

## ביטוח שיניים – טופס כללי

ציין המספר במשבצת המתאימה לסיבת פנייתך – יש למלא טופס נפרד לכל סוג פנייה.

← פרטי רופא/מרפאה			← פרטי הפוליסה		← סוג הפניה			
<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן		שם פוליסה	מס' פוליסה	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
שם רופא/מרפאה בסניף/רשת	מס' רישון רופא/מרפאה	רופא/מרפאה בהסכם			התייעצות/בקשה לאישור מראש	תביעה פרטית לתשלום	תביעה הסכם לתשלום	בירור/ערעור
מס' רופא/זכאי בהנה"ח הפניקס			מס' טלפון		← פרטי המבוטח			
כתובת			מס' נייד		שם פרטי			
מס' נייד			מס' טלפון		שם משפחה			
			מס' נייד		ת.ז.			

← פרטי חשבון בנק (בתביעה פרטית בלבד) – נא לצרף צילום שיק או אישור הבנק על פרטי החשבון						
שם בעל החשבון	ת.ז.	שם בנק	שם סניף	מס' חשבון	מס' סניף	מס' בנק

← טיפולים אחרים (צילומי רנטגן, בדיקה, הסרת אבנית, ניתוח חניכיים)

← סוגי טיפול נדרשים לביצוע/בוצעו									
לסת עליונה					לסת עליונה				
מס' שן	left	מס' שן	מחיר הטיפול*	תאריך סיום טיפול*	מס' שן	Right	מס' שן	מחיר הטיפול*	תאריך סיום טיפול*
21	61	11	51		22	62	12	52	
22	62	13	53		23	63	14	54	
23	63	15	55		24	64	16		
24	64	17			25	65	18		
25	65				26				
26					27				
27					28				
28									
לסת תחתונה					לסת תחתונה				
מס' שן	left	מס' שן	מחיר הטיפול*	תאריך סיום טיפול*	מס' שן	Right	מס' שן	מחיר הטיפול*	תאריך סיום טיפול*
31	71	41	81		32	72	42	82	
32	72	43	83		33	73	44	84	
33	73	45	85		34	74	46		
34	74	47			35	75	48		
35	75				36				
36					37				
37					38				
38									

← הערות – בירור/ערעור

נא הקפד/י על מילוי הפרטים בגב הטופס.

\* בתביעה פרטית יש לציין את העלות ותאריך הסיום של כל טיפול בנפרד.

