

ביטוח שיניים - טופס כללי

ציין המספר במשבצת המתאימה לסיבת פנייתך - יש למלא טופס נפרד לכל סוג פנייה.

פרטי רופא/מרפאה			פרטי הפוליסה		סוג הפניה			
שם רופא/מרפאה בסניף/רשת	מס' רישון רופא/מרפאה	רופא/מרפאה בהסכם	שם פוליסה	מס' פוליסה	1	2	3	4
מס' רופא/זכאי בהנה"ח הפניקס	כתובת		שם פוליסה	מס' פוליסה	התייעצות/בקשה לאישור מראש	תביעה פרטית לתשלום	תביעה הסכם לתשלום	בירור/ערעור
מס' טלפון	מס' נייד		שם פרטי		שם משפחה		ת.ז.	
מס' טלפון	מס' נייד		מס' טלפון		מס' נייד		כתובת דוא"ל	

פרטי חשבון בנק (בתביעה פרטית בלבד) - נא לצרף צילום שיק או אישור הבנק על פרטי החשבון						
שם בעל החשבון	ת.ז.	שם בנק	שם סניף	מס' חשבון	מס' סניף	מס' בנק

טיפולים אחרים (צילומי רנטגן, בדיקה, הסרת אבנית, ניתוח חניכיים)

סוגי טיפול נדרשים לביצוע/בוצעו									
לסת עליונה					לסת עליונה				
מס' שן	מס' שן	מחיר הטיפול*	תאור הטיפול הנדרש/בוצע	מחיר הטיפול*	מס' שן	מס' שן	מחיר הטיפול*	תאור הטיפול הנדרש/בוצע	מחיר הטיפול*
21	61				11	51			
22	62				12	52			
23	63				13	53			
24	64				14	54			
25	65				15	55			
26					16				
27					17				
28					18				
לסת תחתונה					לסת תחתונה				
מס' שן	מס' שן	מחיר הטיפול*	תאור הטיפול הנדרש/בוצע	מחיר הטיפול*	מס' שן	מס' שן	מחיר הטיפול*	תאור הטיפול הנדרש/בוצע	מחיר הטיפול*
31	71				41	81			
32	72				42	82			
33	73				43	83			
34	74				44	84			
35	75				45	85			
36					46				
37					47				
38					48				

הערות - בירור/ערעור

נא הקפד/י על מילוי הפרטים בגב הטופס.

* בתביעה פרטית יש לציין את העלות ותאריך הסיום של כל טיפול בנפרד.

← הצהרת הרופא/ה	
<p>רופא/מרפאת הסכם: בחתימתי הריני מאשר, כי הצעתי לבצע ו/או ביצעתי את הטיפולים המפורטים, למבוטח שפרטיו צוינו לעיל והניי מאשר נכונות הרישום בטופס זה.</p> <p>רופא/מרפאה שאינם בהסכם: בחתימתי הריני מאשר, כי הצעתי לבצע ו/או ביצעתי הטיפולים שפורטו בטופס זה וקיבלתי עבורם את הסכומים הנקובים בהתאם לחשבונית מס מקורית המצורפת.</p>	
X	
חתימת הרופא/ה	תאריך

← הצהרת המבוטח/ת	
<p>בחתימתי הריני מוותר/ת על סודיות רפואית כלפי "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" בה אני מבוטח/ת בפוליסת ביטוח שיניים ומורה למסור לפניקס כל מידע מהתיק הרפואי ו/או הרשומה הרפואית מכל מוסד, הנחוץ לה לטיפול בפנייתי. אין לי ולא תהייה לי טענות ו/או תביעות כלפי גורם כל שהוא, בגין בקשתי זו. בתביעה פרטית: מוצהר ומוסכם בזאת, כי זיכוי חשבון הבנק, בהתאם לפרטים שנמסרו לחברה או קבלת המחאה, ישמשו כאישור לקבלת סכום התביעה וסילוקה הסופי.</p>	
X	
חתימת המבוטח/ת	תאריך

← הוראות והנחיות חשובות	
<p>3. בחלונית "פרטי חשבון בנק" -</p> <p>3.1. יש למלא שדה זה רק בעת הגשת תביעה פרטית.</p> <p>3.2. ציין את פרטי חשבון הבנק אליו הנך מבקש לקבל החזר, בצירוף צילום שיק או אישור הבנק על פרטי החשבון.</p> <p>3.3. יש למלא את כל השדות בחלונית זו.</p> <p>3.4. לא ניתן לקבל החזר באמצעות צ'ק.</p> <p>4. בחלונית "פרטי רופא/מרפאה" -</p> <p>4.1. חובה לציין פרטים מלאים של הרופא המטפל כולל מס' רשיון.</p> <p>4.2. שים לב! בעת הגשת בקשה לאישור או תביעה לטיפול המחוייבים על פי הפוליסה להעשות על ידי מומחה, חובה לצרף חותמת מומחה.</p> <p>4.3. על הרופא המטפל לחתום במקום המיועד לכך בגב הטופס.</p> <p>4.4. יש למלא את כל השדות בחלונית זו.</p> <p>5. בחלונית "סוגי טיפול נדרשים לביצוע/בוצעו" - בעת הגשת תביעה יש לציין את עלות הטיפול הספציפי ותאריך גמר הטיפול, לכל טיפול בנפרד.</p> <p>6. בחלונית "טיפולים אחרים" - יש לפרט כל טיפול שלא ניתן לשייך לשן ספציפית (הסרת אבנית, צילום פנורמי / סטטוס וכדומה).</p> <p>7. חלונית "הערות ערעור/בירור" - נועדה לכתיבת מלל חופשי ע"י רופא השיניים.</p>	<p>לתשומת ליבך!</p> <p>- טופס זה הוא רב תכליתי ומשמש בכל פעם רק לאחת מן המטרות המצוינות בו:</p> <p>1. התייעצות/ בקשה לאישור מראש. 2. תביעה פרטית לתשלום. 3. תביעת הסכם לתשלום. 4. בירור/ערעור.</p> <p>- מומלץ לשמור העתק של הטופס לצורך בירורים.</p> <p>- טופס זה אינו משמש לצורך בדיקה פריודונטלית (מחלות חניכיים) ואינו משמש לצורך בדיקה אורתודונטית (יישור שיניים). בשני המקרים יש להגיש טופס נפרד בחתימת המומחה לפריודונטיה או אורתודונטיה בהתאמה.</p> <p>- שתלים ניתן לבצע ע"י כירורג ולסת ו/או פריודונט (מומחה לחניכיים) בלבד.</p> <p>- טיפול פריודונטלי ניתן לבצע ע"י פריודונט בלבד.</p> <p>הנחיות כלליות למילוי הטופס</p> <p>1. בחלונית "סוג הפניה" - יש למלא טופס נפרד לכל סוג פניה ולסמן את סוג הפניה המבוקשת.</p> <p>2. בחלונית "פרטי מבטח" - חובה לציין מס' תעודת זהות בנוסף לציין שם ומשפחה. ללא ציון ת.ז לא תטופל בקשתך!</p>