ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΕΞΟΔΩΝ
ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚ ΤΩΝ ΠΡΟΤΕΡΩΝ ΕΓΚΡΙΣΗ

Να αποσταλεί στο αρμόδιο Γραφείο Εκκαθάρισης του Κοινού Συστήματος Υγειονομικής Ασφάλισης

ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ στοιχεία που παρέχονται από τον ασφαλισμένο:

Ονοματεπώνυμο του ασφαλισμένου: Κα/Δις/Κος:.. .... Αριθ. προσωπ./ μητρώου συντάξεων:....................... Θεσμικό όργανο και τόπος διορισμού:... Διεύθυνση γραφείου: .... Τηλ.:...

Για τους συνταξιούχους, διεύθυνση κατοικίας:

Ημερομηνία λήξης καθηκόντων/ ημερομηνία λήξης της σύμβασης:.................................. (για έκτακτους υπαλλήλους ή συμβασιούχους)

Εκτίμηση εξόδων : ☐ ασφαλισμένου ☐ συζύγου ή αναγνωρισμένου συντρόφου ☐ τέκνου ☐ προσώπου εξομοιούμενου με συντηρούμενο τέκνο

Προτεινόμενες οδοντικές εργασίες

ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΟ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ

Άνω: 18 – 17 – 16 – 15 – 14 – 13 – 12 – 11 | 21 – 22 – 23 – 24 – 25 – 26 – 27 – 28

Δ -- Α

Κάτω: 48 – 47 – 46 – 45 – 44 – 43 – 42 – 41 | 31 – 32 – 33 – 34 – 35 – 36 – 37 – 38

Συμπληρώνεται από τον θεράποντα επαγγελματία

Εκτίμηση εξόδων : Ονοματεπώνυμο του ασφαλισμένου:.. Ημερομηνία γέννησης:..	**Προβλεπόμενη αμοιβή**	**Κωδικός ΚΣΥΑ**
ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ *(αναφέρεται υποχρεωτικά ο αριθμός δοντιού)*		
ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΜΟΝΟ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΟΔΟΝΤΙΚΩΝ ΠΡΟΘΕΣΕΩΝ Η/ΚΑΙ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΩΝ		
Επίσκεψη σε ιατρείο	....	310
Ενδοστοματική ακτινογραφία	....	310
Πανοραμική ακτινογραφία και τηλεακτινογραφία..	....	310
Φθορίωση	....	310
Σφράγιση κοιλοτήτων και ρηγμάτων	....	310
Αποτρύγωση (καθαρισμός)	....	310
Σφράγισμα	....	310
Αποκατάσταση, ψευδοκολόβωμα (με βίδα ή άξονα), ένθετα και κολλητές επιφάνειες ρητίνης	....	310
Απονεύρωση και σφράγισμα ρίζας..	....	310
Κανονική εξαγωγή, διάνοιξη αποστήματος, εκτομή σκλήθρας	....	310
Χειρουργική εξαγωγή, έγκλειστο δόντι, ακρορριζεκτομή, ριζεκτομή, εκτομή χαλινού...........................	....	310
Άλλο (να διευκρινιστεί)	....	310
ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ *(προβλεπόμενη θεραπεία και περιοχές· επισυνάψτε επεξηγηματικό σημείωμα)*	....	313
ΟΔΟΝΤΙΚΗ ΣΥΓΚΛΕΙΣΗ *(προβλεπόμενη θεραπεία· επισυνάψτε επεξηγηματικό σημείωμα)*		
Νάρθηκας σύγκλεισης (εξαιρουμένου του νάρθηκα λεύκανσης)	....	315
ΟΔΟΝΤΙΚΗ ΠΡΟΘΕΣΗ ***(αναφέρεται υποχρεωτικά ο αριθμός δοντιού)***		
ΣΤΑΘΕΡΕΣ ΟΔΟΝΤΙΚΕΣ ΠΡΟΘΕΣΕΙΣ ***(απαιτούνται διάγραμμα και ακτινογραφίες)***:		
Χυτό ψευδοκολόβωμα, inlay-core	....	320
Χυτή κορώνα, τηλεσκοπική κορώνα, κεραμομεταλλική κορώνα ή στοιχείο, κεραμική κολλητή επιφάνεια, Ένθετο χρυσό ή κεραμικό	....	321
Προσάρτημα στήριξης (ράβδος Dolder : ανά στήριγμα)	....	322
ΠΡΟΣΩΡΙΝΗ κορώνα ή γέφυρα	....	323
Αφαίρεση ή επανατοποθέτηση σταθερών στοιχείων (*), ανά στοιχείο..	....	324
Επισκευή κορωνών ή στοιχείων γέφυρας (*), ανά στοιχείο..	....	325
ΑΦΑΙΡΕΤΕΣ ΟΔΟΝΤΙΚΕΣ ΠΡΟΘΕΣΕΙΣ ***(απαιτείται διάγραμμα)***:		
Πλάκα με βάση ρητίνης	....	330
Δόντι ή άγκιστρο με βάση ρητίνης	....	331
Ολική οδοντοστοιχία άνω ή κάτω γνάθου	....	332
ΠΡΟΣΩΡΙΝΗ πλάκα με βάση ρητίνης	....	333
ΠΡΟΣΩΡΙΝΟ δόντι ή άγκιστρο με βάση ρητίνης	....	334
Χυτή μεταλλική πλάκα (με τα άγκιστρα)	....	335
Δόντι επί χυτής μεταλλικής πλάκας (μέχρι 10)		
Επιδιόρθωση βάσης ρητίνης, πρόσθεση (αντικατάσταση) δοντιού ή αγκίστρου με	....	336
βάση ρητίνης ή μεταλλική βάση	....	337
Επανόρθωση (μερική ή ολική / πλάκα ρητίνης ή μεταλλική)	....	338
ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΑ ***(απαιτούνται διάγραμμα και ακτινογραφίες)***:		
Προκαταρκτική μελέτη	....	..........(**)
μεταμόσχευση αυτοφυούς οστού η οποία γίνεται υποχρεωτικά από χειρουργό της γνάθου και του προσώπου	....	350
Υλικό εμφύτευσης: εμφύτευμα, στηρικτική δομή, συνθετικό οστό, μεμβράνη και αποστειρωμένος εξοπλισμός μιας χρήσης	....	..........(**)
Τοπική αναισθησία..	....	..........(**)
Χειρουργική επέμβαση	....	..........(**)
Έρευνα και απογύμνωση του άνω μέρους του εμφυτεύματος	....	..........(**)
Άλλο (να διευκρινιστεί)	....	..........(**)

(*) εκτός προσωρινών κορωνών και στοιχείων

(**) Να συμπληρωθούν οι κωδικοί από τον οδοντίατρο σύμβουλο του ΚΣΥΑ:
341 – 342 – 343 – 344 / 351 – 352 – 353 - 354

Υπογραφή του ασφαλισμένου

....

Ημερομηνία:

....

Σφραγίδα του οδοντιάτρου, με αριθμό τηλεφώνου και χώρα (υποχρεωτικά)

Ημερομηνία : .... Υπογραφή: ....

Προβλεπόμενη συνολική αμοιβή: ....

(διευκρινίζεται το νόμισμα και η χώρα)

Εάν πρόκειται για συμπληρωματική κάλυψη, παρακαλείστε να **επισυνάψετε** αντίγραφο της εκτίμησης εξόδων από το σύστημα κύριας ασφάλισης ή της επιστολής με την αιτιολογημένη άρνηση συμμετοχής του

Η έγκριση της παρούσας εκτίμησης εξόδων δεν δεσμεύει το Γραφείο Εκκαθάρισης, εκτός και αν πληρούνται όλες οι κανονιστικές διατάξεις.

Επεξεργασία δεδομένων σύμφωνα με τον κανονισμό 45/2001 - http://myintracomm.ec.europa.eu/hr_admin/en/sickness_insurance/sources/Pages/index.aspx#dataprotection