

חותמת דואר נכנס (לשימוש משרדי)



תחום בריאות

אלנבי 115, ת.ד. 927 תל אביב 61008, טל. אינטרפקס. *2066, 03-7601047

טופס הודעה על תביעה - רופא פרטי מס'

פרטי מקבל הטיפול	מקום העבודה: _____
פרטי הרופא המטפל	שם הרופא: _____
שם פרטי ומשפחה: _____	ת.ז.: _____
כתובת מלאה: _____	טל: _____
פרטי חשבון הבנק:	מס' חשבון _____ סניף _____
בנק _____	תאריך: _____
חז פעמי חובה לצרף צ'ק לדוגמא ע"ש מבוטח ראשי	
חתימת המבוטח: _____	
הצהרת הרופא:	
אני מאשר כי ביצעתי הטיפולים להלן וכי קיבלתי מהמבוטח את הסך הנקוב מטה.	
חתימת הרופא: _____	תאריך _____

שים לב!

חובה לצרף חשבונית/קבלה מקור
חובה לצרף צילומים במקרים הבאים:

- ◆ לפני ואחרי טיפול שורש
- ◆ לפני עקירה
- ◆ לפני ואחרי קיסוע חוד השן
- ◆ לפני ואחרי קיסוע 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

1985 "אמא" 5861

מבוטח יקר,

1. נבקש להקפיד כי בעת משלוח התביעה לחברתנו ימלאו הפרטים הבאים:
פרטי מקבל הטיפול, פרטי הרופא המטפל, פרטי הטיפול, כמו כן לצרף את המסמכים המפורטים למטה.
2. **לרופא** - הקפד להשתמש במספרי השיניים על פי הטבלה.

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
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			

3. הקפד להשתמש בצדדים על פי הסימון הנ"ל: M, O, D, L, B, P, CL5
הקפד לרשום את תאור הטיפול והחומרים בברור.

4. הקפד לצרף צילומים במקרים הבאים:

לפי עקירה
לפני ואחרי טיפול שורש
לפני ניקוז מורסה
לפני ואחרי קיטוע חוד השן
לפני ואחרי קיטוע מוך
בגמר טיפול פרוטטי
צילומים אלה יוחזרו לרשותך עם תשלום התביעה.

5. במידה ומדובר בתביעה פרוטטית הקפד לצרף חשבונית מעבדה.

פרטים אלה יקלו עלינו לשלם את תביעתך בהקדם.