

שם המבוטח	מספר זהות
מספר תביעה	מספר פוליסה

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעפרון

דף הנחיות למילוי טופס 761

הנחיות להגשת פניה לטיפול שיניים אצל רופא שאינו בהסכם

מיפוי פה /התייעצות מוקדמת /תביעה/ הפנייה למומחה/ בקשה לאישור תכנית טיפול/ ערעור/בירור

מבוטח/ת יקר/ה,

בכל מקרה של צורך בתביעת שיניים עליך לפנות למחלקת תביעות שיניים במגדל ולמלא אחר ההנחיות שלהלן:

בשלב הראשון:

עליך לוודא כי הטיפול המבוצע כלול בטבלת הטיפולים **המכוסים בחוזה הביטוח** שברשותך, וכן שאינו דורש בקשה לאישור תוכנית טיפול מראש טרם ביצוע הטיפולים. בנוסף, עליך למלא את כל הפרטים המבוקשים ולהעביר אלינו טופס להגשת פניה לטיפול שיניים אצל רופא שאינו בהסכם (המצ"ב).

א. חלק א', כולל את פרטי המבוטח. בכל פניה עליך להקפיד על מילוי סעיף א' של הטופס הכולל פרטים מלאים שלך. (לדוגמא: ת.ז, שם, כתובת, מספר טלפון).

ב. חלק ב', נועד למילוי על ידי רופא שיניים/ מכון שאינו בהסכם. יש למלא את פרטי הרופא ואישורו לטיפול, על הסעיף לכלול חתימה וחותמת רופא שאינו בהסכם.

לתשומת ליבך,

בכל פניה עליך לסמן בחלק א' את מטרת הטופס בשורת המטרות בחלקו העליון של הטופס:

מיפוי פה /התייעצות מוקדמת /תביעה/ הפנייה למומחה/ בקשה לאישור תכנית טיפול/ ערעור/בירור

לטופס זה יש לצרף:

- צילומי אבחנה ו/או סיום טיפול - לפי הנדרש בתנאי חוזה הביטוח שברשותך עבור הטיפולים הנתבעים. יש לציין פרטים מזהים על גבי המסמכים, כגון: מס' זהות ושם מלא של המבוטח.
- בטיפולים אורטודנטיים - יש לצרף תדפיס טיפולים.
- חתימה וחותמת רופא מבצע הטיפולים על גבי טופס התביעה (יש לבדוק בתנאי החוזה באם נדרש ביצוע ע"י מומחה מטעם משרד הבריאות הישראלי, עבור הטיפול הספציפי כתנאי לכיסוי).
- פירוט מחיר עבור כל טיפול בנפרד לצורך חישוב ההחזר.
- קבלות מקור בהגשת תביעה בדואר או צילום קבלות בהגשת תביעה אונליין בגין השירות שניתן עם חותמת וחתימת המרפאה.
- אם ההחזר הכספי הינו מעל 5,000 ש"ח עליך לצרף צילום המחאה או אישור מהבנק על פרטי חשבונך. במידה והמבוטח קטין יש להעביר מכתב חתום על ידי שני ההורים שבו יצוין אופן התשלום הנדרש בצירוף תצלום תעודת זהות.

מה יקרה בהמשך:

לאחר קבלת טופס התביעה והמסמכים הרלוונטיים תיבחן זכאותך לכיסוי הביטוחי, בהתאם לחוזה הביטוח שברשותך ולרובד כיסוי הביטוחי אליו הצטרפת.

אופן הגשת התביעה:

באפשרותך לנהל את תביעתך באמצעות שירות "הגשת תביעה Online" שניתן באתר החברה בכתובת www.migdal.co.il או דרך אפליקציית מגדל בנייד. שירות "הגשת תביעה Online" מאפשר לך להגיש תביעה, להעלות מסמכים חסרים ולצפות בסטטוס הטיפול בתביעה בכל זמן ובכל מקום. השלמת מסמכים חסרים ניתן לשלוח גם באמצעות SMS עם המילה "תביעות" לטלפון נייד שמספרו: 055-7000113. למידע נוסף ניתן לפנות למוקד התביעות בטלפון 076-8865151 בימים א'-ה' בין השעות 08:00-16:30.

ניתן להגיש את טופס התביעה והמסמכים המבוקשים מעלה באחת מהאפשרויות הבאות:

- באמצעות לינק דיגיטלי
 - לתיבת דואר אלקטרוני: dentalclaim@migdal.co.il
 - בפקס: 03-5637222
 - באמצעות דואר ישראל לכתובת המופיעה מטה עבור: תביעות שיניים
- לידיעתך, טופס זה אינו מהווה התחייבות לתשלום ו/או הכרה בזכאות המבוטח לתשלום כלשהו ואין בהגשת טופס התביעה כדי להאריך את תקופת ההתיישנות הקבועה בחוק.

בברכה,
תביעות שיניים

כל הדרכים לצור איתנו קשר

www.migdal.co.il | בחנויות האפליקציות App Store/Google Play | סוכן הביטוח שלך | Whatsapp 054-9201028 | מוקד טלפוני 03-9201010

כתובת למשלוח דואר: מגדל חברה לביטוח בע"מ. ת"ד 3063 קרית אריה, פתח תקוה, מיקוד 4951106



011647610103190722

עמוד 1 מתוך 6

מגדל חברה לביטוח בע"מ
קוד מסמך: 164



מספר זהות	שם המבוטח
מספר פוליסה	מספר תביעה

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעפרון

טופס להגשת פניה לטיפול שיניים אצל רופא שאינו בהסכם

טופס מספר **761**

חלק א' - למילוי בידי המבוטח

סמן ב- X את סיבת פנייתך.

ניתן לבחור מס' קטגוריות יחד למעט תביעה ובקשה לאישור תכנית טיפול.

מיפוי פה התייעצות מוקדמת תביעה הפנייה למומחה בקשה לאישור תכנית טיפול ערעור / בירור

א. פרטי המבוטח הראשי / ראש משפחה

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	מספר טלפון נייד	דואר אלקטרוני
-----------	----------	---------	-----------------	---------------

פרטי המבוטח / מטופל

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה
-----------	----------	---------	------------

יישוב	כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	מס' דירה	ת"ד	מיקוד
-------	---------------------	---------	----------	-----	-------

מספר טלפון	מספר טלפון נייד	מספר פקס	סוג הסכם	מס' הסכם	שם מעסיק (קולקטיב)
------------	-----------------	----------	----------	----------	--------------------

שם קופת חולים	סוג תוכנית שב"ן
---------------	-----------------

כללית מכבי לאומית מאוחדת

האם יש לך ביטוח שיניים כלשהו נוסף במקום העבודה או ביטוח פרטי אחר? לא כן, פרט: _____

ב. אופן קבלת הודעות ומסמכים יש לבחור מטה את דרך יצירת הקשר עימך, לפי הפרטים שצינת לעיל

<p><input type="checkbox"/> דואר אלקטרוני* (יש למלא גם מספר טלפון נייד)</p> <p><input type="checkbox"/> דואר ישראל</p> <p><input type="checkbox"/> פקס</p> <p>בהעדר תשובה, הודעות החברה ישלחו אליך באמצעות דואר אלקטרוני אם קיים בחברה.</p>	<p>* הצהרה למבקשים לקבל הודעות בדואר אלקטרוני: אני מסכים כי בכל מקום בו מכוח החוק ו/או הפוליסות שיש לי במגדל חברה לביטוח בע"מ, נדרשת החברה, או מי מטעמה, להעביר למבוטח מידע ו/או מסמך בכתב, תהיה לחברה או למי מטעמה אפשרות להעביר אלי את המידע ו/או המסמך בדואר אלקטרוני לכתובת האי-מייל שרשמה על ידי בטופס זה, במקום בדואר, אף אם הוא כולל "מידע רגיש" כהגדרתו בחוק הגנת הפרטיות.</p>
---	--

תאריך	שם פרטי ושם משפחה	מספר תעודת זהות	חתימה*
-------	-------------------	-----------------	--------

ג. הצהרות המבוטח - אני הח"מ מצהיר ומתחייב כי

- ידוע לי כי לא ניתן לתבוע החזר בגין אותם סכומים מגורמים שונים (כגון: חברות ביטוח אחרות או קופות חולים), וקבלת החזרים כפולים עומדת בניגוד להוראות הדין והפוליסה. כן הנני מתחייב לשפות ו/או לפצות את מגדל ו/או מי מטעמה, מיד עם דרישתה, ולהחזיר לה כל סכום ששולם על ידה בגין הקבלות, אם אקבל תשלום מגורם ו/או מקור אחר בגין ו/או בקשר עם הקבלות.
- ידוע לי כי הפוליסה בגינה הוגשה התביעה הינה פוליסת שיפוי, במסגרתה הנני זכאי להחזר מלא ו/או חלקי בגין הוצאות שהוצאתי ו/או תשלומים ששילמתי בפועל, על פי הקבלות אשר העתקן מצורף לתביעה זו - הכל בהתאם לתנאי הפוליסה (להלן: "הקבלות").
- כל האמור לעיל הוא נכון, וכי לא העלמתי דבר הקשור עם התביעה הנוכחית. ידוע לי על פי הוראות החוק, מסירת מידע כוזב או מטעה עלולה לגרום לדחיית התביעה ו/או לשלילת זכות המבוטח להחזר על פי הפוליסה.
- ידוע לי שהדיווח על ביצוע ההעברה הבנקאית שיועבר אליי באחד מהאמצעים שרשמתי לעיל, יכלול פרטים אישיים שלי ואני אחראי באופן בלעדי לכל חשיפה ו/או מסירה של הפרטים האישיים הנ"ל לגורם שלישי כלשהו.
- אני מאשר את תוכנית הטיפול שהביא לידיעתי הרופא.

במקרה של קטין/חסוי, יצינו את שמם ויחתמו האפוטרופוסים על פי דין. במידה וקיים צו מינוי אפוטרופוס - יש לצרפו.

תאריך	שם פרטי	שם משפחה	מספר ת.ז.
-------	---------	----------	-----------

יחס הקרבה של החותם למבוטח (במידה והחותם אינו המבוטח)	חתימה*	חתימת הורה נוסף במקרה של קטין*
--	--------	--------------------------------

מק"ט 531100001 (מהדורה 07.2022)





מספר זהות	שם המבוטח
מספר פוליסה	מספר תביעה

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעפרון

ד. אופן ביצוע תשלום בהעברה בנקאית

במידה והתביעה תאושר, התשלום יבוצע באמצעות העברה בנקאית.
במידה ותביעתך להחזר כספי הינה מעל 5,000 ₪ יש לצרף צילום המחאה או אישור מהבנק על פרטי חשבונך.

אני הח"מ:

מבקש ומאשר בזאת להעביר את סכום תגמולי הביטוח המגיעים לי בעקבות האירוע הביטוחי כמפורט בהודעת התביעה, ככל שיקבע על ידכם כי אני זכאי לתגמולים אלה, באמצעות העברה בנקאית ישירות אל חשבון הבנק שברשותי כמפורט להלן:

שם בעל החשבון	ת.ז בעל חשבון	שם הבנק	מספר הבנק	מספר הסניף	שם הסניף	מספר החשבון

אני מאשר מצהיר ומתחייב כדלקמן:

- כל הנתונים שמסרתי לכם לגבי העברה הבנקאית הנ"ל נכונים, מדויקים ונבדקו עלי ידי.
- אני מצהיר בזאת שהחשבון על שמי ו/או משותף לי ולבן/ת זוגי.
- ההעברה הבנקאית הנ"ל מבוצעת בהתאם לבקשתי על אחריותי בלבד.
- אני מוותר על כל טענה / דרישה / תביעה בקשר להעברה הבנקאית הנ"ל.
- ידוע לי כי אם הפרטים על פי בדיקתכם אינם נכונים ו/או לא צורף צילום של המחאה מבוטלת- יבוצע התשלום בהמחאה.
- ידוע לי שאין בהסכמתי זו משום התחייבות כלשהי של חברת הביטוח להכיר בכיסוי הביטוחי או בגובה תגמולי הביטוח

לתשומת ליבך,

במידה והמבוטח הינו קטין יש להעביר מכתב חתום על ידי שני ההורים שבו יצוין אופן התשלום הנדרש, בצירוף תצלום תעודת זהות.

חתימה *

תאריך

ה. ויתור על סודיות רפואית וכללית

אני הח"מ נתן בזה רשות לכל מוסד רפואי למסור למגדל חברה לביטוח בע"מ כל מידע רפואי ו/או צילומים הנחוצים למבטח לצורך ישוב פנייתי. אני מוותר על סודיות רפואית זו כלפי המבקשת ולא תהא לי כל טענה או תביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת מידע זה כלפי המוסדות ו/או למי מעובדיהם ו/או נותני השירות שלהם.

חתימה *

תאריך





מספר זהות	שם המבוטח
מספר פוליסה	מספר תביעה

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעפרון

חלק ב' - למילוי על ידי רופא השיניים המטפל

חלק זה ימלא על ידי רופא שיניים מקצועי המטפל במבוטח שאינו בהסכם (פרטי)

א. פרטי הרופא ואישור לטיפול									
מספר זהות		שם הרופא		שם המרפאה		מספר רישיון		תאריך אישור ביצוע הטיפולים	
מספר טלפון		מספר טלפון נייד		מספר פקס		דואר אלקטרוני		מס' ספק במגדל	
מספר זהות המבוטח		שם המבוטח		שם משפחה של המבוטח					
הריני מאשר כי ברצוני לבצע ו/או ביצעתי את הטיפולים המפורטים להלן.									
תאריך					חתימה וחותמת רופא / המרפאה *				

ב. מצב שיניים											
בבקשך לרשום בטבלה את קודי הטיפול ותיאור הטיפול כמפורט בהתאם לטבלת קודי טיפול (סעיף ה')											
תאריך ביצוע הטיפול	מחיר טיפול	תיאור הטיפול	קוד הטיפול	R מספר השן		תאריך ביצוע הטיפול	מחיר טיפול	תיאור הטיפול	קוד הטיפול	L מספר השן	
				שן חלב	שן קבועה					שן חלב	שן קבועה
					18						28
					17						27
					16						26
				55	15					65	25
				54	14					64	24
				53	13					63	23
				52	12					62	22
				51	11					61	21
				81	41					71	31
				82	42					72	32
				83	43					73	33
				84	44					74	34
				85	45					75	35
					46						36
					47						37
					48						38

מק"ט 531100001 (מחזורי 10.2021)

1683



שם המבוטח	מספר זהות
מספר תביעה	מספר פוליסה

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעפרון

ה. טבלת קודי טיפול

מצב השיניים (סעיף ב)			מצב השיניים (סעיף ב)			טיפולים אחרים (סעיף ג)		
קוד טיפול	תיאור טיפול	סוג טיפול	קוד טיפול	תיאור טיפול	סוג טיפול	קוד טיפול	תיאור טיפול	סוג טיפול
851	אלבואולופלסטיקה	כירורגיה	200	קישור מוך	משמר	826	בדיקת מומחה אורטו	אורטודנטיה
862	הבקעה מאולצת / שן כלואה	כירורגיה	703	שומר מקום	משמר	828	טיפול אורטודונטי לסת עליונה	אורטודנטיה
847	השתלת עצם	כירורגיה	121	תוספת פין אחד	משמר	831	טיפול אורטודונטי לסת תחתונה	אורטודנטיה
333	טיפול בציטטה	כירורגיה	122	תוספת פין שני ומעלה	משמר	830	טיפול אורטודונטי מורכב 2 - לסתות	אורטודנטיה
388	ניתוח עקירת ניב כלוא	כירורגיה	712	הארכת כותרת	פרוטטיקה	832	טיפול אורטודונטי מלא	אורטודנטיה
935	שימור שתלים	כירורגיה	705	החלפה או תוספת וו	פרוטטיקה	954	טיפול אורטודונטי מלא למבוגרים - 2 לסתות	אורטודנטיה
806	שתלים דנטלים	כירורגיה	609	החלפת כתר ויניר	פרוטטיקה	885	טיפול אורטודונטי ראשוני FASE1	אורטודנטיה
307	איטום חריצים	משמר	607	החלפת כתר זרקוני	פרוטטיקה	829	טיפול אורת' לשיניים בודדות	אורטודנטיה
219	אפקסיקציה ישיבה 1	משמר	602	החלפת כתר חרסניה	פרוטטיקה	814	תיקון ליקוי סגר - איזון מנשך	אורטודנטיה
220	אפקסיקציה ישיבה 2 והילך	משמר	529	החלפת כתר על גבי שתל	פרוטטיקה	852	ביופסי - הוצאת רקמה	כירורגיה
386	הלבנת שיניים	משמר	505	החלפת מבנה יצוק	פרוטטיקה	853	ביופסי מבית חולים	כירורגיה
330	המיסקציה ואמפוטציה	משמר	504	החלפת מבנה ישיר	פרוטטיקה	335	הוצאת אבן מצינור בלוטת הרוק	כירורגיה
394	המסקציה אמפוטציה ע"י מומחה	משמר	530	החלפת מבנה לשתל	פרוטטיקה	845	הרמת סינוס - צד ימין	כירורגיה
337	השלמת כותרת	משמר	909	החלפת מחבר על שתל	פרוטטיקה	846	הרמת סינוס - צד שמאל	כירורגיה
305	חוד נוסף באותה ישיבה	משמר	706	החלפת מחבר על שתל	פרוטטיקה	839	ממברנות	כירורגיה
357	חידוש טיפול שורש מומחה 1	משמר	716	חיבור מדוייק	פרוטטיקה	850	פרנקטומי	כירורגיה
358	חידוש טיפול שורש מומחה 2	משמר	707	חידוש בסיס תותבת	פרוטטיקה	1	בדיקה ראשונית	משמר
359	חידוש טיפול שורש מומחה 3	משמר	737	כיפת שורש	פרוטטיקה	2	בדיקה תקופתית	משמר
401	חידוש טיפול שורש מומחה 4	משמר	603	כתר זמני	פרוטטיקה	250	גז צחוק / ניטרוס / סדציה	משמר
204	חידוש טיפול שורש תעלה 1	משמר	606	כתר זרקוני	פרוטטיקה	8	הסרת אבנית 1	משמר
205	חידוש טיפול שורש תעלה 2	משמר	608	כתר זרקוני על גבי שתל	פרוטטיקה	823	הסרת אבנית במרפאת הפריודונט	משמר
206	חידוש טיפול שורש תעלה 3	משמר	601	כתר חרסניה עם או בלי מתכת	פרוטטיקה	403	הרדמה כללית אוטו סדציה	משמר
334	טיפול במכתשת יבישה	משמר	600	כתר מלא או ויניר	פרוטטיקה	310	ישיבה לפלואריזציה	משמר
207	חידוש טיפול שורש תעלות 4	משמר	604	כתר על שתל	פרוטטיקה	810	ניקוי אבנית לפני ניתוח חניכיים	משמר
354	טיפול שורש מומחה 2 תעלות	משמר	501	מבנה יצוק	פרוטטיקה	7	עזרה ראשונה	משמר
353	טיפול שורש מומחה 3 תעלות	משמר	500	מבנה ישיר	פרוטטיקה	380	עקירת שן עודפת	משמר
365	טיפול שורש מומחה 4 תעלות	משמר	503	מבנה לשתל	פרוטטיקה	400	בדיקה ותוכנית טיפול פרוטטית	פרוטטיקה
355	טיפול שורש מומחה תעלה 1	משמר	836	מחבר על שתל	פרוטטיקה	756	בר על שתלים לתותבת שלמה	פרוטטיקה
201	טיפול שורש תעלה 1	משמר	507	מתאם לכתר	פרוטטיקה	698	השחזה סלקטיבית	פרוטטיקה
202	טיפול שורש תעלה 2	משמר	719	פליפר	פרוטטיקה	739	ריפוד רך במעבדה	פרוטטיקה
203	טיפול שורש תעלות 3	משמר	710	ריפוד קשה במעבדה	פרוטטיקה	740	תותבת שלמה על שתלים כולל BAR	פרוטטיקה
199	כיפוי מוך ישיר	משמר	736	ריפוד קשה לתותבת במרפאה	פרוטטיקה	800	בדיקה פריודונטית ותכנית טיפול	פריודנטיה
210	כרית חניכיים	משמר	708	ריפוד רך במרפאה	פרוטטיקה	869	בדיקה פריודונטית תקופתית	פריודנטיה
306	כתר טרומי	משמר	726	תוספת שן נוספת לתותבת	פרוטטיקה	880	טיפול תחזוקתי בדיקה וניקוי אבן	פריודנטיה
383	ניקוז דרך חניכיים	משמר	724	תוספת שן ראשונה לתותבת	פרוטטיקה	813	סד לילה	פריודנטיה
308	ניקוז מורסה דרך השן	משמר	701	תותבת חלקית להוצאה כרום קובלט	פרוטטיקה	13	אנליזה	צילומים
282	סתימת אמלגם 2 משטחים	משמר	733	תותבת חלקית זמנית - 3 שיניים ויותר	פרוטטיקה	893	סט אורטודונטי	צילומים
283	סתימת אמלגם 3 משטחים	משמר	734	תותבת חלקית זמנית - עד 2 שיניים	פרוטטיקה	887	צילום C.T - לסת עליונה	צילומים
281	סתימת אמלגם משטח 1	משמר	700	תותבת חלקית להוצאה מאקריל	פרוטטיקה	891	צילום C.T - לסת תחתונה	צילומים
279	סתימת קולצר 2 משטחים	משמר	717	תותבת מיידיית שלמה	פרוטטיקה	819	צילום C.R לפה	צילומים
280	סתימת קולצר 3 משטחים ומעלה	משמר	725	תותבת מעבר זמנית על בסיס שרף אקריל	פרוטטיקה	3	צילום נשך 1	צילומים
278	סתימת קולצר משטח 1	משמר	702	תותבת שלמה	פרוטטיקה	19	צילום סגרי	צילומים
221	עקירה או חשיפת שיניים/לכטים כלואות	משמר	696	תותבת שלמה רוכבת ללסת	פרוטטיקה	6	צילום סטטוס	צילומים
299	עקירה כיר' מומחה	משמר	709	תיקון פסטה לכתר	פרוטטיקה	38	צילום סטטוס דיגיטלי	צילומים
302	עקירה כירורגית או שן כלואה	משמר	704	תיקון שבר בתותבת	פרוטטיקה	28	צילום סטטוס מקבילות	צילומים
378	עקירה כירורגית שן לא כלואה	משמר	801	הקצעת שורשים (קורטז)	פריודנטיה	5	צילום פנורמי	צילומים
440	עקירה למטרה אורטודונטית	משמר	825	השתלת חניכיים	פריודנטיה	39	צילום פנורמי דיגיטלי	צילומים
369	עקירה נוספת של שן נשרה באותה ישיבה	משמר	882	טיפול בהחדרת תרופות מקומיות לכיס פרי'ו	פריודנטיה	4	צילום פריאפיקלי 1	צילומים
300	עקירה רגילה	משמר	879	טיפול שמרני משלים ל 1/6 פה	פריודנטיה	18	צילום צלמטרי	צילומים
379	עקירת שן כלואה	משמר	803	ניקוז מורסה ממקור פריודנטלי	פריודנטיה	14	תמונות פנים שיניים	צילומים
301	עקירת שן נוספת	משמר	802	ניתוח חניכיים ל- 1/6 פה	פריודנטיה			
368	עקירת שן נשרה	משמר	804	סד אמלגם	פריודנטיה			
303	פתיחת מורסה כירורגית	משמר	803	סד מחומר מרוכב	פריודנטיה			
304	קישור חוד השן	משמר	799	פריוצ'יפ	פריודנטיה			
223	קישור חוד השן-מומחה	משמר						

