

אין לצלם את הטופס
ביטוח הוצאות רפואת שיניים


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

פרטי הרופא/ה		מס' רופא/מרפאה בחברה:		שם וכתובת הרופא/המרפאה:		מס' רישיון הרופא המטפל:		שם הרופא המטפל:	
טל. מרפאה:		טל. נייד:		דוא"ל מרפאה:		הריני מאשר/ת את כל הפרטים, לרבות הטיפולים, כמצוין בטופס זה.		חותמת וחתמת הרופא/ה:	

פרטי מקבל הטיפול יש להעתיק את פרטי מקבל הטיפול הרלוונטיים מתעודת הביטוח בלבד									
מס' ת.ז.		מס' עובד/ת:		מס' פוליסה		מס' טל.		מס' טל. נייד:	
שם פרטי:		שם משפחה:		כתובת:		דוא"ל:			

פרטי הטיפול רשמו את פרטי הטיפולים עפ"י קודי הטיפול והסיבות לטיפול, כמפורט מעבר לדף. בגשר או בניתוח חניכיים נא רשמו משן עד שן (חובה לצרף צילומים בהתאם לטיפול - ראה מעבר לדף).																
מס' חשבונות**	הסכום ששולם בגן הטיפול	תאריך גמר הטיפול (בתביעה או בירור בלבד)	צילום גדול הועבר בנפרד, סמנו ב-X	מצ"ב צילומים/או מסמכים, סמנו ב-X	סמנו את משטחי הסתימה ב-X						עד שן	משן	קוד טיבה	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.	
הריני מוותר/ת על הסודיות הרפואית שלי לטובת החברה המבטחת ומורה למסור לה את כל המידע מהתיק הרפואי ו/או הרשומה הרפואית, מכל מוסד הנחוץ למבטח ליישוב פנייתו. אין לי ולא יהיו לי כל טענות ו/או תביעות לכל גורם בגין בקשתי זו.	
חתימת המבטח 	

B1230 7006502 2/2012 תודיה הראל

