

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 3008 הנחיות להגשת פניה בגין טיפולי שיניים פריודנטאלים בלבד / בקשה לאישור תכנית פריודונטלית אצל רופא בהסכם

רופא נכבד,

על מנת להקל על הטיפול בפניית המבוטח, להלן הנחיות להגשת פניה בגין טיפולי שיניים פריודנטאלים.

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.
- 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).
- במקרה של גביית השתתפות עצמית מהמבוטח יש לצרף העתק קבלה.

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



0113830080104190722

עמוד 1 מתוך 4 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ
קוד מסמך: 138



שם המבוטח	מספר זהות
מספר תביעה	מספר פוליסה

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

טופס פניה לטיפול שיניים פריודנטלים בלבד / בקשה לאישור תכנית פריודונטלית

אצל רופא בהסכם

טופס מספר **3008**

טופס זה ימולא על ידי רופא פריודונט מומחה בעל תעודת מומחיות מטעם משרד הבריאות הישראלי.

טופס זה ימולא על ידי רופא שיניים מקצועי בהסכם המטפל במבוטח

אמן ב-X את סיבת פנייתך.

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

מיפוי פה בדיקה פריודנטלית תביעה בקשה לאישור תכנית טיפול פריודנטלית 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
מספר טלפון	מספר טלפון נייד	מספר פקס	סוג הסכם
שם קופת חולים	מס' הסכם	שם מעסיק (קולקטיב)	פרט <input type="checkbox"/> קולקטיב <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> מאוחדת	סוג תוכנית שב"ן		

ב. פרטי הרופא ואישורו לטיפול

מספר זהות	שם המרפאה	שם הרופא	מספר רישיון	תאריך אישור ביצוע הטיפולים
מספר טלפון	מספר טלפון נייד	מספר פקס	דואר אלקטרוני	מס' ספק במגדל

הריני מאשר כי ברצוני לבצע ו/או ביצעתי את הטיפולים המפורטים להלן.

תאריך	חתימה וחתימת רופא / המרפאה *
-------	------------------------------



שם המבוטח	מספר זהות
מספר תביעה	מספר פוליסה

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

ג. מצב שיניים

יש לסמן ב-X שן חסרה. יש לסמן עומק כיסים - הגדול ביותר מסיבי לשן, מעל 4 מ"מ.

לסת תחתונה							לסת עליונה								
מספר השן	השתתפות עצמית	תכנית טיפול	איבוד עצם	סימני דלקת G.I	אבנית	תזוזת שן (2) (3)	עומק כיסים	מספר השן	השתתפות עצמית	תכנית טיפול	איבוד עצם	סימני דלקת G.I	אבנית	תזוזת שן (2) (3)	עומק כיסים
18								48							
17								47							
16								46							
15								45							
14								44							
13								43							
12								42							
11								41							
21								31							
22								32							
23								33							
24								34							
25								35							
26								36							
27								37							
28								38							

קוד	סוג טיפול / מצב בריאות
0	אבנית
0	אין
1	התחלתית
2	בינונית
3	רבה
	תזוזת שן
2	תזוזה הורזנטלית
3	תזוזה ורטיקלית

קוד	סוג טיפול / מצב בריאות
	איבוד עצם
0	בריא
1	התחלתי
2	בינוני
3	מתקדם
	סימני דלקת G.I
0	בריא
1	דלקת קלה אין דימום
2	דלקת בינונית, דימום בבדיקה
3	דלקת חמורה, דימום ספונטי

קוד	סוג טיפול / מצב בריאות
	תכנית טיפול
210	כריתת חניכיים
800	בדיקה פריודונטלית
801	הקצאת שורשים (קורטז')
802	ניתוח חניכיים 1/6 פה ניתוח מטלית ניתוח קוקוג'נג'יבלי
803	ניקוז מורסה
805	סד מחומר מורכב
806	שתל
813	סד לילה

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. הערות הרופא

מק"ט 531100001 (מהדורה 07.2022)

