



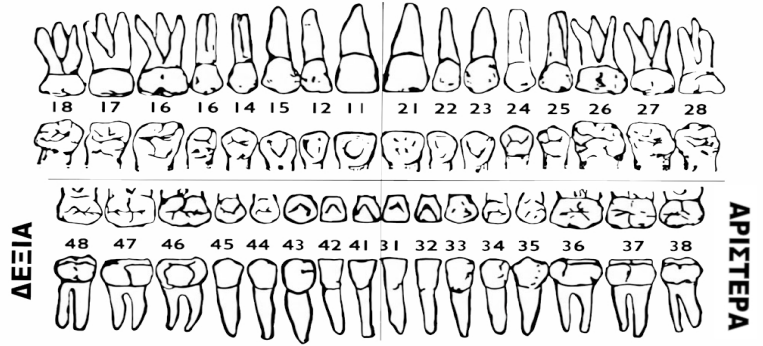
Α.Μ.

--	--	--	--	--	--

ΑΛΛΗΛΟΒΟΗΘΗΤΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ
ΠΕΡΙΘΑΛΨΕΩΣ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ
ΤΡΑΠΕΖΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ

ΕΠΩΝΥΜΟ:.....

ΟΝΟΜΑ:.....



ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ	ΑΡΙΘΜΟΙ ΔΟΝΤΙΩΝ				ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΕΜΑΧΙΩΝ	ΤΙΜΗ ΜΟΝΑΔΑΣ	ΚΩΔΙΚΟΣ ΠΑΡΟΧΗΣ	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΥ / ΕΛΕΓΚΤΗ
ΕΜΦΡΑΞΕΙΣ ΑΠΛΕΣ 1. ΕΠΙΦΑΝΕΙΑ								
ΕΜΦ. ΣΥΝΘ. 2 ή ΠΕΡΙΣ.ΕΠΙΦΑΝΕΙΩΝ								
ΚΑΛΥΨΗ ΟΠΩΝ & ΣΧΙΣΜΩΝ								
ΑΝΑΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΧΩΡΙΣ ΑΞΟΝΑ								
ΕΠΕΝΘΕΤΟ								
ΚΑΘΑΡΙΣΜΟΣ								
ΦΘΟΡΙΩΣΗ								
ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΟΥΛΙΤΙΔΑΣ								
ΘΕΡ. ΠΕΡ/ΔΑΣ ΣΥΝΤ. ΑΝΑ 4/4 Τ/ΜΟΡ								
ΘΕΡ. ΠΕΡ/ΔΑΣ ΧΕΙΡ. ΑΝΑ 4/4 Τ/ΜΟΡ								
ΔΠΑ ΔΙΑΤΗΡ. ΠΕΡ/ΚΟΥ ΑΠΟΤΕΛ.								
ΕΞΑΓΩΓΕΣ ΑΠΛΕΣ								
ΕΞΑΓΩΓΕΣ (ΕΓΚΛΕΙΣΤΩΝ Ή ΗΜΙΕΓΚΛΕΙΣΤΩΝ)								
ΕΞΑΓΩΓΕΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ								
ΕΞΑΓΩΓΗ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΟΣ								
ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΟΛΦΟΥ ΜΟΝΟΡΡΙΖΟΥ								
ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΟΛΦΟΥ ΠΟΛΥΡΡΙΖΟΥ								
ΠΟΛΦΟΤΟΜΗ ΝΕΟΓΙΩΝ								
ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΕΣ / ΠΑΝΟΡΑΜΙΚΗ								
ΠΡΟΣΘΕΤΙΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ	ΑΡΙΘΜΟΙ ΔΟΝΤΙΩΝ				ΤΕΜΑΧΙΑ	ΤΙΜΗ ΜΟΝΑΔΑΣ	ΚΩΔΙΚΟΣ ΠΑΡΟΧΗΣ	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΥ / ΕΛΕΓΚΤΗ
ΣΤΕΦΑΝΕΣ								ΜΕΤΑΛΛΟΠΡΟΣΕΛΛΗΝΗ / ΜΕΤΑΛΛΟΑΚΡΥΛΙΚΗ
ΕΝΔΙΑΜΕΣΑ								
ΑΚΕΡΣ								
ΟΔΟΝΤΟΣΤΟΙΧΙΑ ΟΛΙΚΗ	ΑΝΩ		ΚΑΤΩ					
ΟΔΟΝΤΟΣΤΟΙΧΙΑ ΜΕΡΙΚΗ	ΑΝΩ		ΚΑΤΩ					ΑΝΟΞΕΙΔΩΤΑ ΜΕΤΑΛΛΑ / ΘΕΡΜΟΠΛΑΣΤΙΚΟ
ΧΥΤΟ ΚΟΛΟΒΩΜΑ ή ΥΑΛΟΝΗΜΑ								
ΑΓΚΙΣΤΡΑ								
ΣΥΝΔΕΣΜΟΙ ΑΚΡΙΒΕΙΑΣ								
ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΑ								
ΟΣΤΙΚΟ ΜΟΣΧΕΥΜΑ								
ΜΟΣΧΕΥΜΑ ΣΥΝΔΕΤΙΚΟΥ ΙΣΤΟΥ								
ΣΤΕΦΑΝΕΣ ΕΠΙ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΩΝ								
ΕΠΕΝΘ. ΟΔΟΝΤ/ΙΕΣ ΕΠΙ ΟΔΟΝΤΩΝ								
ΕΠΕΝΘ. ΟΔΟΝΤ/ΙΕΣ ΕΠΙ ΕΜΦΥΤΕΥ.								
LOCATORS								

Ο/Η ΘΕΡΑΠΩΝ
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΣΟ ΕΛΕΓΚΤΗΣ/ Η ΕΛΕΓΚΤΡΙΑ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗΟ ΕΛΕΓΚΤΗΣ/ Η ΕΛΕΓΚΤΡΙΑ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΛΗΞΗ

...../202...

...../202...

...../202...

(υπογραφή - σφραγίδα)

(υπογραφή - σφραγίδα)

(υπογραφή - σφραγίδα)

ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ

1. Οι συνεργάτες και οι συμβεβλημένοι οδοντίατροι του Ταμείου θα εκδίδουν ξεχωριστή απόδειξη για τις οδοντοτεχνικές εργασίες με αντίστοιχη αιτιολογία, διότι το κόστος επιβαρύνει εξ' ολοκλήρου τον ασφαλισμένο.
2. Ο θεράπων οδοντίατρος αναγράφει με λεπτομέρεια στο «κλισέ» για κάθε δόντι και σχεδιάζει στην επιφάνεια αυτού την προτεινόμενη θεραπεία ως εξής:
 - εμφράξεις, με κουκίδα χρώματος μπλε
 - εμφράξεις με θεραπεία, με γραμμή χρώματος κόκκινου κατά μήκος του δοντιού
 - εξαγωγή δοντιού, διαγραφή με 2 γραμμές χρώματος κόκκινου χιαστί
 - στεφάνες, σημειώνονται με Σ
 - ενδιάμεσα, σημειώνονται με Ε
3. Ο θεράπων οδοντίατρος σημειώνει με μελάνι μπλε ή μαύρου χρώματος στις στήλες «ΑΡΙΘΜΟΙ ΔΟΝΤΙΩΝ» και «ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΕΜΑΧΙΩΝ» τους αριθμούς των δοντιών και το πλήθος τους για κάθε εργασία που πρόκειται να εκτελέσει. Εναλλακτικά και ανάλογα με την φύση της εργασίας, σημειώνει τη γνάθο ή το τεταρτημόριο. Η συμπλήρωση της στήλης «ΤΙΜΗ ΜΟΝΑΔΑΣ» **είναι υποχρεωτική για τους συνεργάτες και τους συμβεβλημένους οδοντιάτρους του Ταμείου** και προαιρετική για τους υπόλοιπους. Η συνολική αξία της οδοντοθεραπείας που θα προκύπτει από τον υπολογισμό των σημειωμένων τιμών επί του εντύπου, θα πρέπει υποχρεωτικά να συμφωνεί με το ποσό της απόδειξης παροχής υπηρεσιών (ΑΠΥ) που εκδίδει ο οδοντίατρος, ή με το άθροισμα των ποσών των ΑΠΥ στην περίπτωση που η αμοιβή καταβάλλεται τμηματικά. Συμπληρώνει οπωσδήποτε τα στοιχεία του ασφαλισμένου, την ημερομηνία συμπλήρωσης του εντύπου, υπογράφει και σφραγίζει με την επίσημη σφραγίδα του.

Επισημαίνεται ότι στην αιτιολογία της ΑΠΥ (ή όλων των τμηματικών ΑΠΥ), ο θεράπων οδοντίατρος θα σημειώνει την τυποποιημένη φράση:
«Οδοντιατρικές εργασίες σύμφωνα με το συνημμένο έντυπο με ημερομηνία ηη/μμ/εεεε»,
όπου θα αναγράφει την ημερομηνία συμπλήρωσης του εντύπου οδοντιατρικού ελέγχου.
4. Στην περίπτωση που κάποια από τις εργασίες παρασχεθεί δωρεάν, θα πρέπει στο πεδίο «ΤΙΜΗ ΜΟΝΑΔΑΣ» να σημειωθεί ο αριθμός μηδέν. Στην περίπτωση που κάποια εργασία δεν εκτελέστηκε παρότι είχε συμπεριληφθεί στην αρχική καταγραφή των εργασιών, θα πρέπει στο πεδίο «ΤΙΜΗ ΜΟΝΑΔΑΣ» να τίθεται παύλα και στη στήλη «ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΙΑΤΡΟΥ/ΕΛΕΓΚΤΗ» να σημειώνεται η φράση «Δεν εκτελέστηκε».
5. Η στήλη «ΚΩΔΙΚΟΣ ΠΑΡΟΧΗΣ» συμπληρώνεται από τον ελεγκτή οδοντίατρο με τους κατάλληλους κωδικούς που αντιστοιχούν στις σημειωμένες εργασίες και με γραμμές διαγραφής στα υπόλοιπα κελιά. Ο ελεγκτής οδοντίατρος χρησιμοποιεί αποκλειστικά μελάνι κόκκινου χρώματος.

ΤΟ ΠΑΡΟΝ ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΚΑΙ ΥΠΟΓΡΑΦΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΘΕΡΑΠΟΝΤΑ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΑ, ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΑ ΑΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΓΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ. ΘΕΩΡΕΙΤΑΙ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΟ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΣΚΟΜΙΖΕΤΑΙ ΣΥΝΗΜΜΕΝΟ ΣΤΗΝ ΑΠΟΔΕΙΞΗ Ή ΣΤΙΣ ΑΠΟΔΕΙΞΕΙΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ, ΜΕΤΑ ΤΟ ΠΕΡΑΣ ΤΩΝ ΕΡΓΑΣΙΩΝ ΚΑΙ ΤΟΝ ΤΕΛΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ.