

ביטוח שיניים - טופס כללי

תחום ביטוח בריאות

מפיק תוכנית לביטוח גמלאים

משרד ראשי: דרך השלום 53, נתניה 35454

צ"ח המספר במסמך המאמתה לסיבת פרישתך - יש למלא טופס נפרד לכל סוג פרישה.

פרטי רואה/מראפה

שם רואה/מראפה בטרני/רשת: מס' רישון רואה/מראפה: מס' רואה/מראפה בהסכם: לא כן

מס' רואה/מראפה בתר"ח הפיקוק: כתובת:

מס' טלפון: ניד:

פרטי פוליסה

שם פוליסה:

מס' פוליסה:

סוג הפניה

1 2 3 4

התיאור/הקבוצה לאישור מאגש: תביעה פרטית לחשימו/ תביעות מסכם לתשלום בירו/עורר

פרטי המבוטח

שם פרטי ומשפחה:

מס' טלפון: ניד:

ת.ג:

פרטי חשבון בנק (בתביעה פרטית בלבד) - נא לצרף צילום שיק או אישור הגנק על פרטי החשבון

שם בעל החשבון: מס' חשבון:

שם בנק: מס' סניף:

מס' חשבון: מס' סניף:

סוגי טיפול נדרשים לביצוע/מאגש

לסת עליונה				לסת תחתונה			
מס' שן	קטגוריה	מס' שן	קטגוריה	מס' שן	קטגוריה	מס' שן	קטגוריה
21	61	22	62	23	63	24	64
25	65	26	66	27	67	28	68
11	51	12	52	13	53	14	54
15	55	16	56	17	57	18	58
41	81	42	82	43	83	44	84
45	85	46	86	47	87	48	88

לסת עליונה

מס' שן	קטגוריה	מס' שן	קטגוריה
11	51	12	52
13	53	14	54
15	55	16	56
17	57	18	58

לסת תחתונה

מס' שן	קטגוריה	מס' שן	קטגוריה
21	61	22	62
23	63	24	64
25	65	26	66
27	67	28	68
41	81	42	82
43	83	44	84
45	85	46	86
47	87	48	88

הערות - בירו/עורר

טופלים אחרים (אצלנו והסניף, בדיקה, היסטור אבטת, גרעון חיריים)

מס' חשבון: מס' סניף:

לסת תחתונה

מס' שן	קטגוריה	מס' שן	קטגוריה
41	81	42	82
43	83	44	84
45	85	46	86
47	87	48	88

נא להקפיד/י על מילוי הפרטים בגב הטופס.

* בתביעה פרטית יש לצרף את העלות וואריז חיסום של כל טיפול בנפרד.

הצהרת הורפאה

רופא/מורפאת הסכים:
 בחתימתי היריבי מאשר, כי הצעתי לבצע ולא ביצעתי, למבוססת שפרטיו צויים
 לעיל והנני מאשר במסגרת הירישום בטופס זה.
 רופא/מורפאת שאינו בהסכמ:
 בחתימתי היריבי מאשר, כי הצעתי לבצע ולא ביצעתי הטיפולים שפורטו בטופס זה וקבלתי עבורם את
 הסכמותם הנקובים בהתאם לחשבונות מס מקורית המצורפת.

תאריך	
חתימת הורפאה	

הצהרת המבוטח/ת

בתימתי היריבי חותמת/ת על סודיות רפואית כלפי "הפניקס מברזל לביטוח בע"מ" בה אני המבוטח/ת
 בסולימית ביטוח פריזים ומורה למסור לפניקס כל מידע מחוקק חרופאי ולא הרשומה חרופאית מכל מוסד,
 תהווך לה לטיפול בפנייתי.
 אין לי ולא תהיינה לי טענות ו/או טענות כלפי הרום כל שהוא, בגין בקשתי זו.
 בתביעה פרטית: מוצה ומוסכם באת, כי ידיו חשבון הבנק, בהתאם לפרטים שנמסרו לחברה או קבלת
 המחאה, ישמש כאישור לקבלת סכום המביעה וסילוקה חסוף.

תאריך	
חתימת המבוטח/ת	

תנחיות והוצאת חישובות

לתשומת ליבך

- **טופס זה הוא רב תכליתי ומשמש בכל פעם רק לאחת מן המטרות המצוינות**
- בו:**
 1. התייעצות/ בקשה לאישור תואש.
 2. תביעה פרטית לתשלום.
 3. תביעת הסכם לתשלום.
 4. בירור/ערתור.

- מומלץ לשמור העתק של הטופס לצורך בירורים.
- **טופס זה אינו משמש לצורך בדיקה פריודונטלית (מחלות הניכיים) ואינו משמש לצורך בדיקה אורתודונטית (יישור שיניים). בשני המקרים יש להגיש טופס נפרד בהתייחסת המומחה לסריודונטיה או אורתודונטיה בהתאמה.**
- שתלים ניתן לבצע עליי כירורג פה ולסת ולא פריודונט (מומחה לחניכיים) בלבד.
- טיפול פריודונטלי ניתן לבצע עליי פריודונט בלבד.

הנחיות כלליות לחילוי הטופס

1. **בחלונית "יסוג הפניה" -** יש למלא טופס נפרד לכל סוג פניה ולסמן את סוג הפניה המבוקשת.
2. **בחלונית "פרטי מבוטח" -** חובה לציין מס' העודת זהות במסך לציון שם ומשפחה. ללא ציון ת.ז לא תטופל בקשתך
3. **בחלונית "פרטי חשבון בנק" -**
 - 3.1. יש למלא שדה זה רק בעת הגשת תביעה פרטית.
 - 3.2. ציין את פרטי חשבון הבנק אליו הפך מבקש לקבל החזר, בצירוף צילום שיק

או אישור הבנק על פרטי החשבון.

- 3.3. יש למלא את כל השדות בחלונית זו.
- 3.4. ללא ציון פרטי חשבון הבנק, יועבר התשלום לחשבון הבנק האחרון אליו הועברו כספים בפרק זמן של עד שנה, כפי שמופיע במערכות הפניקס.
- 3.5. לא ניתן לקבל החזר באמצעות צ'ק.

4. בחלונית "פרטי רופא/מורפאה" -

- 4.1. חובה לציין פרטים מלאים של הרופא המטפל כולל מס' רישון.
- 4.2. **שים לב!** בעת הגשת בקשה לאישור או תביעה לטיפול המחוייבים על פי הפוליסה להעשות על ידי מומחה, חובה לצרף חותמת מומחה.
- 4.3. על הרופא המטפל לחתום במקום המיועד לכך בגב הטופס.
- 4.4. יש למלא את כל השדות בחלונית זו.
5. **בחלונית "סוגי טיפול נדרשים לביצוע/בוצעו" -** בעת הגשת תביעה יש לציין את עלות הטיפול המפציפי ותאריך גמור הטיפול, לכל טיפול בנפרד.
6. **בחלונית "טיפולים אחרים" -** יש לפרט כל טיפול שלא ניתן לשייך לישו ספציפית (הסרת אבנית, צילום פנורמי / סטטוס וידומה).
7. **חלונית "הערות ערעור/בירור" -** נעדה לכתבת מלל חופשי עליי רופא השיניים.