

תכנית "שיניים בריאות" לביטוח הוצאות רפואת השן
טופס הודעה על תביעה פרטית

חותמת נתקבל

מס' תביעה									
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

פרטי מקבל הטיפול

מס' תעודת מבוטח _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____
מס' זהות _____ כתובת _____ טלפון _____

אין לתביעה תוקף ללא צירוף המסמכים הבאים:

חובה לצרף חשבונית מס מקורית

חובה לצרף צילום אבחנתי לפני הטיפול ב-עקירה, עקירה כירורגית, טיפול שורש, קיטוע מוך.

חובה לצרף צילום לאחר הטיפול ב-כתרים, מבנה, קיטוע מוך, טיפול שורש, סתימות בסידרה, כתרים, מבנה, שתלים

* נא לסמן גם את שטח הסתימה בשן לפי M-O-D-I-P-B-CLV

שמאל	סמול שיניים כולל שיני חלב P.D.I										ימין					
	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65						
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
									71	72	73	74	75			

תאריך גמר הטיפול	מס' שן	*שטח סתימה בשן	פירוט הטיפול	מס' צילומים מצורפים	מחיר הטיפול	חתימת המבוטח על ביצוע/תשלום הטיפול	לשימוש משרדי
1							
2							
3							
4							
5							

***ויתור על סודיות רפואית**

הנני מוותר על סודיות רפואית בגין ובקשר לכל בדיקה, טיפול אבחנה וממצאים הנוגעים לשיני לרבות מצב רפואי קודם, כלפי איילון חברה לביטוח בע"מ ו/או ההסתדרות לרפואת שיניים בישראל או מי מנציגיהם/עובדיהם. חתימתי על טופס זה מהווה הרשאה לכל רופא שיניים להעביר אליהם כל מידע, חומר רפואי, צילומים וכו' - בקשר עם שיני.

_____ תאריך _____ חתימת המבוטח

הצהרת הרופא (לרופא שאינו בהסכם)

אני מאשר כי ביצעתי את הטיפולים הרשומים מעלה וקיבלתי את הסכומים הנקובים בטופס זה.

שם הרופא _____ רשיון _____ כתובת _____ טלפון _____ חותמת וחתימת הרופא _____