

Dentisterie

Soins préventifs dentaires 3

(Plombage, dévitalisation, détartrage, radio dentaire, ...)

Orthodontie 7

(Appareil dentaire pour enfant, ...)

Prothèses dentaires 11

(Couronne, bridge, inlay, prothèse complète, ...)

Pose d'implants 16

(Racine artificielle, ...)

Parodontie 20

(Traitement de la gencive chez l'adulte, ...)

Occlusodontie 24

(Gouttière occlusale, ...)

Formulaires 28→30

(Devis dentaire, devis pour traitement orthodontique, note d'honoraires dentaire)

IMPORTANT

Document à **usage interne** donné par la caisse maladie à ses affiliés à titre informatif.

Ce document se réfère aux pages disponibles sur le site "My Intracomm" (copie du site à la date du 01/09/2016):

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

Les trois documents repris dans les différents chapitres, à savoir le devis dentaire, le devis pour traitement orthodontique et la note d'honoraire dentaire, sont disponibles à la fin de cette brochure.

Soins préventifs dentaires

Quelles sont les règles de remboursement ?

Les soins préventifs dentaires (consultation, détartrage, obturation, plombage, dévitalisation, radio dentaire et tout autre soin / chirurgie effectué dans le cabinet privé du dentiste sont remboursables à 80 % avec un plafond de 750 € par année civile (du 1er janvier au 31 décembre inclus), par bénéficiaire.

Les extractions de dents de sagesse dans un cabinet dentaire sont également remboursables et comprises dans ce plafond; par contre, celles effectuées sous anesthésie en milieu hospitalier sont remboursables avec un plafond de 735 € pour la première dent et de 388 € pour chacune des 3 dents restantes.

Les radios effectuées dans un cabinet dentaire sont remboursables à 80% et sont comprises dans le plafond des soins préventifs dentaires tandis que celles effectuées en milieu hospitalier sont remboursables à 85% et ne sont donc pas comprises dans ce plafond.

Nous vous rappelons que le blanchiment de dents ou tout autre traitement dentaire à visée esthétique ne sont pas remboursables par le RCAM.

RECAPITULATIF			
Cabinet dentaire		Milieu hospitalier	
Acte	Taux de remboursement	Acte	Taux de remboursement
Consultation, détartrage, obturation, plombage, dévitalisation + tout autre soin /chirurgie	80 % compris dans le plafond des 750 € par année civile (du 1er janvier au 31 décembre inclus)/par bénéficiaire	Consultation, détartrage, obturation, plombage, dévitalisation + tout autre soin /chirurgie	80 % compris dans le plafond des 750 € par année civile (du 1er janvier au 31 décembre inclus)/par bénéficiaire
Radiographies	80 % compris dans le plafond des 750 € par année civile (du 1er janvier au 31 décembre inclus)/par bénéficiaire	Radiographies	85 %
Extraction dent de sagesse	80 % compris dans le plafond des 750 € par année civile (du 1er janvier au 31 décembre inclus)/par bénéficiaire	Extraction dent de sagesse	85 % avec un plafond de 735 € pour la première dent et de 388 € pour chacune des 3 dents restantes
Soins à visée esthétique	0 %	Soins à visée esthétique	0 %

Devez-vous introduire une autorisation médicale ?

Non, un devis dentaire n'est pas nécessaire.

Quelles sont les pièces justificatives à joindre à la demande de remboursement ?

Un reçu / une facture conforme à la législation du pays dans lequel il a été émis reprenant les informations suivantes :

- Le nom complet du patient
- La date, le détail et le prix pour chaque acte médical effectué par le dentiste
- Le nom et les références officielles du dentiste

Attention, les reçus / factures peuvent porter les noms suivants :

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

Dans certains pays, il arrive que le prestataire soit dans l'incapacité de délivrer ce type de document. Par conséquent, le RCAM, après analyse de votre dossier, pourra, à défaut, accepter le remboursement à condition que vous ayez introduit le formulaire prévu à cet effet :

Note d'honoraires dentaires (copie page 30) : bg - cs - da - de - el - en - es - et - fi - fr - hr - hu - it - lt - lv -mt -nl - pl - pt - ro - sk - sl - sv 

Si un membre de votre famille est couvert par un système national **et** bénéficie de la couverture en complémentarité par le RCAM, vous devez prêter attention quant aux pièces justificatives supplémentaires qui doivent être jointes lors de l'introduction de votre demande de remboursement; en effet, afin de permettre au gestionnaire du RCAM de procéder à la tarification de vos dépenses, vous devez joindre à la demande :

1/ le décompte délivré par votre caisse nationale (mutuelle, "Sécu", caisse primaire, ...) ou un justificatif (si vous n'avez pas avancé l'argent et que vous avez payé uniquement la partie qui reste à votre charge) délivré par le prestataire indiquant :

- Le nom et prénom du patient qui a bénéficié du traitement
- Le type de soin réalisé par le dentiste

- La date de prestation
- Le montant payé et le montant remboursé / pris en charge par la caisse nationale

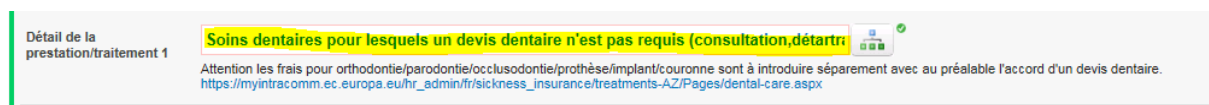
Si la caisse nationale ne vous a rien remboursé, vous devez obtenir un justificatif qui explique la raison du refus et qui mentionne le nom du patient, la date et la nature des soins.

2/ la copie des factures / reçus conformes introduits auprès de la caisse nationale. En effet, il arrive parfois que le montant renseigné sur le décompte corresponde au prix conventionné et non au prix réellement payé.

Le RCAM se réserve le droit de réclamer toute pièce justificative originale / complémentaire dans le cadre d'éventuels contrôles de votre dossier de remboursement et ce depuis la date d'introduction de votre demande et jusqu'à 18 mois suivant la date de réception du décompte.

Ayez le bon réflexe !

- Lorsque le dentiste vous délivre le reçu / la facture conforme, vérifiez si le prix acquitté, le numéro de dent et la date des soins dentaires sont bien renseignés et ventilés pour chaque acte dentaire.
- Lorsque vous introduirez vos frais dans **RCAM en ligne**, veuillez taper / sélectionner "**Soins dentaires pour lesquels un devis dentaire n'est pas requis**"; en effet, notre application vous offre toutes les informations utiles et nécessaires afin de garantir un traitement rapide et efficace par notre service !



Base légale

Chapitre 5 – Soins, traitements et prothèses dentaires

1. Soins et traitements préventifs

Les frais de prévention bucco-dentaire, de radiologie, de soins et de chirurgie sont remboursés à 80 % avec un plafond de 750 € par année civile et par bénéficiaire, pour autant que les actes soient effectués par des personnes habilitées par les autorités nationales compétentes.

En cas de maladie grave telle que cancer, diabète insulino-dépendant, valvulopathie (retentissement à distance de foyers dentaires) affectant ou ayant des répercussions sur la sphère buccale, les frais sont remboursés à 100 %, après avis favorable conjoint du médecin conseil et du dentiste-conseil, avec un plafond de 1.500 €. Ce montant est applicable également en cas de difficulté de soins chez l'enfant hyperactif et chez la femme enceinte.

Ce montant couvre l'ensemble des prestations suivantes :

- Consultation ;
- Radiographie endobuccale ;
- Radiographie panoramique et téléradiographie effectuées au cabinet dentaire ⁽¹⁾ ;
- Fluoration ;
- Scellement des puits et fissures ;
- Détartrage ;
- Obturation coronaire ⁽¹⁾ ;
- Reconstitution, faux moignon (avec vis ou tenon), inlays et facettes en résine ;
- Dévitalisation et obturation radiculaire ;
- Extraction normale, incision d'abcès, esquillectomie ;
- Extraction chirurgicale, dent incluse, apéctomie, amputation radiculaire, frénectomie ⁽¹⁾ ;
- Anesthésie locale ou régionale.

Les prestations non reprises dans cette liste peuvent, après avis du dentiste-conseil, être remboursées à 80 % ou à 100 % en cas de maladie grave, dans la limite du plafond annuel.

(*) Les mêmes examens, tout comme le scanner maxillo facial effectués en clinique sont remboursés à 85 %. (**) Les frais relatifs à la dépose systématique de toutes les obturations en amalgame d'argent et leur remplacement ne sont pas remboursables sauf si elles sont endommagées ou si elles présentent des récurrences.

(***) L'extraction d'une dent de sagesse incluse exécutée en milieu hospitalier sous anesthésie générale ou locale est remboursée dans les limites et conditions prévues pour les interventions chirurgicales de la catégorie A2. En cas d'extraction supplémentaire lors de la même séance, le remboursement par dent est limité à la moitié du montant remboursable de la catégorie A2 des interventions chirurgicales.

Orthodontie

Quelles sont les règles de remboursement ?

Les frais de traitement orthodontique sont remboursables à 80 % avec un plafond de 3.300 € pour l'ensemble du traitement à condition que celui-ci ait débuté avant la date du 18^{ème} anniversaire de l'enfant.

Le RCAM ne prévoit pas de remboursement de ce type chez les adultes sauf exceptionnellement pour les patients souffrant de pathologies lourdes.

Les frais orthodontiques englobés dans ce plafond sont :

- Les consultations chez l'orthodontiste
- L'analyse céphalométrique
- Les modèles d'études
- Les appareils et attelles de contention (inférieure/supérieure), les "plaquettes"

N.B.: Les remboursements des frais de radiographies panoramiques et téléradiographies, quant à eux, sont compris dans le plafond des soins préventifs dentaires (750 € par année civile, par bénéficiaire) si effectuées dans un cabinet dentaire et remboursables à 85 % si effectuées en milieu hospitalier.

Devez-vous introduire une autorisation médicale ?

Oui, un devis dentaire, accompagné des modèles d'études et des radiographies, doit être introduit et **accordé** au préalable; il vous suffit de faire remplir le formulaire par votre orthodontiste et de créer une nouvelle demande dans le menu "autorisation médicale" dans [RCAM en ligne](#).

Devis pour traitement orthodontique (copie page 29) : bg - cs - da - de - el - en - es - et - fi - fr - hr - hu - it -lt -lv - mt - nl - pl -pt - ro - sk - sl - sv 

Quelles sont les pièces justificatives à joindre à la demande de remboursement ?

Un reçu / une facture conforme à la législation du pays dans lequel il a été émis reprenant les informations suivantes :

- Le nom complet du patient

- La date, le détail et le prix pour chaque acte médical effectué par l'orthodontiste
- Le nom et les références officielles de l'orthodontiste

Attention, les reçus / factures peuvent porter les noms suivants :

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

Si un membre de votre famille est couvert par un système national **et** bénéficie de la couverture en complémentarité par le RCAM, vous devez prêter attention quant aux pièces justificatives supplémentaires qui doivent être jointes lors de l'introduction de votre demande de remboursement; en effet, afin de permettre au gestionnaire du RCAM de procéder à la tarification de vos dépenses, vous devez joindre à la demande :

1/ le décompte délivré par votre caisse nationale (mutuelle, "Sécu", caisse primaire, ...) ou un justificatif (si vous n'avez pas avancé l'argent et que vous avez payé uniquement la partie qui reste à votre charge) délivré par le prestataire indiquant :

- Le nom et prénom du patient qui a bénéficié du traitement
- Le type de soin réalisé par l'orthodontiste
- La date de prestation
- Le montant payé et le montant remboursé / pris en charge par la caisse nationale

Si la caisse nationale ne vous a rien remboursé, vous devez obtenir un justificatif qui explique la raison du refus et qui mentionne le nom du patient, la date et la nature des soins.

2/ la copie des factures / reçus conformes introduits auprès de la caisse nationale. En effet, il arrive parfois que le montant renseigné sur le décompte corresponde au prix conventionné et non au prix réellement payé.

Le RCAM se réserve le droit de réclamer toute pièce justificative originale / complémentaire dans le cadre d'éventuels contrôles de votre dossier de remboursement et ce depuis la date d'introduction de votre demande et jusqu'à 18 mois suivant la date de réception du décompte.

Ayez le bon réflexe !

- Afin d'accélérer le traitement de votre devis, nous vous conseillons de demander à l'orthodontiste de vous envoyer les radios dentaires par email afin de pouvoir les télécharger facilement dans RCAM en ligne lors de l'introduction de votre autorisation médicale.
- Lorsque l'orthodontiste vous délivre le reçu / la facture conforme, vérifiez si le prix acquitté et la date des soins dentaires sont bien renseignés et ventilés.
- Lorsque vous introduirez vos frais dans **RCAM en ligne**, veuillez taper / sélectionner **"Orthodontie"**; en effet, notre application vous offre toutes les informations utiles et nécessaires afin de garantir un traitement rapide et efficace par notre service !

Détail de la prestation/traitement 1	Orthodontie	
Un devis dentaire est requis avant le début du traitement https://myintracomm.ec.europa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/treatments-AZ/Pages/dental-care.aspx		

Base légale

Chapitre 5 – Soins, traitements et prothèses dentaires

3. Orthodontie

Les frais de traitement orthodontique (orthopédie dento-faciale) sont remboursés à 80 % avec un plafond de 3.300 € pour l'ensemble du traitement (y compris l'analyse céphalométrique, les modèles d'étude, les photos, les frais de contention), à condition que ce traitement ait été préalablement autorisé par le bureau liquidateur, sur présentation d'un devis et après avis du dentiste-conseil. Les frais de radiologie font l'objet d'un remboursement séparé, conformément au point 1 ci-dessus.

Le traitement orthodontique doit débuter avant la date du 18^{ème} anniversaire, sauf en cas de maladie grave de la sphère buccale, de chirurgie maxillo-faciale, de traumatisme maxillo-facial et de problèmes graves d'articulation temporo-mandibulaire prouvés radiologiquement et cliniquement.

Le remboursement d'un deuxième traitement peut être autorisé, dans les mêmes conditions que ci-dessus, en cas de :

- changement du pays de résidence du bénéficiaire entraînant la nécessité d'avoir recours à un autre praticien et si celui-ci est dans l'impossibilité de poursuivre le traitement en cours selon la même technique thérapeutique. L'autorisation n'est délivrée que si le changement du pays de résidence du bénéficiaire est établi par des pièces justificatives et si le nouveau traitement suit, sans délai, le précédent ;
- décès du praticien traitant ou de fermeture de son cabinet ;
- agénésies à partir de 5 dents (dents de sagesse exclues) par maxillaire ;
- chirurgie maxillo-faciale lourde avec ostéosynthèses (traumatismes ou tumeurs).
- problèmes graves d'articulation temporo-mandibulaire

Maladie grave

En cas de maladie grave affectant ou ayant des répercussions sur la sphère buccale, après avis conjoint du médecin conseil et du dentiste conseil, les frais concernant les traitements prévus aux points 2 à 6 sont remboursés à 100 % dans la limite du double du plafond prévu pour chaque prestation.

Dispositions particulières

Pour les prestations soumises à autorisation préalable, il y a lieu, sauf cas d'urgence ou de force majeure, d'utiliser les devis officiels du RCAM. Sauf impossibilité résultant d'une disposition réglementaire nationale, les notes d'honoraires doivent être établies selon le même schéma que les devis. Les notes d'honoraires comme les devis doivent indiquer des montants distincts par prestation ainsi que le numéro des dents traitées.

Prothèses dentaires (ex : couronne, bridge, prothèse complète, ...)

Quelles sont les règles de remboursement ?

Les frais de prothèses dentaires sont remboursables à 80 % dans la limite des montants maximums prévus par la réglementation.

Ces plafonds de remboursement peuvent être renouvelés tous les 6 ans.

N.B. : Les remboursements des radiographies ou tout autre soin / chirurgie effectués pendant ce traitement sont compris dans le plafond des [soins préventifs dentaires](#).

Quels sont les différents plafonds prévus ?

Prothèses conjointes

- Inlay ou céramique, faux moignon coulé : 250 €
- Couronne coulée, coiffe télescopique, couronne ou élément céramo-métallique, facette céramique : 250 €
- Attachement (barre Dolder : par pilier) : 250 €
- Couronne ou pontique temporaire (*) : 30 €

* Pour la couronne transitoire et les réparations sur base métallique (chrome-cobalt), les montants maximum remboursables sont doublés (uniquement si approuvé par devis dentaire).

Réparation de prothèses conjointes

- Dépose ou repose d'éléments fixes (par élément) : 50 €
- Réparation de couronnes ou d'éléments de bridge (à l'exception des couronnes et éléments provisoires) par élément : 90 €

Prothèses amovibles

- Plaque base résine, gouttière amovible pour le traitement de l'apnée (**) (à l'exclusion des gouttières à visée esthétique qui ne sont pas remboursables) : 200 €
** A ne pas confondre avec la gouttière occlusale pour le traitement contre le bruxisme prévu sous l'onglet "occlusodontie".
- Dent ou crochet sur base résine : 50 €
- Prothèse complète supérieure ou inférieure : 800 €
- Plaque base résine provisoire : 90 €
- Dent ou crochet provisoire sur base résine : 30 €

- Plaque métallique coulée (avec crochets) : 400 €
- Dent sur plaque métallique (jusqu'à 10 maximum) : 100 €

Réparation de prothèses amovibles

- Réparation d'une base résine, adjonction d'une dent ou d'un crochet sur base résine ou métallique (*) : 60 €
* Pour la couronne transitoire et les réparations sur base métallique (chrome-cobalt), les montants maximum remboursables sont doublés (uniquement si approuvé par devis dentaire).
- Rebasage (partiel ou complet / plaque résine ou métallique) : 150 €

Devez-vous introduire une autorisation médicale ?

Oui, un devis dentaire, accompagné du schéma et des radiographies dentaires, doit être introduit et **accordé** au préalable; il vous suffit de faire remplir le formulaire par votre dentiste et de créer une nouvelle demande dans le menu "autorisation médicale" dans [RCAM en ligne](#).

Devis dentaire (copie page 28) : bg- cs- da - de - el - en - es- et - fi - fr - hr - hu - it - lt - lv-mt -nl - pl - pt - ro - sk- sl -sv 

Quelles sont les pièces justificatives à joindre à la demande de remboursement ?

Un reçu / une facture conforme à la législation du pays dans lequel il a été émis reprenant les informations suivantes :

- Le nom complet du patient
- La date, le détail et le prix pour chaque acte médical effectué par le dentiste
- Le nom et les références officielles du dentiste

Attention, les reçus/factures peuvent porter les noms suivants :

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

Si le système national du pays de prestation ne prévoit pas de remboursement pour la prothèse concernée, le RCAM, après analyse de votre dossier, pourra, à défaut, accepter le remboursement à condition que vous ayez introduit le formulaire prévu à cet effet :

Note d'honoraires dentaires (copie page 30) : bg - cs - da - de - el - en - es - et - fi - fr - hr - hu - it - lt - lv -mt -nl - pl - pt - ro - sk - sl - sv 

Si un membre de votre famille est couvert par un système national **et** bénéficie de la couverture [en complémentarité](#) par le RCAM, vous devez prêter attention quant aux pièces justificatives supplémentaires qui doivent être jointes lors de l'introduction de votre demande de remboursement ; en effet, afin de permettre au gestionnaire du RCAM de procéder à la tarification de vos dépenses, vous devez joindre à la demande :

1/ le décompte délivré par votre caisse nationale (mutuelle, "Sécu", caisse primaire, ...) ou un justificatif (si vous n'avez pas avancé l'argent et que vous avez payé uniquement la partie qui reste à votre charge) délivré par le prestataire indiquant :

- Le nom et prénom du patient qui a bénéficié du traitement
- Le type de soin réalisé par le dentiste
- La date de prestation
- Le montant payé et le montant remboursé / pris en charge par la caisse nationale

Si la caisse nationale ne vous a rien remboursé, vous devez obtenir un justificatif qui explique la raison du refus et qui mentionne le nom du patient, la date et la nature des soins.

2/ la copie des factures / reçus conformes introduits auprès de la caisse nationale. En effet, il arrive parfois que le montant renseigné sur le décompte corresponde au prix conventionné et non au prix réellement payé.

Le RCAM se réserve le droit de réclamer toute pièce justificative originale / complémentaire dans le cadre d'éventuels contrôles de votre dossier de remboursement et ce depuis la date d'introduction de votre demande et jusqu'à 18 mois suivant la date de réception du décompte.

Ayez le bon réflexe !

- Afin d'accélérer le traitement de votre devis, nous vous conseillons de demander à votre dentiste de vous envoyer les radios dentaires par email afin de pouvoir les télécharger facilement dans RCAM en ligne lors de l'introduction de votre autorisation médicale.
- Lorsque le dentiste vous délivre le reçu / la facture conforme, vérifiez si le prix acquitté, le numéro de dent et la date des soins dentaires sont bien renseignés et ventilés.
- Lorsque vous introduirez vos frais dans **RCAM en ligne**, veuillez taper / sélectionner **"Prothèse/Implant/Couronne dentaire"**; en effet, notre

application vous offre toutes les informations utiles et nécessaires afin de garantir un traitement rapide et efficace par notre service !

Détail de la
prestation/traitement 1

Prothèse/Implant/Couronne dentaire

https://myintracomm.ec.europa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/treatments-AZ/Pages/dental-care.aspx



Base légale

Chapitre 5 – Soins, traitements et prothèses dentaires

1. Prothèses dentaires

Les frais de prothèses dentaires, autorisés préalablement sur présentation d'un devis et après avis du dentiste-conseil, sont remboursés à 80 %, dans la limite des montants maximums remboursables fixés dans le tableau suivant. En cas d'urgence ne permettant pas l'introduction d'un devis, seuls les frais relatifs aux prothèses provisoires sont remboursés.

Type de prestation	Plafond (€)
1. a) Prothèses conjointes	
Inlay or ou céramique, faux moignon coulé	250
Couronne coulée, coiffe télescopique, couronne ou élément céramo-métallique, facette céramique	250
Attachement (Barre Dolder : par pilier)	250
Couronne ou pontique provisoire (*)	30
b) Réparation de prothèses conjointes	
Dépose ou repose d'éléments fixes (par élément)	50
Réparation de couronnes ou d'éléments de bridge (à l'exception des couronnes et éléments provisoires) par élément	90
2. a) Prothèses amovibles	
Plaque base résine, gouttière occlusale (à l'exclusion de la gouttière de bleaching)	200
Dent ou crochet sur base résine	50
Prothèse complète supérieure ou inférieure	800
Plaque base résine provisoire	90
Dent ou crochet provisoire sur base résine	30
Plaque métallique coulée (avec les crochets)	400
Dent sur plaque métallique coulée (jusqu'à 10 max.)	100
b) Réparation de prothèses amovibles	

Réparation d'une base résine, adjonction (remplacement) d'une dent ou d'un crochet sur base résine ou métallique (*)	60
Rebasage (partiel ou complet / plaque résine ou métallique)	150

(*) Pour la couronne transitoire et les réparations sur base métallique (chrome – cobalt), les montants maximums remboursables sont doublés.

L'autorisation de renouvellement des prothèses mobiles ou fixes qui ont déjà fait l'objet d'un remboursement par le Régime, ne peut être délivrée qu'au terme d'un délai de 6 ans. Le remboursement s'effectue conformément aux conditions fixées ci dessus.

Toutefois, à titre exceptionnel, notamment en cas d'accident traumatique ou de maladie grave (telle que cancer des maxillaires...) affectant ou ayant des répercussions sur la sphère buccale et rendant impossible le port de la prothèse en place, les délais de renouvellement peuvent être réduits, après avis du dentiste-conseil, sur présentation d'une justification médicale détaillée et d'un devis.

Maladie grave

En cas de maladie grave affectant ou ayant des répercussions sur la sphère buccale, après avis conjoint du médecin conseil et du dentiste conseil, les frais concernant les traitements prévus aux points 2 à 6 sont remboursés à 100 % dans la limite du double du plafond prévu pour chaque prestation.

Dispositions particulières

Pour les prestations soumises à autorisation préalable, il y a lieu, sauf cas d'urgence ou de force majeure, d'utiliser les devis officiels du RCAM. Sauf impossibilité résultant d'une disposition réglementaire nationale, les notes d'honoraires doivent être établies selon le même schéma que les devis. Les notes d'honoraires comme les devis doivent indiquer des montants distincts par prestation ainsi que le numéro des dents traitées.

Les devis concernant les traitements d'orthodontie, de parodontie, les prothèses conjointes et les implants doivent être accompagnés des radiographies et/ou des modèles d'étude. Si le dentiste-conseil le juge utile, il peut effectuer ou faire effectuer un contrôle physique du patient.

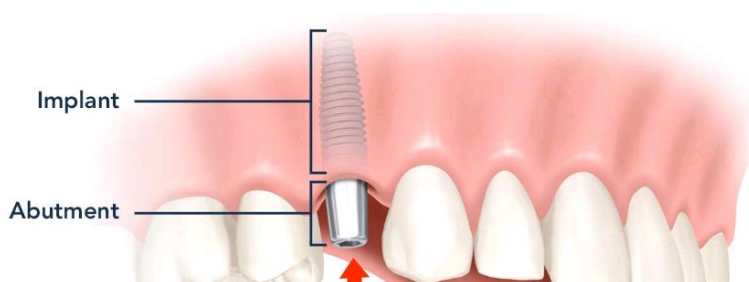
Les traitements mentionnés sur les devis doivent débiter dans un délai de douze mois à compter de la date à laquelle ils ont été autorisés. Ce délai peut exceptionnellement être prolongé après avis du dentiste-conseil.

Les frais relatifs aux traitements à visée esthétique (tels que blanchiment des dents, remplacement systématique des amalgames d'argent, facettes sur les incisives intactes, incrustations...) ne sont pas remboursés.

Implants

Définition

Un implant dentaire est une racine artificielle que l'on fixe dans l'os de la mâchoire et qui est destinée à accueillir une prothèse dentaire.



Quelles sont les règles de remboursement ?

Les frais relatifs à la pose d'implant sont remboursables à 80 % avec un plafond de 550 € par implant. Le remboursement est limité à 4 implants pour la mâchoire inférieure et 4 implants pour la mâchoire supérieure, soit un total de 8 implants par bénéficiaire tout au long de sa vie.

Quels sont les actes dentaires compris dans le plafond de remboursement d'un implant ?

- L'étude préalable (modèles, analyse)
- La greffe d'os synthétique, le sinus lift
- Le matériel posé : l'implant avec membrane, le guide chirurgical et le matériel employé
- La vis de cicatrisation et l'abutment
- Les anesthésies locales effectuées par le dentiste
- L'intervention chirurgicale pour la pose de l'implant
- Les frais dentaires exécutés après quelques mois d'ostéo-intégration (contrôle, recherche, ...)

N. B. :

- Les remboursements de radiographies ou tout autre soin / chirurgie effectués pendant ce traitement sont compris dans le plafond des [soins préventifs dentaires](#).

- La couronne sur l'implant est remboursable à 80 % avec un plafond de 250 €. Attention, qu'il s'agisse d'une couronne sur implant ou d'une couronne relative à un autre type de traitement, le remboursement restera limité à 250 € renouvelable tous les 6 ans si un nouveau devis dentaire a été introduit et accordé.

Devez-vous introduire une autorisation médicale ?

Oui, un devis dentaire, accompagné du schéma et des radiographies dentaires, doit être introduit et **accordé** au préalable; il vous suffit de faire remplir le formulaire par votre dentiste et de créer une nouvelle demande dans le menu "autorisation médicale" dans [RCAM en ligne](#).

Devis dentaire (copie page 28) : bg- cs- da - de - el - en - es- et - fi - fr - hr - hu - it - lt - lv-mt -nl - pl - pt - ro - sk- sl -sv 

Quelles sont les pièces justificatives à joindre à la demande de remboursement ?

Un reçu / une facture conforme à la législation du pays dans lequel il a été émis reprenant les informations suivantes :

- Le nom complet du patient
- La date, le détail et le prix pour chaque acte médical effectué par le dentiste
- Le nom et les références officielles du dentiste

Attention, les reçus / factures peuvent porter les noms suivants :

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

Si le système national du pays de prestation ne prévoit pas de remboursement pour la pose d'implant, le RCAM, après analyse de votre dossier, pourra, à défaut, accepter le remboursement à condition que vous ayez introduit le formulaire prévu à cet effet :

Note d'honoraires dentaires (copie page 30) : bg - cs - da - de - el - en - es - et - fi - fr - hr - hu - it - lt - lv -mt -nl - pl - pt - ro - sk - sl - sv 

Si un membre de votre famille est couvert par un système national **et** bénéficie de la couverture [en complémentarité](#) par le RCAM, vous devez prêter attention quant aux

pièces justificatives supplémentaires qui doivent être jointes lors de l'introduction de votre demande de remboursement; en effet, afin de permettre au gestionnaire du RCAM de procéder à la tarification de vos dépenses, vous devez joindre à la demande :

1/ le décompte délivré par votre caisse nationale (mutuelle, "Sécu", caisse primaire, ...) ou un justificatif (si vous n'avez pas avancé l'argent et que vous avez payé uniquement la partie qui reste à votre charge) délivré par le prestataire indiquant :

- Le nom et prénom du patient qui a bénéficié du traitement
- Le type de soin réalisé par le dentiste
- La date de prestation
- Le montant payé et le montant remboursé / pris en charge par la caisse nationale

Si la caisse nationale ne vous a rien remboursé, vous devez obtenir un justificatif qui explique la raison du refus et qui mentionne le nom du patient, la date et la nature des soins.

2/ la copie des factures / reçus conformes introduits auprès de la caisse nationale. En effet, il arrive parfois que le montant renseigné sur le décompte corresponde au prix conventionné et non au prix réellement payé.

Le RCAM se réserve le droit de réclamer toute pièce justificative originale / complémentaire dans le cadre d'éventuels contrôles de votre dossier de remboursement et ce depuis la date d'introduction de votre demande et jusqu'à 18 mois suivant la date de réception du décompte.

Ayez le bon réflexe !

- Afin d'accélérer le traitement de votre devis par le dentiste conseil, nous vous conseillons de demander à votre dentiste de vous envoyer les radios dentaires par email afin de pouvoir les télécharger facilement dans RCAM en ligne lors de l'introduction de votre autorisation médicale.
- Lorsque le dentiste vous délivre le reçu / la facture conforme, vérifiez si le prix acquitté, le numéro de dent et la date des soins dentaires sont bien renseignés et ventilés.
- Lorsque vous introduirez vos frais dans **RCAM en ligne**, veuillez taper / sélectionner **"Prothèse/Implant/Couronne dentaire"**; en effet, notre application vous offre toutes les informations utiles et nécessaires afin de garantir un traitement rapide et efficace par notre service !

Détail de la
prestation/traitement 1

Prothèse/Implant/Couronne dentaire

https://myintracomm.ec.europa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/treatments-AZ/Pages/dental-care.aspx

Base légale

Chapitre 5 – Soins, traitements et prothèses dentaires

6. Implantologie

- 6.1. Les traitements relatifs à la pose d'implants doivent être autorisés préalablement par le bureau liquidateur sur présentation d'un devis et après avis du dentiste-conseil.
- 6.2. Le remboursement est limité à 4 implants par mâchoire, soit un maximum de 8 implants par bénéficiaire et ce tout au long de sa vie.
- 6.3. Les prestations relatives à la pose d'implants sont remboursées à 80 % avec un plafond de 550 € par implant. Les frais relatifs à la pose d'implants comprennent :
 - l'étude préalable à l'exception des radios remboursées séparément ;
 - la greffe d'os synthétique ;
 - le matériel posé : implant, abutment, membrane et matériel stérile jetable ;
 - les anesthésies locales effectuées par le praticien ;
 - l'acte chirurgical pour la pose intra-osseuse de l'implant ;
 - la recherche et mise à nu de la tête de l'implant qui a lieu quelques mois après son ostéo intégration.
- 6.4. Dans le cas de la pose d'implants en milieu hospitalier, également soumise à autorisation préalable, les frais de séjour, d'anesthésie générale et les autres frais annexes sont remboursés aux conditions prévues pour chaque prestation, à l'exception des honoraires du praticien et des prestations mentionnées au paragraphe 6.3 ci avant.
- 6.5. Après autorisation préalable, les frais relatifs à la greffe d'os autogène – obligatoirement effectuée par un chirurgien maxillo-facial – sont remboursés à 85 %, dans la limite du plafond pour les interventions chirurgicales de la catégorie B1. Les frais de séjour et les autres frais annexes sont remboursés aux conditions prévues pour chaque prestation.

Maladie grave

En cas de maladie grave affectant ou ayant des répercussions sur la sphère buccale, après avis conjoint du médecin conseil et du dentiste conseil, les frais concernant les traitements prévus aux points 2 à 6 sont remboursés à 100 % dans la limite du double du plafond prévu pour chaque prestation.

Dispositions particulières

Pour les prestations soumises à autorisation préalable, il y a lieu, sauf cas d'urgence ou de force majeure, d'utiliser les devis officiels du RCAM. Sauf impossibilité résultant d'une disposition réglementaire nationale, les notes d'honoraires doivent être établies selon le même schéma que les devis. Les notes d'honoraires comme les devis doivent indiquer des montants distincts par prestation ainsi que le numéro des dents traitées.

Les devis concernant les traitements d'orthodontie, de parodontie, les prothèses conjointes et les implants doivent être accompagnés des radiographies et/ou des modèles d'étude. Si le dentiste-conseil le juge utile, il peut effectuer ou faire effectuer un contrôle physique du patient.

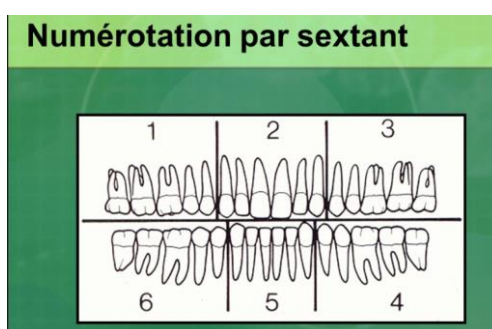
Les traitements mentionnés sur les devis doivent débuter dans un délai de douze mois à compter de la date à laquelle ils ont été autorisés. Ce délai peut exceptionnellement être prolongé après avis du dentiste-conseil.

Les frais relatifs aux traitements à visée esthétique (tels que blanchiment des dents, remplacement systématique des amalgames d'argent, facettes sur les incisives intactes, incrustations...) ne sont pas remboursés.

Parodontie

Quelles sont les règles de remboursement ?

Les frais de traitement de parodontie sont remboursables à 80 % avec un plafond de 350 € par sextant (zone de la bouche) soit un total de 2.100 € pour la bouche entière pour une période de 10 ans à dater du début de traitement. A la fin de la période de 10 ans, le RCAM ne remboursera plus aucun frais pendant une période de 6 ans même si le traitement doit se poursuivre ou même si le plafond n'a pas été atteint.



Quels sont les actes compris dans ce plafond ?

- Les consultations chez le parodontiste
- Le surfaçage radiculaire
- Le traitement chirurgical
- Les instructions liées au suivi du traitement

N.B. : Les frais relatifs aux radios panoramiques, téléradiographies, consultations et bilan parodontal (DPSI = Dutch Periodontal Screening Index → Indice de santé gingival et parodontal) effectués par un dentiste ou un parodontiste pour évaluer si un traitement doit démarrer, sont remboursables à 80 % et inclus dans le plafond des [soins préventifs dentaires](#) (750 € par année civile par bénéficiaire). Les radiographies effectuées en milieu hospitalier sont remboursables à 85 %.

Ne confondez pas détartrage "classique" ([soins préventifs dentaires](#)) et parodontie : il s'agit de 2 traitements différents, remboursés via 2 plafonds différents.

Nous vous rappelons que le blanchiment de dents ou tout autre traitement dentaire à visée esthétique ne sont pas remboursables par le RCAM.

Devez-vous introduire une autorisation médicale au préalable ?

Oui, un devis dentaire, accompagné d'un plan de traitement détaillé, doit être introduit et **accordé** au préalable; il vous suffit de faire remplir le formulaire par votre dentiste et de créer une nouvelle demande dans le menu "autorisation médicale" dans [RCAM en ligne](#).

Devis dentaire (copie page 28) : bg- cs- da - de - el - en - es- et - fi - fr - hr - hu - it - lt - lv-mt -nl - pl - pt - ro - sk- sl -sv 

Quelles sont les pièces justificatives à joindre à la demande de remboursement ?

Un reçu / une facture conforme à la législation du pays dans lequel il a été émis reprenant les informations suivantes :

- Le nom complet du patient
- La date, le détail et le prix pour chaque acte médical effectué par le parodontiste
- Le nom et les références officielles du parodontiste

Attention, les reçus / factures peuvent porter les noms suivants :

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

Dans certains pays, il arrive que le prestataire soit dans l'incapacité de délivrer ce type de document. Par conséquent, le RCAM, après analyse de votre dossier, pourra, à défaut, accepter le remboursement à condition que vous ayez introduit le formulaire prévu à cet effet :

Note d'honoraires dentaires (copie page 30) : bg - cs - da - de - el - en - es - et - fi - fr - hr - hu - it - lt - lv -mt -nl - pl - pt - ro - sk - sl - sv 

Si un membre de votre famille est couvert par un système national **et** bénéficie de la couverture [en complémentarité](#) par le RCAM, vous devez prêter attention quant aux pièces justificatives supplémentaires qui doivent être jointes lors de l'introduction de votre demande de remboursement; en effet, afin de permettre au gestionnaire du RCAM de procéder à la tarification de vos dépenses, vous devez joindre à la demande :

1/ le décompte délivré par votre caisse nationale (mutuelle, "Sécu", caisse primaire, ...) ou un justificatif (si vous n'avez pas avancé l'argent et que vous avez payé uniquement la partie qui reste à votre charge) délivré par le prestataire indiquant :

- Le nom et prénom du patient qui a bénéficié du traitement
- Le type de soin réalisé par le parodontiste
- La date de prestation
- Le montant payé et le montant remboursé / pris en charge par la caisse nationale

Si la caisse nationale ne vous a rien remboursé, vous devez obtenir un justificatif qui explique la raison du refus et qui mentionne le nom du patient, la date et la nature des soins.

2/ la copie des factures / reçus conformes introduits auprès de la caisse nationale. En effet, il arrive parfois que le montant renseigné sur le décompte corresponde au prix conventionné et non au prix réellement payé.

Le RCAM se réserve le droit de réclamer toute pièce justificative originale / complémentaire dans le cadre d'éventuels contrôles de votre dossier de remboursement et ce depuis la date d'introduction de votre demande et jusqu'à 18 mois suivant la date de réception du décompte.

Ayez le bon réflexe !

- Afin d'accélérer le traitement de votre devis, nous vous conseillons de demander au parodontiste de vous envoyer les radios dentaires par email afin de pouvoir les télécharger facilement dans RCAM en ligne lors de l'introduction de votre autorisation médicale.
- Lorsque le parodontiste vous délivre le reçu / la facture conforme, vérifiez si le prix acquitté, la zone traitée et la date des soins dentaires sont bien renseignés et ventilés.
- Lorsque vous introduirez vos frais dans **RCAM en ligne**, veuillez taper / sélectionner "**Parodontie**"; en effet, notre application vous offre toutes les informations utiles et nécessaires afin de garantir un traitement rapide et efficace par notre service !

Détail de la prestation/traitement 1	Parodontie	
Un devis dentaire est requis avant le début du traitement https://myintracomm.ec.europa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/treatments-AZ/Pages/dental-care.aspx		

Base légale

Chapitre 5 – Soins, traitements et prothèses dentaires

2. Parodontie

Les frais de traitement de parodontie autorisés préalablement par le bureau liquidateur, sur présentation d'un devis détaillé et après avis du dentiste-conseil, sont remboursés à 80 % avec un plafond de 350 € par sextant, soit 2.100 € pour la bouche entière et sur une période de 10 ans. Un second remboursement peut être autorisé dans les mêmes conditions, au terme d'un délai de 6 ans à compter de la date de la fin de la période de 10 ans.

Les frais de radiologie font l'objet d'un remboursement séparé, conformément au point 1 ci-dessus.

Maladie grave

En cas de maladie grave affectant ou ayant des répercussions sur la sphère buccale, après avis conjoint du médecin conseil et du dentiste conseil, les frais concernant les traitements prévus aux points 2 à 6 sont remboursés à 100 % dans la limite du double du plafond prévu pour chaque prestation.

Dispositions particulières

Pour les prestations soumises à autorisation préalable, il y a lieu, sauf cas d'urgence ou de force majeure, d'utiliser les devis officiels du RCAM. Sauf impossibilité résultant d'une disposition réglementaire nationale, les notes d'honoraires doivent être établies selon le même schéma que les devis. Les notes d'honoraires comme les devis doivent indiquer des montants distincts par prestation ainsi que le numéro des dents traitées.

Les devis concernant les traitements d'orthodontie, de parodontie, les prothèses conjointes et les implants doivent être accompagnés des radiographies et/ou des modèles d'étude. Si le dentiste-conseil le juge utile, il peut effectuer ou faire effectuer un contrôle physique du patient.

Les traitements mentionnés sur les devis doivent débuter dans un délai de douze mois à compter de la date à laquelle ils ont été autorisés. Ce délai peut exceptionnellement être prolongé après avis du dentiste-conseil.

Les frais relatifs aux traitements à visée esthétique (tels que blanchiment des dents, remplacement systématique des amalgames d'argent, facettes sur les incisives intactes, incrustations...) ne sont pas remboursés.

Occlusodontie

Quelles sont les règles de remboursement ?

Les frais de traitement d'occlusodontie sont remboursables à 80 % avec un seul plafond sur la vie de 450 € pour l'ensemble du traitement.

Quels sont les actes compris dans ce plafond ?

- L'étude préalable
- La gouttière occlusale pour le traitement du bruxisme (= grincement des dents)
- Les séances de contrôle et d'ajustage dentaire de l'appareil

N.B. : Les remboursements des frais de radiographies panoramiques et téléradiographies, quant à eux, sont compris dans le plafond des [soins préventifs dentaires](#) (750 € par année civile, par bénéficiaire) si effectuées dans un cabinet dentaire et remboursables à 85 % si effectuées en milieu hospitalier.

Nous vous rappelons que le blanchiment de dents ou tout autre traitement dentaire à visée esthétique ne sont pas remboursables par le RCAM.

Devez-vous introduire une autorisation médicale ?

Oui, un devis dentaire, accompagné d'un plan de traitement détaillé, doit être introduit et **accordé** au préalable; il vous suffit de faire remplir le formulaire par votre dentiste et de créer une nouvelle demande dans le menu "autorisation médicale" dans [RCAM en ligne](#).

Devis dentaire (copie page 28) : bg- cs- da - de - el - en - es- et - fi - fr - hr - hu - it - lt - lv-mt -nl - pl - pt - ro - sk- sl -sv 

Quelles sont les pièces justificatives à joindre à la demande de remboursement ?

Un reçu / une facture conforme à la législation du pays dans lequel il a été émis reprenant les informations suivantes :

- Le nom complet du patient
- La date, le détail et le prix pour chaque acte médical effectué par le dentiste

- Le nom et les références officielles du dentiste

Attention, les reçus / factures peuvent porter les noms suivants :

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

Dans certains pays, il arrive que le prestataire soit dans l'incapacité de délivrer ce type de document. Par conséquent, le RCAM, après analyse de votre dossier, pourra, à défaut, accepter le remboursement à condition que vous ayez introduit le formulaire prévu à cet effet :

Note d'honoraires dentaires (copie page 30) : bg - cs - da - de - el - en - es - et - fi - fr - hr - hu - it - lt - lv -mt -nl - pl - pt - ro - sk - sl - sv 

Si un membre de votre famille est couvert par un système national **et** bénéficie de la couverture [en complémentarité](#) par le RCAM, vous devez prêter attention quant aux pièces justificatives supplémentaires qui doivent être jointes lors de l'introduction de votre demande de remboursement; en effet, afin de permettre au gestionnaire du RCAM de procéder à la tarification de vos dépenses, vous devez joindre à la demande :

1/ le décompte délivré par votre caisse nationale (mutuelle, "Sécu", caisse primaire, ...) ou un justificatif (si vous n'avez pas avancé l'argent et que vous avez payé uniquement la partie qui reste à votre charge) délivré par le prestataire indiquant :

- Le nom et prénom du patient qui a bénéficié du traitement
- Le type de soin réalisé par le dentiste
- La date de prestation
- Le montant payé et le montant remboursé / pris en charge par la caisse nationale

Si la caisse nationale ne vous a rien remboursé, vous devez obtenir un justificatif qui explique la raison du refus et qui mentionne le nom du patient, la date et la nature des soins.

2/ la copie des factures / reçus conformes introduits auprès de la caisse nationale. En effet, il arrive parfois que le montant renseigné sur le décompte corresponde au prix conventionné et non au prix réellement payé.

Le RCAM se réserve le droit de réclamer toute pièce justificative originale / complémentaire dans le cadre d'éventuels contrôles de votre dossier de remboursement et ce depuis la date d'introduction de votre demande et jusqu'à 18 mois suivant la date de réception du décompte.

Ayez le bon réflexe !

- Lorsque votre dentiste vous délivre le reçu / la facture conforme, vérifiez si le prix acquitté et la date sont bien renseignés et ventilés.
- Lorsque vous introduirez vos frais dans **RCAM en ligne**, veuillez taper / sélectionner "**Occlusodontie**"; en effet, notre application vous offre toutes les informations utiles et nécessaires afin de garantir un traitement rapide et efficace par notre service !

Détail de la prestation/traitement 1	Occlusodontie	
Un devis dentaire est requis avant le début du traitement https://myintracomm.ec.europa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/treatments-AZ/Pages/dental-care.aspx		

Base légale

Chapitre 5 – Soins, traitements et prothèses dentaires

4. Occlusodontie

Les frais de traitement dans le domaine de l'occlusodontie (troubles de l'occlusion) sont remboursés à 80 % avec un plafond de 450 € pour l'ensemble du traitement, à condition qu'il ait été préalablement autorisé par le Bureau liquidateur, sur présentation d'un devis et après avis du dentiste-conseil.

Ce traitement, qui n'est remboursable qu'une seule fois, comprend :

- l'étude préalable à l'exception des radiographies remboursées conformément au point 1 ci-dessus ;
- la gouttière occlusale ;
- les séances de contrôle de l'appareil ;
- les séances d'équilibration occlusale.

Maladie grave

En cas de maladie grave affectant ou ayant des répercussions sur la sphère buccale, après avis conjoint du médecin conseil et du dentiste conseil, les frais concernant les traitements prévus aux points 2 à 6 sont remboursés à 100 % dans la limite du double du plafond prévu pour chaque prestation.

Dispositions particulières

Pour les prestations soumises à autorisation préalable, il y a lieu, sauf cas d'urgence ou de force majeure, d'utiliser les devis officiels du RCAM. Sauf impossibilité résultant d'une disposition réglementaire nationale, les notes d'honoraires doivent être établies selon le même schéma que les devis. Les notes d'honoraires comme les devis doivent indiquer des montants distincts par prestation ainsi que le numéro des dents traitées.

Les devis concernant les traitements d'orthodontie, de parodontie, les prothèses conjointes et les implants doivent être accompagnés des radiographies et/ou des modèles d'étude. Si le dentiste-conseil le juge utile, il peut effectuer ou faire effectuer un contrôle physique du patient.

Les traitements mentionnés sur les devis doivent débuter dans un délai de douze mois à compter de la date à laquelle ils ont été autorisés. Ce délai peut exceptionnellement être prolongé après avis du dentiste-conseil.

Les frais relatifs aux traitements à visée esthétique (tels que blanchiment des dents, remplacement systématique des amalgames d'argent, facettes sur les incisives intactes, incrustations...) ne sont pas remboursés.



DD-A1 FR 11-2013

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 : ☐ Affilié(e) principal(e) ☐ conjoint ou partenaire reconnu ☐ enfant ☐ personne assimilée à enfant à charge			
Plan des travaux prévus	A remplir par le praticien traitant Devis pour (Nom, Prénom) : Date de naissance:	Honoraires estimés	Codes RCAM
SCHEMA OBLIGATOIRE	SOINS ET TRAITEMENTS PREVENTIFS (indiquer obligatoirement les N° des dents) <u>A NE COMPLETER QUE SI EN RELATION AVEC PROTHESES OU/ET IMPLANTOLOGIE</u> 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 (**) 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) Date : Signature:	Total des honoraires estimés: (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://myintracomm.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 : (*)

Identification du praticien traitant

(nom/prénom et adresse/pays - mentions obligatoires):

.....

Tél.

Cachet du praticien traitant

Date Signature

Durée probable du traitement

.....

 Honoraires globaux prévus par le praticien:
 (préciser la devise et le pays)

Anomalies constatées

.....

Réservé au dentiste-conseil de l'UE

.....

Date Visa

Réservé au Bureau Liquidateur

Motif du refus éventuel.....

Date

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://myintracomm.ec.europa.eu/hr_admin/fr/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 : ☐ Affilié(e) principal(e) ☐ conjoint ou partenaire reconnu ☐ enfant ☐ personne assimilée à enfant à charge			
Plan des travaux réalisés	A remplir par le praticien traitant Note d'honoraires pour : (Nom, Prénom) : Date de naissance:.....	Honoraires	Codes RCAM
SCHÉMA OBLIGATOIRE 18 - 17 - 16 - 15 - 14 - 13 - 12 - 11 - 10 - 9 - 8 - 7 - 6 - 5 - 4 - 3 - 2 - 1 D H 21 - 22 - 23 - 24 - 25 - 26 - 27 - 28 - 29 - 30 - 31 - 32 - 33 - 34 - 35 - 36 - 37 - 38 G B	SOINS ET TRAITEMENTS PREVENTIFS (indiquer obligatoirement les N° des dents) 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 OCCCLUSODONTIE (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	Avis du Dentiste Conseil de l'UE	Cachet du praticien traitant avec n° tél. et pays svp (obligatoire)
Total des honoraires : Je certifie avoir effectué du au les soins et/ou prothèses indiqués ci-dessus et en avoir reçu les honoraires correspondants Date : Signature:		(préciser la devise et le pays)	

Le Bureau Liquidateur ne s'engage au remboursement que si toutes les dispositions réglementaires sont respectées.

Traitement conforme au Règlement 45/2001 - https://myintracomm.ec.europa.eu/hr_admin/fr/sickness_insurance/sources/Pages/index.aspx