

**תחום בריאות**

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

**טופס הודעה על תביעה - רופא פרטי מסי**

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

ת.גמר הטיפול	תיאור הטיפול	מסי שן	צד בשן	סכום ששולם
1				
2				
3				
4				
5				

**שים לב!**

חובה לצרף חשבונית/קבלה מקור  
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

לשימוש משרדי

---



---



---

## מבוטח יקר,

1. נבקשך להקפיד כי בעת משלוח התביעה לחברתנו ימולאו 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.**