



RCAM/JSIS – FORMULAIRE UNIQUE DENTISTERIE

A REMPLIR PAR L’AFFILIE(E)

Nom de l’affilié(e): N° personnel/pension:

Note d’honoraires/devis pour : affilié(e) principal(e) conjoint/partenaire reconnu enfant à charge ou assimilé

- Pour introduire **une demande d’autorisation préalable**, veuillez envoyer ce formulaire avec la **partie "devis"** complétée et les annexes demandées au bureau liquidateur.
- Pour introduire une **demande de remboursement**, veuillez joindre ce formulaire avec la **partie "honoraires"** complétée, la facture/reçu/attestation de soins et les annexes demandées. En cas de couverture au titre de la complémentarité, joindre également le décompte ou la lettre de refus de la caisse primaire.

Le RCAM ne s’engage au remboursement que si toutes les dispositions réglementaires sont respectées:
plus d’informations sur: <https://myintracomm.ec.europa.eu/staff/FR/health>

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN TRAITANT

- Devis estimatif***
- OU**
- Note d’honoraires*** pour : Nom, Prénom:
- Date de naissance:

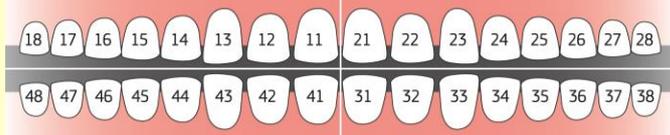
* Choisir une case

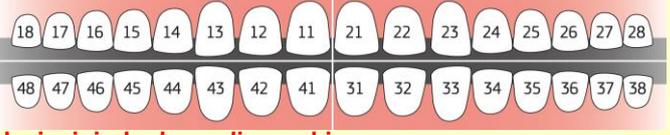
SOINS ET TRAITEMENTS PREVENTIFS		Utiliser la colonne concernée uniquement		
<p>▼ Schéma: cocher les dents concernées pour l’ensemble des soins</p>		<p>Numéro(s) de dent(s) par traitement</p>	<p>DEVIS</p> <p><i>Ne compléter que pour les soins en lien avec prothèses ou implantologie</i></p>	<p>HONORAIRES</p>
<p>Consultation</p> <p>Radiographie endobuccale</p> <p>Radiographie panoramique, téléradiographie, CBCT</p> <p>Application de Fluor, Scellement des puits et fissures</p> <p>Détartrage.....</p> <p>Obturation coronaire</p> <p>Reconstitution directe, faux moignon (vis ou tenon), inlays et facettes en résine.....</p> <p>Dévitalisation et obturation radiculaire</p> <p>Extraction normale, incision d’abcès, esquillectomie</p> <p>Extraction chirurgicale, dent incluse, apectomie, amputation radiculaire, frénectomie</p> <p>Divers (à préciser)</p>				

PARODONTIE		Utiliser la colonne concernée uniquement		
<p>▼ Schéma: cocher les quadrants concernés pour l’ensemble des soins</p> <p>▲ Pour un devis: joindre une note décrivant le plan de traitement</p>		<p>Quadrant(s)</p>	<p>DEVIS</p>	<p>HONORAIRES</p>
<p>Bilan parodontal (DPSI)</p> <p>Surfaçage radiculaire</p> <p>Traitement chirurgical</p> <p>Contention parodontale coulée</p>				

OCCLUSODONTIE		Utiliser la colonne concernée uniquement	
<p>▲ Pour un devis: joindre une note décrivant le plan de traitement</p>		<p>DEVIS</p>	<p>HONORAIRES</p>
<p>Gouttière occlusale</p> <p>Dispositif d’avancement mandibulaire pour OSAS</p>			

SUITE au VERSO →

PROTHESES		Utiliser la colonne concernée uniquement	
<p>▼ Schéma: cocher les dents concernées pour l'ensemble des soins</p>  <p>▲ Pour un devis: joindre les radiographies</p> <ul style="list-style-type: none"> • PROTHESES FIXES Faux moignon coulé, inlay-core, inlay or, céramique ou résine (indirecte) Couronne coulée, coiffe télescopique, couronne ou élément céramo-métallique, facette céramique ou résine (indirecte) Attachement (à préciser) Couronne ou pontique provisoire (y compris pose et dépose) Dépose ou repose d'éléments fixes, par élément Réparation de couronnes ou d'éléments de bridge, par élément • PROTHESES AMOVIBLES Plaque base résine Dent ou crochet sur base résine Prothèse complète supérieure ou inférieure Plaque base résine PROVISOIRE Dent ou crochet PROVISOIRE sur base résine Plaque métallique coulée (crochets compris) Dent sur plaque métallique coulée Réparation d'une base résine, adjonction (remplacement) d'une dent ou d'un crochet sur base résine ou métallique Rebasage (partiel ou complet / plaque résine ou métallique) 	Numéro(s) de dent(s) par traitement	DEVIS	HONORAIRES

IMPLANTOLOGIE		Utiliser la colonne concernée uniquement	
<p>▼ Schéma: cocher les dents concernées pour l'ensemble des soins</p>  <p>▲ Pour un devis: joindre les radiographies</p> <p>Greffe d'os autogène Pose d'implant y compris étude préalable, implant, abutment, os synthétique, membrane, matériel stérile jetable, anesthésies locales, acte chirurgical, mise à nu tête d'implant, chirurgie gingivale pré-prothétique Divers (à préciser)</p>	Sites implantaires	DEVIS	HONORAIRES

ORTHODONTIE		Utiliser la colonne concernée uniquement	
<p>▲ Pour un devis : joindre une note explicative décrivant les anomalies constatées, la durée et le plan de traitement</p> <p>Etude préalable/modèles d'études <i>pour l'établissement d'un diagnostic/plan de traitement</i> / Radiographies/analyses céphalométriques <i>pour établissement d'un diagnostic/plan de traitement</i> / Honoraires pour le traitement y compris visites de contrôle, appareils et attelles de contention inférieures/supérieures, plaquettes, analyses céphalométriques/modèles d'études <i>complémentaires</i> /</p>		DEVIS	HONORAIRES

Cachet du praticien traitant avec n° téléphone et pays (obligatoire) Date : Signature du praticien :	Total devis : <i>(préciser devise et pays)</i>
	Total des honoraires : <i>(préciser devise et pays)</i> <input type="checkbox"/> Je certifie avoir effectué du au les soins/traitements indiqués ci-dessus et en avoir reçu les honoraires correspondants*. <input type="checkbox"/> Je joins l'attestation de soin/le reçu/la facture délivré(e) conformément à la législation nationale* = attestation de soins donnés * déclaration obligatoire