



**ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΕΞΟΔΩΝ ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ
ΑΙΤΗΣΗ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗΣ ΕΓΚΡΙΣΗΣ**

Το παρόν έντυπο πρέπει να αποσταλεί στο αρμόδιο γραφείο εκκαθάρισης

ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ στοιχεία που παρέχονται από τον ασφαλισμένο:

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

Για τους συνταξιούχους, διεύθυνση **κατοικίας**:.....

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

Θεραπεία του :

ασφαλισμένου συζύγου ή αναγνωρισμένου συντρόφου τέκνου προσώπου εξομοιούμενου με συντηρούμενο τέκνο

Ημερομηνία Υπογραφή του ασφαλισμένου

(*) η θεραπεία πρέπει να αρχίσει πριν από την ηλικία των 18 ετών

**ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ
ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΟ**

Θεραπεία του :

Όνοματεπώνυμο:..... Ημερομηνία γέννησης:..... (*)

Στοιχεία του θεράποντος ορθοδοντικού

(ονοματεπώνυμο και διεύθυνση / χώρα -
υποχρεωτικές ενδείξεις):

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

Τηλ:

Σφραγίδα του ορθοδοντικού:

Ημερομηνία Υπογραφή

Πιθανή διάρκεια της θεραπείας:

.....
.....

Εκτιμώμενη από τον ορθοδοντικό συνολική αμοιβή:

.....
.....

(διευκρινίζεται το νόμισμα και η χώρα)

Διαπιστωθείσες ανωμαλίες:

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

Συμπληρώνεται από τον **οδοντίατρο σύμβουλο** της ΕΕ

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

Ημερομηνία Έγκριση

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟ ΓΡΑΦΕΙΟ ΕΚΚΑΘΑΡΙΣΗΣ

Λόγοι απόρριψης:
.....
.....

Ημερομηνία

Σε περίπτωση συμπληρωματικής κάλυψης, παρακαλείστε να επισυνάψετε αντίγραφο της εκτίμησης των εξόδων από το βασικό ταμείο ασφάλισης ή επιστολή απόρριψης δεόντως αιτιολογημένης.

Η έγκριση της εν λόγω εκτίμησης των εξόδων δεν είναι δεσμευτική για το Γραφείο Εκκαθάρισης, παρά μόνον εφόσον έχουν τηρηθεί όλες οι κανονιστικές διατάξεις.

Επεξεργασία δεδομένων σύμφωνα με τον κανονισμό 45/2001 - https://intracomm.ec.europa.eu/pers_admin/sick_insur/pdf/confidentialite_en_art72_73.pdf