

ביטוח הוצאות רפואת שיניים



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: / /

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

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

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

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 משן עד שן (חובה לצרף צילומים בהתאם לטיפול - ראה מעבר לדף).

קוד טיפול	קוד סיבה	משן	עד שן*	סמנו את משטחי הסתימה ב-X						צילום גדול הועבר בנפרד סמנו ב-X	תאריך גמר הטיפול (בתביעה או בירור בלבד)	הסכום ששולם בגן הטיפול	מס' חשבונית**
				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.

חתימת 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 הנחוץ למבטח ליישוב פנייתי. אין לי ולא יהיו לי כל טענות ו/או תביעות לכל גורם בגין בקשתי זו.

חתימת המבוטח

צילום	צילום לפני	שם הטיפול	אבתה
		אבחון	
X	D2950000	בריית חוון, כולל פינים לסוגיהם	
X	D2952000	מבנה יצוק בתוספת לכתר	
X	D2751000	כתר חרטינה מאוחה לזמרת לא אצולה	
		סיבות לטיפול משקם	
		מבנה / כתר בעקבות טיפול שורש	10
		מבנה / כתר מסיבה אסתטית	11
		מבנה / כתר כחוצאה מורס כותרתי	12
		גשר בעקבות עקירה	13
		החלפת שיחזור בעקבות ט.ש. / ח.ט.ש.	14
		החלפת שיחזור מסיבה אסתטית	15
		החלפת שיחזור כחוצאה מעששת	16
		החלפת שיחזור בעקבות עקירה	17
		תחבובות ותיקונים	
X	D5211000	תחבת חלקית בלסת העליונה - על בסיס שרף	
X	D5213000	תחבת חלקית בלסת העליונה - נשלפת מוטיילום	
X	D5110000	תחבת שלמה	
	D5650000	הוספת שן לתחבת חלקית קיימת	
	D5665000	הוספת וו לתחבת חלקית קיימת	
	D5510000	תיקון שבר בבסיס תחבת	
	D5650000	הוספת שן לתחבת חלקית קיימת	
	D5620000	תיקון שלד יצוק של תחבת (הלחמה)	
	D5710000	חיידוש בסיס תחבת שלמה	
	D5730000	ריפוד תחבת עליונה - מרפאה	
	D5750000	ריפוד תחבת עליונה - מעבדה	
X	D2960000	ציפוי שן משרף / אקריל בצד השפתי	
X	D6950000	מחבר מדוייק / מצץ מדוייק לתחבת חלקית קבועה	
X	D2975000	כיפת שורש	
		לסת עליונה סימון שן 97, לסת תחתונה סימון שן 98	
		שתלים	
X	D6010000	החדרה כירורגית של שתל דנטלי, כולל חשיפה	
X	D6056000	מבנה טרומי לשתל דנטלי	
X	D6060000	כתר חרטינה מאוחה לזמרת לא אצולה על שתל	
		אורטודונטיה	
X	D8020000	יישור שיניים חלקי, לחשן מתחילך	
X	D8090000	יישור שיניים מלא לחשן מבוגר	
	D8040000	יישור שיניים חלקי, לחשן מבוגר	
		טיפולי חניכיים	
	D0180000	הערכה פרודונטלית מקיפה - מטופל חדש / מוכר	
X	D7510000	חיתוך ונקוז מורסה / ציסטה (פרודונטלי)	
X	D4321000	קובע חץ כותרתי לשיניים נידרות (חומר מרובב)	
X	D4249000	הארבת כותרת	
	D4341000	סילוק אבנית והקצעת שורשים - 4 שיניים וזומר	
	D4260000	ניתוח חניכיים כולל עצוב עצם - 4 שיניים וזומר	
X	D4240000	הרמת מתלה עם החלקת שורשים	

כל טיפול שאינו מוגדר בטבלה

צילום	צילום לפני	שם הטיפול	אבתה
		אבחון	
	D0120000	הערכה תזקופית של הפה - מטופל מוכר	
	D272000	צילום גשר - שני צילומים	
X	D0220000	צילום פריאפיקלי	
X	D0330000	צילום פגומי	
X	D0210000	צילום סטטוס מלא	
X	D0210020	צילום סטטוס מקביליות מלא	
X	D0340000	צילום אפילומטרי	
X	D0322000	טומוגרפיה של מפרק הלסת	
X	D0360000	צילומי פה / פנים	
	D0470000	תבניות אבחנותיות, מטבע מודל לימוד	
		מניעה	
	D0110000	טיפול מונע - מבוגר, הסרת רובד, אבנית וכתמים במשן קבוע וסשן מעבר	
	D01351000	איטום חריצים, לכל שן	
		רפואה משמרת	
	D2140000	שיחזור אמלגם משטח 1, משן ראשוני או קבוע	
	D2330000	שיחזור מורכב על בסיס שרף / אקריל - משטח 1, קדמי	
		טיפולי שורש	
X	D3310000	טיפול שורש - לא כולל שיחזור סופי	
X	D3346000	חיידוש טיפול שורש	
		סיבות לביצוע ט.ש./ח.ט.ש.	
		ט.ש. כחוצאה מעששת	51
		ט.ש. כחוצאה מתחילך	52
		ט.ש. כחוצאה מבעיית חניכיים	54
		ט.ש. למטרה פרוטית/אסתטית	57
		ח.ט.ש. לאורך פרוטטי	81
		ח.ט.ש. כחוצאה מתחילך	82
		ח.ט.ש. כחוצאה מושלם	83
X	D3220000	קיוטוע מור שן נשרה או קבועה	
X	D3351000	אפקסיסקציה	
		כירורגיה	
X	D7140000	עקירה, שן שבקעה או שורש חשוף, שן אחת	
X	D7210000	עקירה כירורגית - שן שבקעה לחלל הפה	
X	D7220000	עקירה כירורגית - שן כלאה ברקמה רכה	
X	D7240000	עקירה כירורגית - שן כלאה במלואה ברקמה קשה	
		עקירות	
		עקירה הנובעת מורס כותרתי נרחב	60
		עקירה הנובעת מבעיית חניכיים	63
		עקירה למטרה אורטודונטית	64
		עקירה למטרה פרוטטית	67
		עקירת שן עוזפת	68
X	D3410000	כריתת חוד השורש - אפיקואקטומי	
X	03920000	המיסקציה	
X	D7510000	חיתוך ונקוז מורסה - ברקמה רכה בתוך חלל הפה	
		טיפולים אחרים	
X	D9110000	עזרה ראשונה - טיפול בכאב שיניים	
X	D1510000	שומר מקום קבוע - החלקנה	
X	D2930000	כתר טרומי מפלדת אל חלד - שן נשרה	