

- על מנת לסייע לנו לטפל בתביעתך ולתת לך שירות יעיל ומהיה נודה לך אם תוכל למלא את הפרטים בטופס זה במלואם בכל פניה אל חברתנו.
- לתשומת ליבך כי טופס זה הינו רב תכליתי ומשמש בכל עת רק לאחת מן המטרות המצוינות בו. בכל פעם יש להשתמש בטופס רק למטרה אחת ולמלא את מלוא הפרטים הרשומים בטופס בעבור מטרה זו כדלקמן:
- התייעצות מוקדמת/בקשה לאישור מראש - סעיפים 1,3,4.
- תביעות - סעיפים 1,2,3,4.
- בירור/ערעור - סעיפים 1,3,6.
- בכל פניה יש להקפיד על חתימת המבוטח ליד כתב ויתור על סודיות רפואית וליד כל שורת טיפול ולהקפיד על חתימה וחתימת המרפאה/רופא/מכון מטפל במקום המיועד לכך. ללא קבלת טופס חתום וממולא כנדרש, לרבות המצאת מלוא המסמכים הנדרשים לטיפול בתביעה, בהתאם לדרישת חברת הביטוח, יושהה הטיפול בתביעה/ בבקשה/ בתוכנית טיפול/ בפניה דנן.
- שתלים וטיפולים פריודנטליים יבוצעו ויאושרו ע"י רופאים מומחים/ מורשים מטעם חברת הביטוח בלבד.
- בתביעות פרטיות יש לצרף קבלה מקורית + צילום שיק וכל מסמך אחר הדרוש לטיפול בתביעה.
- את הטופס המקורי יש לשלוח באמצעות הדואר בעבור:
- מחלקת ביטוח שיניים | רח' ראול ולנברג 36 | ת.ד. 37070 | תל אביב 6136902 סל. 1-700-501501 | פקס 077-6383041 | www.clal.co.il
- יובהר כי טופס זה אינו מהווה התחייבות לתשלום ו/או הכרה בזכאות המבוטח לתשלום כלשהו וכי אישור/דחיית תביעה לתשלום תועבר בנפרד ע"י חברת הביטוח לאחר בדיקת מסמכי התביעה, אשר תתברר בהתאם לתנאי הפוליסה הרלוונטית.

קוד	שם הטיפול	צילום	לפני	אחרי
פריודנטליה				
800	בדיקה פריודנטלית	X		
193	ניקוי אבן במרפאת פריודונט			
801	הקצעת שורשים + צ'ארט	X		
802	ניתוח חניכיים + השתלת עצם + צ'ארט	X		
803	ניתוח מטלית + צ'ארט	X		
818	כריתת חניכיים	X		
842	סד מאמלגם	X		
191	סד לילה			
776	הארכת כותרת	X		
משקמים				
501	מבנה יצוק	X		
502	מבנה מידי	X		
503	החלפת מבנה מידי	X		
504	החלפת מבנה יצוק	X		
601	כתר חרסינה	X	X	
603	החלפת כתר	X	X	
700	תותבת חלקית להוצאה מאקריל עליונה	X		
701	תותבת חלקית להוצאה מאקריל תחתונה	X		
719	תותבת חלקית כרום קובלט עליונה	X		
718	תותבת חלקית כרום קובלט תחתונה	X		
727	החלפת תח"ל אקריל	X		
728	החלפת תח"ל כרום קובלט	X		
750	תותבת שלמה עליונה להוצאה	X		
757	פליפר	X		
781	תותבת שלמה תחתונה להוצאה	X		
752	תותבת זמנית על בסיס שרף אקריל עליונה	X		
780	תותבת זמנית על בסיס שרף אקריל תחתונה	X		
740	תיקון שבר בתותבת	X		
730	הוספת שן בתותבת	X		
768	ריפוד רך לתותבת	X		
770	ריפוד קשה לתותבת	X		
השתלות שיניים				
853	שתל	X	X	
521	מבנה לשתל	X		
693	כתר לשתל	X		
39	צילום סי.טי. לסת אחת			
36	צילום סי.טי. שתי לסתות			

קוד	שם הטיפול	צילום	לפני	אחרי
משמר				
1	בדיקה ראשונית	X		
2	בדיקה תקופתית	X		
3	הרדמה כללית			
30	צילום נשך			
40	צילום פריאפיקלי			
50	צילום פנורמי			
60	צילום סטטוס			
61	צילום סטטוס מקביליות			
70	עזרה ראשונה			
80	הסרת אבנית			
90	פלואוריד לילדים			
100	סתירת אמלגם			
107	סתמה לבנה			
114	סתמה + פין			
200	קיטוע מוך	X	X	
201	טיפול שורש תעלה 1	X	X	
202	טיפול שורש תעלה 2	X	X	
203	טיפול שורש תעלה 3	X	X	
207	טיפול שורש תעלה 4	X	X	
204	חידוש ט.ש תעלה 1	X	X	
205	חידוש ט.ש תעלה 2	X	X	
206	חידוש ט.ש תעלה 3	X	X	
208	חידוש ט.ש תעלה 4	X	X	
300	עקירה רגילה	X		
301	עקירת שן נוספת	X		
303	עקירה כירורגית	X		
309	עקירת שן חלב	X		
308	עקירת שן כלואה	X		
360	כתר טרומי	X		
370	איטום חריצים			
980	קיטוע חוד השן	X		
981	קיטוע חוד נוסף	X		
223	גז צחוק			
350	המיסקציה/אמפוטציה	X	X	
372	ניקוז מורסה/כירורגי	X		
אורטודנטיה				
408	בדיקת מומחה	X		
54	סט אורתודנטי	X		
58	טיפול במכשיר נייד	X		
59	טיפול מלא בלסת אחת	X		
846	טיפול מלא בשתי לסתות	X		

ביטוח שיניים

סמן ✓ במשבצת המתאימה לסיבת פנייתך - יש למלא טופס
 נפרד לכל סוג פנייה

- מיפוי פה (סעיף 1,3,4) התייעצות / בקשה לאישור מראש (סעיף 1,3,4)
 תביעה (סעיף 1,2,3,4) הפנייה למומחה (סעיף 1,3,4)
 ערעור / בירור (סעיף 1,3,6)

טאטאט

הצהרת המועמד לביטוח על ויתור סודיות רפואית

אני הח"מ _____ ת.ז. _____, הואיל והגשתי תביעה נגד חברת הביטוח: כלל חברה לביטוח בע"מ (להלן - "חברת הביטוח") ו/או הנני מבטוח שלה ו/או בקשתי להיות מבטוח על ידה, הריני מאשר ומרשה למסור לחברת הביטוח את המידע המצוי ברשותכם אודותיי, ללא יוצא מן הכלל, ובאופן שתדרוש חברת הביטוח, לרבות פרטים על מצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסינדר. אני משחרר בזה אתכם מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע לאמור לעיל כלפי חברת הביטוח וכלפי כל נושא משרה ו/או עובד ו/או ב"כ ו/או חוקר ו/או רופא ו/או מומחה אחר של חברת הביטוח או מטעמה, ולא תהיה לי אליכם כל טענה או תביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת מידע כאמור.

בחתמתי להלן, אני מאשר שאני מודע לכך, שאתם רשאים למסור את המידע כאמור על יסוד טופס זה.

תאריך _____ חתימת המבטוח _____

1. פרטי המבוטח (יש להעתיק מכרטיס המבוטח)

שם פרטי ומשפחה	ס.ב.	מספר זהות	טלפון / נייד	כתובת	מס' פוליסה / שם הקולקטיב	כתובת מייל
----------------	------	-----------	--------------	-------	--------------------------	------------

2. פרטי חשבון בנק (בתביעה פרטית בלבד) - יש לצרף צילום צ'ק לדוגמה

שם בעל החשבון	ס.ב.	מספר זהות	שם בנק	שם סניף	מס' חשבון	מס' סניף	מס' בנק
---------------	------	-----------	--------	---------	-----------	----------	---------

3. פרטי רופא / מרפאה

שם רופא / מרפאה	מספר רישיון	טלפון	רופא / מרפאה בהסכם <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	תאריך _____ חתימה וחותמת רופא / מרפאה	לרופא / מרפאה שלא בהסדר: אני מאשר כי קיבלתי עבור הטיפולים המפורטים את הסכומים הנקובים בטופס זה	לרופא / מרפאה וחתימת _____ חתימה וחותמת	כתובת מייל
-----------------	-------------	-------	--	---------------------------------------	--	---	------------

4. מצב השיניים

L מספר השן	קוד	תיאור	(ימולא בתביעה פרטית בלבד)	חתימת המבוטח	תיאור	ביצוע הטיפול	תאריך	R מספר השן	קוד	תיאור	(ימולא בתביעה פרטית בלבד)	חתימת המבוטח	תיאור	ביצוע הטיפול	תאריך
28								18							
27								17							
26								16							
25 65								15 55							
24 64								14 54							
23 63								13 53							
22 62								12 52							
21 61								11 51							
31 71								41 81							
32 72								42 82							
33 73								43 83							
34 74								44 84							
35 75								45 85							
36								46							
37								47							
38								48							

5. טיפולים אחרים (כגון: צילומי רנטגן, בדיקה, הסרת אבנית, ניתוח חניכיים, טיפול אורתודונטי וכו')

קוד	תיאור	מחיר*	חתימת המבוטח	תאריך גמר הטיפול

6. הערות - בירור / ערעור
