

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.  
נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.

סמן X במשבצת המתאימה: רופא הסכם  כן  לא  טופס  התייעצות  תביעה  בירור

תאריך מילוי הטופס: ..... / ..... / .....

## פרטי הרופא/ה

מס' רופא / מרפאה בחברה	שם וכתובת רופא / המרפאה	מס' רישיון רופא המטפל
טל. מרפאה	טל. נייד	שם הרופא המטפל
הרייני מאשר/ת את כל הפרטים, לרבות הטיפולים, כמצויין בטופס זה.		
חותמת וחתמת הרופא/ה		

## פרטי חשבון בנק של משלם הפוליסה לתשלום תביעה

מס' חשבון בנק	מס' סניף	שם הבנק
---------------	----------	---------

## פרטי מקבל הטיפול

ת.ז.	מס' פוליסה	מס' פוליסה נוסף	מס' טל.	מס' טל. נייד
שם פרטי	שם משפחה	כתובת: רחוב	מס' בית	עיר
דוא"ל	Email			

עדכון אודות סטטוס תביעתך יישלח לכתובת המייל שתימסר במסגרת טופס תביעה זה. ככל שלא תימסר על ידך כתובת מייל לקבלת מידעים מהחברה אודות סטטוס תביעתך, אלו יישלחו אל כתובת המייל שמסרת לחברה במסגרת תביעות קודמות, ככל שקיימת. בכל מקרה אחר, מידעים כאמור יישלחו אליך בדואר ישראל.

## פרטי הטיפול (חובה לצרף צילומים בהתאם לטיפול - ראה מעבר לדף)

רשמו את פרטי הטיפולים עפ"י קודי הטיפול והסיבות לטיפול, כמפורט מעבר לדף. בגשר או בניתוח חניכיים נא רשמו משך עד שן (חובה לצרף צילומים בהתאם לטיפול - ראה מעבר לדף).

מס' חשבונית**	הסכום ששולם בגן הטיפול	תאריך גמר הטיפול (בתביעה או בירור בלבד)	צילום גדול הועבר בנפרד סמנו x-ב	סמנו את משטחי הסתימה ב-x						עד שן*	משך	קוד סיבה	קוד טיפול
				M	O	D	L/P	B	CL/V				
													1.
													2.
													3.
													4.

\*העמודה "עד שן" רלוונטית לטיפולים משקמים/חניכיים. \*\*בתביעה לתשלום יש לצרף חשבונית מס מקורית.

## הערות רופא/ה נכבד/ת, פרט את ההערות שברצונך להביא לידיעתנו

לתשומת ליבך, כי לא ניתן לתבוע החזר בגין אותם סכומים מגורמים שונים (כגון חברות ביטוח אחרות או קופות חולים) וקבלת החזרים כפולים עומדת בניגוד להוראות הדין ולהוראות פוליסת הביטוח. הנני מתחייב כי אדווח להראל חברה לביטוח על כל תגמול כספי שאקבל מכל גורם אחר בגין חשבונית זו והריני מאשר להראל חברה לביטוח לערוך כל בדיקה שהיא באשר לזכאותי להחזר/פיצוי בגין חשבונית זו.

חותמת המבוטח

## ויתור על סודיות רפואית

הריני מוותר/ת על הסודיות הרפואית שלי לטובת החברה המבטחת ומורה למסור לה את כל המידע מהתיק הרפואי ו/או הרשומה הרפואית, מכל מוסד הנוחץ למבטח ליישוב פנייתי. אין לי ולא יהיו לי כל טענות ו/או תביעות לכל גורם בגין בקשתי זו.

חותמת המבוטח

צילום	צילום לפני אחר	שם הטיפול	אבחנה
		אבחון	
X		בניית תווך, כולל פינים לסוגיהם	
X		מבנה יצוק בתוספת לכתר	
X		כתר חרסינה מאוהה למתכת לא אצילה	
X		סיבות לטיפול משקם	
		מבנה / כתר בעקבות טיפול שורש	10
		מבנה / כתר מסיבה אסתטית	11
		מבנה / כתר כתוצאה מהרס כותרתי	12
		גשר בעקבות עקירה	13
		החלפת שיחזור בעקבות ט.ש. / ח.ט.ש.	14
		החלפת שיחזור מסיבה אסתטית	15
		החלפת שיחזור כתוצאה מעששת	16
		החלפת שיחזור בעקבות עקירה	17
		תחבובות ותקונים	
X		תחבת חלקית בלסת העליונה - על בסיס שרף	
X		תחבת חלקית בלסת העליונה - נשלפת מויליונים	
X		תחבת שלמה	
		הוספת שן לתחבת חלקית קיימת	
		הוספת 2 לתחבת חלקית קיימת	
		הוספת 3 לבסיס תחבת	
		הוספת שן לתחבת חלקית קיימת	
		הוספת 1, קדומי	
		תיקון שלד יצוק של תחבת (הלחמה)	
		חידוש בסיס תחבת שלמה	
		רפוד תחבת עליונה - מרפאה	
		רפוד תחבת עליונה - מעבדה	
X		ציפוי שן משרף / אקריל בצד השפתי	
X		חבר מדוייק / חצי מדוייק לתחבת חלקית קבועה	
X		כיפת שורש	
		לסת עליונה סימון שן 97. לסת תחתונה סימון שן 98	
		שתלים	
X		החברה כירורגית של שרתל דנטלי, כולל השיפה	
X		מבנה טרומי לשרתל דנטלי	
X		כתר חרסינה מאוהה למתכת לא אצילה על של של	
		אורתודונטיה	
X		וישור שיניים חלקי למשך מתחילך	
X		וישור שיניים מלא למשך מבוגר	
		וישור שיניים חלקי למשך מבוגר	
		טיפול חניכיים	
		הערכה פריודונטלית מקיפה - מטופל חרוש / מוכר	
X		חיתוך וניקוז מורסה / ציסטה (פריודונטלי)	
X		קובוע חץ כותרתי לשיניים נידות (חומר מרוכב)	
X		הארכת כותרת	
		סילוק אבנית והקצעת שורשים - 4 שיניים ויותר	
		ניתוח חניכיים כולל יציב עצם - 4 שיניים ויותר	
X		הרמת מתלה עם החלקת שורשים	
		כל טיפול שאינו מוגדר בטבלה	

צילום	צילום לפני אחר	שם הטיפול	אבחנה
		אבחון	
		הערכה תקיפותית של הפה - מטופל מוכר	
X		צילום נשך - שני צילוקים	
X		צילום פראפיקלי	
X		צילום פנורמי	
X		צילום סטטוס מלא	
X		צילום סטטוס מקביליות מלא	
X		צילום צפלומטר	
X		טומוגרפיה של מפרק הלסת	
X		צילומי פה / פינים	
		תבניות אבחנותיות, מטבע ומודל לימוד	
		מניעה	
		טיפול מונע - מבוגר, הסרת חוד, אבנית וכתמים במשך קבוע ומשך מעבר	
		איטום חריצים, לכל שן	
		רפואה משמרת	
		שיחזור אמלגם משטה 1, משך ראשוני או קבוע	
		שיחזור מורכב על בסיס שרף / אקריל - משטה 1, קדומי	
		טיפול שורש - לא כולל שיחזור סופי	
X		חידוש טיפול שורש	
		סיבות לביצוע ט.ש./ח.ט.ש.	
		ט.ש. כתוצאה מעששת	51
		ט.ש. כתוצאה מתהליך	52
		ט.ש. כתוצאה מבעיית חניכיים	54
		ט.ש. לחטרה פרוטטי/אסתטית	57
		ח.ט.ש. לצורך פרוטטי	81
		ח.ט.ש. כתוצאה מתהליך	82
		ח.ט.ש. כתוצאה מטי.ש. שאינו מושלם	83
X		קישור מור שן נשירה או קבועה	
X		אפסקיפיקציה	
		כרומה	
X		עקירה, שן ששקעה או שורש חשוף, שן אחת	
X		עקירה כירורגית - שן ששקעה לחלל הפה	
X		עקירה כירורגית - שן כלאה ברקמה רכה	
X		עקירה כירורגית - שן כלאה במלואה ברקמה קשה	
		עקירה הנובעת מהרס כותרתי נרחב	60
		עקירה הנובעת מבעיית חניכיים	63
		עקירה לחטרה אורתודונטית	64
		עקירה לחטרה פרוטטית	67
		עקירת שן עודפת	68
X		כריתת חוד השורש - אפיקואקטומי המיסציה	
X		חיתוך וניקוז מורסה - ברקמה רכה בתוך חלל הפה	
		טיפול אחרים	
X		עזרה ראשונה - טיפול בכאב שיניים	
X		שומר מקום קבוע - התקנה	
X		כתר טרומי מפלדת אל חלד - שן נשירה	