

טופס הודעה על תביעה - רופא פרטי מס'

| | |
|---|---|
| <p>פרטי רופא מטפל</p> <p>שם הרופא: _____</p> <p>כתובת דואר מלאה: _____</p> <p>מס' טלפון: _____</p> <p>דוא"ל: _____</p> | <p>פרטי מקבל הטיפול</p> <p>מקום העבודה: _____</p> <p>שם פרטי ומשפחה: _____ ת.ז. _____</p> <p>כתובת דואר מלאה: _____</p> <p>דוא"ל: _____</p> <p>מס' טל' נייד: _____</p> |
| <p>הצהרת הרופא:</p> <p>אני מאשר כי ביצעתי הטיפולים להלן וכי קיבלתי מהמבוטח את הסך הנקוב מטה</p> <p>חתימת הרופא: _____ תאריך: _____</p> | <p>חד פעמי חובה לצרף המחאה לדוגמא ע"ש המבוטח הראשי</p> <p>חתימת הרופא: _____ תאריך: _____</p> |

- שים לב!**
- חובה לצרף חשבונית/קבלה
- חובה לצרף צילומים במקרים הבאים:
- לפני ואחרי טיפול שורש
 - לפני עקירה
 - לפני ואחרי קיטוע חוד השן
 - לפני ואחרי קיטוע מוך
 - מ-4 סתימות ואילך
 - בגמר טיפול פרוטטי

| סכום ששולם | צד בשן | מס' שן | תיאור הטיפול | ת.גמר הטיפול | |
|---------------------|-----------|-----------|--------------|-----------------|---|
| | | | | | 1 |
| | | | | | 2 |
| | | | | | 3 |
| | | | | | 4 |
| | | | | | 5 |
| לשימוש משרדי | | | | | |
| | | | | | |