



RCAM/JSIS– MEDICINA DENTÁRIA (FORMULÁRIO ÚNICO)

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

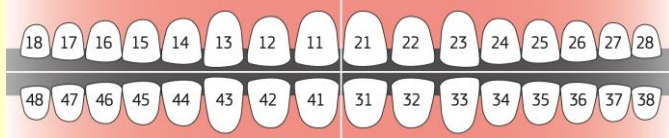
- Estimativa dos honorários***
OU
- Fatura* de:** Nome próprio e apelido:
- Data de nascimento:

* *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 abscesso, esquirolecemia
- Extração cirúrgica, dente incluso, apetomia, amputação radicular, frenetomia
- Outros (especificar)

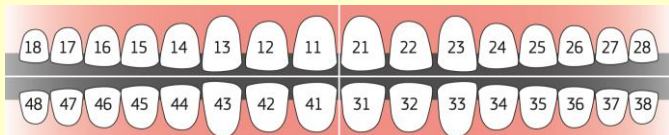
/
/
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

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

/
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....

OCLUSODONTIA

Use apenas a coluna respetiva

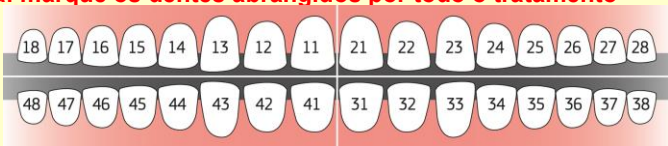
▲ **Para uma estimativa: queira anexar uma nota com o plano de tratamento**

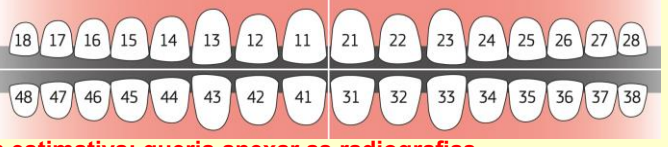
- Placa oclusal
- Aparelho de avanço mandibular para SAOS

ESTIMATIVA

HONORÁRIOS

.....
.....

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 <p>Falso coto, com incrustação em ouro, cerâmica ou resina (indireto)</p> <p>Coroa fundida, coifa telescópica, coroa ou elemento cerâmico-metálico, faceta cerâmica ou de resina (indireto)</p> <p>Anexo (especificar)</p> <p>Coroa temporária ou pântico (incluindo inserção ou remoção)</p> <p>Remoção ou recolocação de elementos fixos, por elemento</p> <p>Reparação de coroas ou de elementos de ponte, por elemento</p> • PRÓTESES MÓVEIS <p>Placa de base em resina acrílica</p> <p>Dente ou gancho em resina acrílica</p> <p>Prótese total superior ou inferior</p> <p>Placa provisória em resina acrílica</p> <p>Dente ou gancho provisório em resina acrílica</p> <p>Placa metálica (incluindo ganchos)</p> <p>Dente em placa metálica</p> <p>Reparação de uma placa em resina acrílica, acréscimo (ou substituição) de um dente ou gancho em resina acrílica ou em placa metálica</p> <p>Rebasagem (parcial ou completa/resina acrílica ou placa metálica)</p> 	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 anomalia 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"/> Confirmo 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>