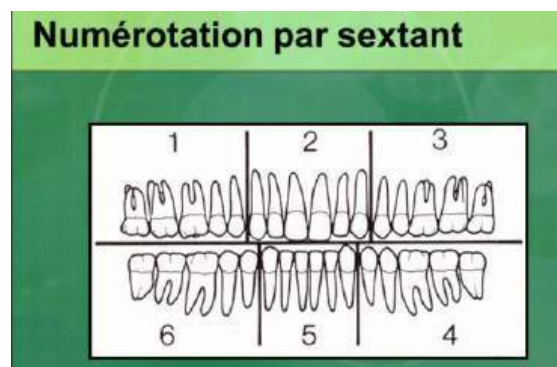
I trattamenti menzionati nel preventivo devono iniziare entro 12 mesi a contare dalla data alla quale essi sono stati autorizzati. Questo termine può eccezionalmente essere prolungato su parere del dentista-consiglio.

Le spese relative ai trattamenti a scopo estetico (quali sbiancamento dei denti, sostituzione sistematica degli amalgami d'argento, faccette sugli incisivi intatti, incrostazioni...) non sono rimborsate.

Parodontia

Quali sono le regole di rimborso?

Le spese di trattamento di parodontia sono rimborsabili all'80% con un plafond di 350 € per sestante (zona della bocca), ossia un totale di 2.100 € per l'intera bocca e per un periodo di 10 anni a contare dall'inizio del trattamento. Alla fine del periodo di 10 anni, il RCAM non rimborserà più nessuna spesa per un periodo di 6 anni, anche se il trattamento dovesse continuare o anche se il plafond non fosse stato raggiunto.



Quali sono gli atti compresi in questo plafond?

- Le consultazioni presso il parodontista
- L'affioramento radicolare
- Il trattamento chirurgico
- Le istruzioni legate al proseguimento del trattamento

N.B.: Le spese relative alle radiografie panoramiche, teleradiografie, consultazioni e bilancio parodontale (DPSI = Dutch Periodontal Screening Index --> Indice di sanità gengivale e parodontale) effettuate da un dentista o un parodontista per valutare se un trattamento deve iniziare, sono rimborsabili all'80% e incluse nel plafond delle **cure dentarie preventive** (750 € per anno civile e per beneficiario). Le radiografie effettuate in ambiente ospedaliero sono rimborsabili all'85%.

Non confondete detartrasi "classica" (**cure dentarie preventive**) e parodontia: si tratta di due trattamenti differenti, rimborsati via 2 plafond diversi.

Vi ricordiamo che lo sbiancamento dei denti o qualsiasi altro trattamento a scopo estetico non sono rimborsabili da parte del RCAM.

Dovete introdurre un'autorizzazione medica preventiva?

Sì, un preventivo dentale, accompagnato da un piano di trattamento dettagliato, deve essere introdotto e **accordato** preventivamente; basta far compilare il formulario dal vostro dentista e creare una nuova domanda nel menu "autorizzazione medica" nel [RCAM in linea](#).

Preventivo dentale (vedi a p. 28 dell'opuscolo originale il pdf del formulario nelle seguenti lingue: bg- cs - da - de - el - en - es- et - fi - fr - hr - hu - it - lt - lv - mt - nl - pl - pt - ro - sk - sl - sv).

Quali sono le pezze giustificative da allegare alla domanda di rimborso?

Una quietanza / una fattura conforme alla legislazione del paese nel quale è stata emessa, riportante le informazioni seguenti:

- il nome completo del paziente;
- la data, il dettaglio e il prezzo per ogni atto medico effettuato dal parodontista;
- il nome e i riferimenti ufficiali del parodontista.

Attenzione, le quietanze / fatture possono portare i nomi seguenti :

"Attestation de soins donnés" (BE), "Reçu d'honoraires/CERFA" (FR), "Rechnung" (DE), "Fattura con bollo" (IT), "Mémoire d'honoraires" (LUX), "Regning Tandlægehjælp" (DK), ...

In alcuni paesi, può avverarsi che il prestatario si trovi nell'incapacità di fornire questo tipo di documento. Di conseguenza, il RCAM, dopo analisi del vostro dossier, potrà accettare il rimborso a condizione che voi abbiate introdotto il formulario previsto a tale effetto:

Nota di onorari dentistici (vedi a p. 30 dell'opuscolo originale il pdf del formulario nelle seguenti lingue: bg - cs - da - de - el - en - es - et - fi - fr - hr - hu - it - lt - lv - mt -nl - pl - pt - ro - sk - sl - sv).

Se un membro della vostra famiglia è coperto da un sistema nazionale e beneficia della copertura **in complementarietà** da parte del RCAM, dovete fare attenzione alle pezze giustificative supplementari che devono essere allegate al momento dell'introduzione della vostra domanda di rimborso; in effetti, al fine di permettere al gestore del RCAM di procedere alla tariffazione delle vostre spese, dovete allegare alla domanda:

1/ il conteggio fornito dalla vostra cassa nazionale (mutuelle, "Sécu", caisse primaire, ...) o un giustificativo (se non avete anticipato denaro e avete pagato unicamente la parte che resta a vostro carico) fornito dal prestatario, indicante:

- Il cognome e nome del paziente che ha beneficiato del trattamento
- Il tipo di cura realizzata dal parodontista
- La data della prestazione
- L'importo pagato e l'importo rimborsato / preso in carica dalla cassa nazionale

Se la cassa nazionale non vi ha rimborsato niente, dovete ottenere un giustificativo che spieghi la ragione del rifiuto e menzioni il nome del paziente, la data e la natura delle cure.

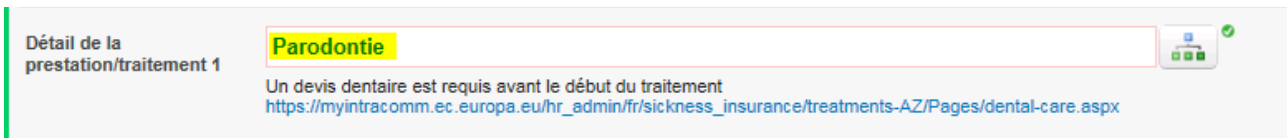
2/ la copia delle fatture / quietanze conformi introdotte presso la cassa nazionale. In effetti, a volte succede che l'importo indicato nel conteggio corrisponda al prezzo convenzionato e non al prezzo realmente pagato.

Il RCAM si riserva il diritto di richiedere qualsiasi pezza giustificativa originale / complementare nell'ambito di eventuali controlli del vostro dossier di rimborso, e ciò a decorrere dalla data di introduzione della vostra domanda e fino a 18 mesi dopo la data di ricezione del conteggio.

Fate attenzione !

- Al fine di accelerare il trattamento del vostro preventivo, vi suggeriamo di chiedere al parodontista di inviarvi le radiografie dentali per email affinché possiate telecaricarle facilmente nel RCAM in linea al momento dell'introduzione della vostra autorizzazione medica.
- Quando il parodontista vi consegna la quietanza / la fattura conforme, verificate se il prezzo pagato, la zona trattata e la data delle cure dentarie sono bene indicati e ripartiti.

- Quando introdurrete le vostre spese nel **RCAM in linea**, vogliate scrivere / selezionare "**Parodontia**"; in effetti, la nostra applicazione vi offre tutte le informazioni utili e necessarie al fine di garantire un trattamento rapido ed efficace da parte del nostro servizio!



Base legale

Capitolo 5 - Cure, trattamenti e protesi dentarie

2. Parodontia

Le spese di trattamento di parodontia preventivamente autorizzate dall'Ufficio liquidatore, su presentazione di un preventivo dettagliato e dopo parere del dentista-consiglio, sono rimborsate all'80% con un plafond di 350 € per sestante, ossia 2.100 € per l'intera bocca e su un periodo di 10 anni. Un secondo rimborso può essere autorizzato alle stesse condizioni, alla fine di un periodo di sei anni a contare dalla data della fine del periodo di 10 anni.

Le spese di radiologia fanno l'oggetto di un rimborso separato, conformemente al punto 1 qui sopra.

Malattia grave

In caso di malattia grave che interessi o abbia ripercussioni sulla sfera buccale, dopo parere congiunto del medico-consiglio e del dentista-consiglio, le spese relative ai trattamenti previsti ai punti da 2 a 6 sono rimborsati al 100% nel limite del doppio del plafond previsto per ciascuna prestazione.

Disposizioni particolari

Per le prestazioni sottoposte ad autorizzazione preventiva, occorre, salvo casi di urgenza o di forza maggiore, utilizzare i preventivi

ufficiali del RCAM. Salvo impossibilità risultante da una disposizione regolamentare nazionale, le note di onorari devono essere stabilite secondo lo stesso schema dei preventivi. Sia le note di onorario che i preventivi devono indicare importi distinti per prestazione nonché il numero dei denti trattati.

I preventivi riguardanti i trattamenti di ortodonzia, di parodonzia, le protesi congiunte e gli impianti devono essere accompagnati dalle radiografie e/o dai modelli di studio. Se il dentista-consiglio lo giudica utile, egli può effettuare o far effettuare un controllo fisico del paziente.

I trattamenti menzionati nel preventivo devono iniziare entro 12 mesi a contare dalla data alla quale essi sono stati autorizzati. Questo termine può eccezionalmente essere prolungato dopo parere del dentista-consiglio.

Le spese relative ai trattamenti a scopo estetico (quali sbiancamento dei denti, sostituzione sistematica degli amalgami d'argento, faccette sugli incisivi intatti, incrostazioni...) non sono rimborsate.

Occlusodonzia

Quali sono le regole di rimborso?

Le spese di trattamento di occlusodonzia sono rimborsabili all'80% con un solo plafond per tutta la vita di 450 € per l'insieme del trattamento.

Quali sono gli atti compresi in questo plafond?

- Lo studio preventivo
- La grondaia occlusale per il trattamento del bruxismo (= digrignamento dei denti)
- Le sedute di controllo e di adattamento dentale dell'apparecchio

N.B.: Quanto ai rimborsi delle spese di radiografie panoramiche e delle teleradiografie, essi sono compresi nel plafond delle **cure dentarie preventive** (750 € per anno civile e per beneficiario) se effettuate in un gabinetto dentistico, e rimborsabili all'85% se effettuate in ambiente ospedaliero.

Vi ricordiamo che lo sbiancamento dei denti o qualsiasi altro trattamento dentario a scopo estetico non sono rimborsabili da parte del RCAM.

Dovete introdurre un'autorizzazione medica?

Sì, un preventivo dentale, accompagnato da un piano di trattamento dettagliato, deve essere introdotto e **accordato** preventivamente; basterà far compilare il formulario dal vostro dentista e creare una nuova domanda nel menu "autorizzazione medica" nel **RCAM in linea**.

Preventivo dentale (vedi a p. 28 dell'opuscolo originale il pdf del formulario nelle seguenti lingue: bg - cs - da - de - el - en - es- et - fi - fr - hr - hu - it - lt - lv - mt - nl - pl - pt - ro - sk - sl - sv).

Quali sono le pezze giustificative da allegare alla domanda di rimborso?

Una quietanza / una fattura conforme alla legislazione del paese nel quale è stata emessa, riportante le informazioni seguenti :

- il nome completo del paziente;
- la data, il dettaglio e il prezzo per ogni atto medico effettuato dal dentista;
- il nome e i riferimenti ufficiali del dentista.

Attenzione, le quietanze / fatture possono portare i nomi seguenti :

"Attestation de soins donnés" (BE), "Reçu d'honoraires/CERFA" (FR), "Rechnung" (DE), "Fattura con bollo" (IT), "Mémoire d'honoraires" (LUX), "Regning Tandlægehjælp" (DK), ...

In alcuni paesi, può avverarsi che il prestatario si trovi nell'incapacità di fornire questo tipo di documento. Di conseguenza, il RCAM, dopo analisi del vostro dossier, potrà accettare il rimborso a condizione che voi abbiate introdotto il formulario previsto a tale effetto:

Nota di onorari dentistici (vedi a p. 30 dell'opuscolo originale il pdf del formulario nelle seguenti lingue: bg - cs - da - de - el - en - es - et - fi - fr - hr - hu - it - lt - lv - mt -nl - pl - pt - ro - sk - sl - sv).

Se un membro della vostra famiglia è coperto da un sistema nazionale e beneficia della copertura [in complementarietà](#) da parte del RCAM, dovete fare attenzione alle pezze giustificative supplementari che devono essere allegate al momento dell'introduzione della vostra domanda di rimborso; in effetti, al fine di permettere al gestore del RCAM di procedere alla tariffazione delle vostre spese, dovete allegare alla domanda:

1/ il conteggio fornito dalla vostra cassa nazionale (mutuelle, "Sécu", caisse primaire, ...) o un giustificativo (se non avete anticipato denaro e avete pagato unicamente la parte che resta a vostro carico) fornito dal prestatario, indicante:

- Il cognome e nome del paziente che ha beneficiato del trattamento
- Il tipo di cura realizzata dal dentista
- La data della prestazione
- L'importo pagato e l'importo rimborsato / preso in carica dalla cassa nazionale

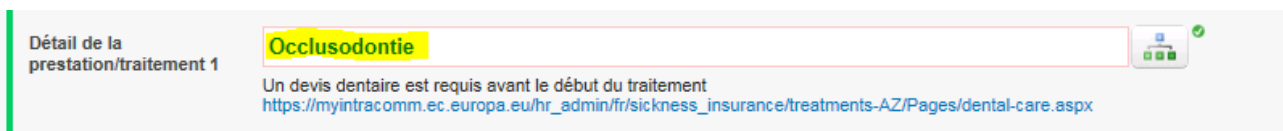
Se la cassa nazionale non vi ha rimborsato niente, dovete ottenere un giustificativo che spieghi la ragione del rifiuto e menzioni il nome del paziente, la data e la natura delle cure.

2/ la copia delle fatture / quietanze conformi introdotte presso la cassa nazionale. In effetti, a volte succede che l'importo indicato nel conteggio corrisponda al prezzo convenzionato e non al prezzo realmente pagato.

Il RCAM si riserva il diritto di richiedere qualsiasi pezza giustificativa originale / complementare nell'ambito di eventuali controlli del vostro dossier di rimborso, e ciò a decorrere dalla data di introduzione della vostra domanda e fino a 18 mesi dopo la data di ricezione del conteggio.

Fate attenzione !

- Quando il vostro dentista vi consegna la quietanza / la fattura conforme, verificate se il prezzo pagato e la data sono bene indicati e ripartiti.
- Quando introdurrete le vostre spese nel **RCAM in linea**, vogliate scrivere / selezionare "**Occlusodontia**"; in effetti, la nostra applicazione vi offre tutte le informazioni utili e necessarie al fine di garantire un trattamento rapido ed efficace da parte del nostro servizio!



Base legale

Capitolo 5 - Cure, trattamenti e protesi dentarie

4. Occlusodontia

Le spese di trattamento nel campo dell'occlusodontia (disturbi dell'occlusione) sono rimborsate all'80% per l'insieme del trattamento a condizione che sia stato preventivamente autorizzato dall'Ufficio liquidatore, su presentazione di un preventivo e dopo parere del dentista-consiglio.

Questo trattamento, che è rimborsabile una sola volta, comprende:

- **lo studio preventivo a eccezione delle radiografie rimborsate conformemente al punto 1 qui sopra;**
- **la grondaia occlusale;**
- **le sedute di controllo dell'apparecchio;**

- **le sedute di equilibratura oclusale.**

Malattia grave

In caso di malattia grave che interessi o abbia ripercussioni sulla sfera buccale, dopo parere congiunto del medico-consiglio e del dentista-consiglio, le spese relative ai trattamenti previsti ai punti da 2 a 6 sono rimborsate al 100% nel limite del doppio del plafond previsto per ciascuna prestazione.

Disposizioni particolari

Per le prestazioni sottoposte ad autorizzazione preventiva, occorre, salvo casi di urgenza o di forza maggiore, utilizzare i preventivi ufficiali del RCAM. Salvo impossibilità risultante da una disposizione regolamentare nazionale, le note di onorari devono essere stabilite secondo lo stesso schema dei preventivi. Sia le note di onorari che i preventivi devono indicare importi distinti per prestazione nonché il numero dei denti trattati.

I preventivi riguardanti i trattamenti di ortodonzia, di parodonzia, le protesi congiunte e gli impianti devono essere accompagnati dalle radiografie e/o dai modelli di studio. Se il dentista-consiglio lo giudica utile, egli può effettuare o far effettuare un controllo fisico del paziente.

I trattamenti menzionati nel preventivo devono iniziare entro 12 mesi a contare dalla data alla quale essi sono stati autorizzati. Questo termine può eccezionalmente essere prolungato su parere del dentista-consiglio.

Le spese relative ai trattamenti a scopo estetico (quali sbiancamento dei denti, sostituzione sistematica degli amalgami d'argento, faccette sugli incisivi intatti, incrostazioni...) non sono rimborsate.



**DEVIS
DEMANDE D'AUTORISATION PRÉALABLE AU TRAITEMENT**

A transmettre à votre Bureau Liquidateur du Régime Commun d'Assurance Maladie (RCAM)

Renseignements OBLIGATOIRES à remplir par l'affilié(e):				
Nom et prénom de l'affilié(e) : N° pers. /pension:.....				
Institution et Lieu d'affectation:..... Adresse de bureau:..... Tél.:.....				
Adresse privée pour les pensionné(e)s:.....				
Date de cessation de fonctions/ date de fin de contrat:.....(Pour les agents temporaires/agents contractuels)				
Devis pour : <input type="checkbox"/> Affilié(e) principal(e) <input type="checkbox"/> conjoint ou partenaire reconnu <input type="checkbox"/> enfant <input type="checkbox"/> personne assimilée à enfant à charge				
A remplir par le praticien traitant				
Plan des travaux prévus	Devis pour (Nom, Prénom) :	Honoraires estimés	Codes RCAM	
	Date de naissance.....			
G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z AA AB AC AD AE AF AG AH AI AJ AK AL AM AN AO AP AQ AR AS AT AU AV AW AX AY AZ BA BB BC BD BE BF BG BH BI BJ BK BL BM BN BO BP BQ BR BS BT BU BV BW BX BY BZ CA CB CC CD CE CF CG CH CI CJ CK CL CM CN CO CP CQ CR CS CT CU CV CW CX CY CZ DA DB DC DD DE DF DG DH DI DJ DK DL DM DN DO DP DQ DR DS DT DU DV DW DX DY DZ EA EB EC ED EE EF EG EH EI EJ EK EL EM EN EO EP EQ ER ES ET EU EV EW EX EY EZ FA FB FC FD FE FF FG FH FI FJ FK FL FM FN FO FP FQ FR FS FT FU FV FW FX FY FZ GA GB GC GD GE GF GG GH GI GJ GK GL GM GN GO GP GQ GR GS GT GU GV GW GX GY GZ HA HB HC HD HE HF HG HH HI HJ HK HL HM HN HO HP HQ HR HS HT HU HV HW HX HY HZ IA IB IC ID IE IF IG IH II IJ IK IL IM IN IO IP IQ IR IS IT IU IV IW IX IY IZ JA JB JC JD JE JF JG JH JI JJ JK JL JM JN JO JP JQ JR JS JT JU JV JW JX JY JZ KA KB KC KD KE KF KG KH KI KJ KK KL KM KN KO KP KQ KR KS KT KU KV KW KX KY KZ LA LB LC LD LE LF LG LH LI LJ LK LL LM LN LO LP LQ LR LS LT LU LV LW LX LY LZ MA MB MC MD ME MF MG MH MI MJ MK ML MN MO MP MQ MR MS MT MU MV MW MX MY MZ NA NB NC ND NE NF NG NH NI NJ NK NL NM NO NP NQ NR NS NT NU NV NW NX NY NZ OA OB OC OD OE OF OG OH OI OJ OK OL OM ON OO OP OQ OR OS OT OU OV OW OX OY OZ PA PB PC PD PE PF PG PH PI PJ PK PL PM PN PO PP PQ PR PS PT PU PV PW PX PY PZ QA QB QC QD QE QF QG QH QI QJ QK QL QM QN QO QP QQ QR QS QT QU QV QW QX QY QZ RA RB RC RD RE RF RG RH RI RJ RK RL RM RN RO RP RQ RR RS RT RU RV RW RX RY RZ SA SB SC SD SE SF SG SH SI SJ SK SL SM SN SO SP SQ SR SS ST SU SV SW SX SY SZ TA TB TC TD TE TF TG TH TI TJ TK TL TM TN TO TP TQ TR TS TU TV TW TX TY TZ UA UB UC UD UE UF UG UH UI UJ UK UL UM UN UO UP UQ UR US UT UY UZ VA VB VC VD VE VF VG VH VI VJ VK VL VM VN VO VP VQ VR VS VT VU VV VW VX VY VZ WA WB WC WD WE WF WG WH WI WJ WK WL WM WN WO WP WQ WR WS WT WU WV WW WX WY WZ XA XB XC XD XE XF XG XH XI XJ XK XL XM XN XO XP XQ XR XS XT XU XV XW XX XY XZ YA YB YC YD YE YF YG YH YI YJ YK YL YM YN YO YP YQ YR YS YT YU YV YW YX YZ ZA ZB ZC ZD ZE ZF ZG ZH ZI ZJ ZK ZL ZM ZN ZO ZP ZQ ZR ZS ZT ZU ZV ZW ZX ZY ZZ	SOINS ET TRAITEMENTS PREVENTIFS (indiquer obligatoirement les N° des dents) <i>À NE COMPLETER QUE SI EN RELATION AVEC PROTHESES OU/ET IMPLANTOLOGIE</i> Consultation 310 Radiographie endobuccale 310 Radiographie panoramique ou téléradiographie 310 Application de Fluor, Scellement des puits et fissures 310 Détartrage 310 Obturation coronaire 310 Reconstitution, faux moignon (avec vis ou tenon), inlays et facettes en résine 310 Dévitalisation et obturation radiculaire 310 Extraction normale, incision d'abcès, esquillectomie 310 Extraction chirurgicale, dent incluse, apectomie, amputation radiculaire, frénectomie 310 Divers (à préciser) 310 PARODONTIE (plan de traitement et zones ; joindre note explicative) 313 OCCLUSODONTIE (plan de traitement ; joindre note explicative) Gouttière occlusale (gouttière de bleaching exclue) 315 PROTHESES (indiquer obligatoirement les numéros des dents) PROTHESES FIXES (schéma et radiographies nécessaires) : Faux moignon coulé, inlay-core 320 Couronne coulée, coiffe télescopique, couronne ou élément céramo-métallique, facette céramique, Inlay or ou céramique 321 Attachement (à préciser) 322 Couronne ou pontique PROVISOIRE 323 Dépose ou repose d'éléments fixes (*), par élément 324 Réparation de couronnes ou d'éléments de bridge (*), par élément 325 PROTHESES AMOVIBLES (schéma nécessaire) : Plaque base résine 330 Dent ou crochet sur base résine 331 Prothèse complète supérieure ou inférieure 332 Plaque base résine PROVISOIRE 333 Dent ou crochet PROVISOIRE sur base résine 334 Plaque métallique coulée (crochets compris) 335 Dent sur plaque métallique coulée (jusqu'à 10 maximum) 336 Réparation d'une base résine, adjonction (remplacement) d'une dent ou d'un crochet sur base résine ou métallique 337 Rebasage (partiel ou complet / plaque résine ou métallique) 338 IMPLANTOLOGIE (schéma et radiographies nécessaires) : Etude préalable (**) Greffe d'os autogène par chirurgien maxillo-facial 350 Matériel posé (implant, abutment, os synthétique, membrane et le matériel stérile jetable,) (**) Anesthésies locales, (**) Acte chirurgical, (**) Recherche et mise à nu de la tête de l'implant (**) Divers (à préciser) (**) (*) à l'exception des couronnes et éléments provisoires (**) Codes à remplir par le dentiste conseil du RCAM: 341 - 342 - 343 - 344 / 351 - 352 - 353 - 354			
	Signature de l'affilié(e)	Cachet du praticien traitant avec n° tél. et pays svp (obligatoire)	Total des honoraires estimés:	
	Le.....	Date : Signature:	(préciser la devise et le pays)	
			En cas de couverture au titre de la complémentarité, joindre copie du devis de la caisse primaire ou de la lettre de refus dûment motivé	

L'approbation de ce devis n'engage le Bureau liquidateur que si toutes les dispositions réglementaires sont respectées.
 Traitement conforme au Règlement 45/2001 - https://mvintracomm.ec.europa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/sources/Pages/index.aspx



**DEVIS ORTHODONTIQUE
DEMANDE D'AUTORISATION PREALABLE AU TRAITEMENT**

à envoyer au Bureau Liquidateur concerné

Renseignements OBLIGATOIRES à remplir par l'affilié(e):

Nom et prénom de l'affilié(e) : N° pers. /pension:.....
 Institution et Lieu d'affectation:..... Adresse de bureau:..... Tél:.....
 Adresse privée pour les pensionné(e)s:.....
 Date de cessation de fonctions/ date de fin de contrat:.....(Pour les agents temporaires/agents contractuels)

Traitement pour :

Affilié(e) principal(e) conjoint ou partenaire reconnu enfant personne assimilée à enfant à charge

Date Signature de l'affilié(e)

(* Le traitement doit débiter avant l'âge de 18 ans)

Projet de Traitement Orthodontique
à remplir par le praticien

Traitement pour :

Nom, Prénom : Date de naissance:.....(*)

<p>Identification du praticien traitant (nom/prénom et adresse/pays - mentions obligatoires):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Tél.</p>	<p>Durée probable du traitement</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Honoraires globaux prévus par le praticien: (préciser la devise et le pays)</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Cachet du praticien traitant</p> <p>.....</p> <p>Date Signature.....</p>	<p>Anomalies constatées</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

<p>Réservé au dentiste-conseil de l'UE</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Date Visa</p>	<p>Réservé au Bureau Liquidateur</p> <p>Motif du refus éventuel.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Date</p>
---	---

En cas de couverture au titre de la complémentarité, joindre copie du devis de la caisse primaire ou de la lettre de refus dûment motivé.

L'approbation de ce devis n'engage le Bureau Liquidateur que si toutes les dispositions réglementaires sont respectées.

Traitement conforme au Règlement 45/2001 https://myintracom.ec.europa.eu/hr_admin/vit/sickness_insurance/sources/Pages/index.aspx



NOTE D'HONORAIRES DENTAIRES
A joindre, le cas échéant, au reçu délivré conformément à la législation nationale
 A envoyer à votre Bureau Liquidateur du Régime Commun d'Assurance Maladie (RCAM)
A joindre à un formulaire de demande de remboursement

Renseignements OBLIGATOIRES à remplir par l'affilié(e):			
Nom et prénom de l'affilié(e) : N° pers. /pension:.....			
Institution et Lieu d'affectation:..... Adresse de bureau:..... Tél.:.....			
Adresse privée pour les pensionné(e)s:.....			
Date de cessation de fonctions/ date de fin de contrat:..... (Pour les agents temporaires/agents contractuels)			
Note d'honoraires pour : <input type="checkbox"/> Affilié(e) principal(e) <input type="checkbox"/> conjoint ou partenaire reconnu <input type="checkbox"/> enfant <input type="checkbox"/> personne assimilée à enfant à charge			
Plan des travaux réalisés	A remplir par le praticien traitant		Codes RCAM
	Note d'honoraires pour : (Nom, Prénom) :.....	Honoraires	
	Date de naissance.....		
SCHÉMA OBLIGATOIRE	SOINS ET TRAITEMENTS PREVENTIFS (indiquer obligatoirement les N° des dents)		
H 18 - 17 - 16 - 15 - 14 - 13 - 12 - 11 G 21 - 22 - 23 - 24 - 25 - 26 - 27 - 28 D 48 - 47 - 46 - 45 - 44 - 43 - 42 - 41 B	Consultation.....	310	
	Radiographie endobuccale.....	310	
	Radiographie panoramique ou téléradiographie.....	310	
	Application de Fluor, Scellement des puits et fissures.....	310	
	Détartrage.....	310	
	Obturation coronaire.....	310	
	Reconstitution, faux moignon (avec vis ou tenon), inlays et facettes en résine.....	310	
	Dévitalisation et obturation radiculaire.....	310	
	Extraction normale, incision d'abcès, esquillectomie.....	310	
	Extraction chirurgicale, dent incluse, apéctomie, amputation radiculaire, frénectomie.....	310	
	Divers (à préciser).....	310	
	PARODONTIE (plan de traitement et zones ; joindre note explicative)	313	
	OCCLUSODONTIE (plan de traitement ; joindre note explicative)		
	Gouttière occlusale (gouttière de bleaching exclue).....	315	
	PROTHESES (indiquer obligatoirement les numéros des dents)		
PROTHESES FIXES (schéma et radiographies nécessaires) :			
Faux moignon coulé, inlay-core.....	320		
Couronne coulée, coiffe télescopique, couronne ou élément céramo-métallique, facette céramique, Inlay or ou céramique.....	321		
Attachement (à préciser).....	322		
Couronne ou pontique PROVISOIRE.....	323		
Dépose ou repose d'éléments fixes (*), par élément.....	324		
Réparation de couronnes ou d'éléments de bridge (*), par élément.....	325		
PROTHESES AMOVIBLES (schéma nécessaire) :			
Plaque base résine.....	330		
Dent ou crochet sur base résine.....	331		
Prothèse complète supérieure ou inférieure.....	332		
Plaque base résine PROVISOIRE.....	333		
Dent ou crochet PROVISOIRE sur base résine.....	334		
Plaque métallique coulée (crochets compris).....	335		
Dent sur plaque métallique coulée (jusqu'à 10 maximum).....	336		
Réparation d'une base résine, adjonction (remplacement) d'une dent ou d'un crochet sur base résine ou métallique.....	337		
Rebasage (partiel ou complet / plaque résine ou métallique).....	338		
IMPLANTOLOGIE (schéma et radiographies nécessaires) :			
Etude préalable.....(**)		
Grefe d'os autogène par chirurgien maxillo-facial.....	350		
Matériel posé (implant, abutment, os synthétique, membrane et le matériel stérile jetable.).....(**)		
Anesthésies locales,.....(**)		
Acte chirurgical,.....(**)		
Recherche et mise à nu de la tête de l'implant.....(**)		
Divers (à préciser).....(**)		
(*) à l'exception des couronnes et éléments provisoires (***) Codes à remplir par le dentiste conseil du RCAM: 341 - 342 - 343 - 344 / 351 - 352 - 353 - 354			
Cachet du praticien traitant avec n° tél. et pays svp (obligatoire)	Total des honoraires :		
	(préciser la devise et le pays)		
	Je certifie avoir effectué du au les soins et/ou prothèses indiqués ci-dessus et en avoir reçu les honoraires correspondants		
	Date : Signature:		

Le Bureau Liquidateur ne s'engage au remboursement que si toutes les dispositions réglementaires sont respectées.
 Traitement conforme au Règlement 45/2001 - https://myintracom.ec.europa.eu/hr_admin/ft/sickness_insurance/sources/Pages/index.aspx