

ביטוח הוצאות רפואת שיניים

בירור
 תביעה
 התייעצות
 טופס הודעה על טופס הודעה על טופס X במטבעת המתאימה

טל. 03-7569656
 פקס: 03-7569585
 ת.ד. 10957 ר"ג מייקוד 52008
 mail@ayalon-ins.co.il

רופא הסכם כן לא סמן X במטבעת המתאימה

פירטי הרופא	שם הרופא המטפל	כתובת הרופא	מס' טלפון	נייד
מס' רישיון הרופא	תאריך מילוי הטופס	במקרה של ברור לפני שהוגשה בעבר ציין מס' אסמכתא	הריני מאשר את כל הפרטים לרבות הטיפולים	מס' טלפון
הוצאת את פרטי מקבל הטיפול מתעודת המבוטח בלבד				

מספר עובד	מס' ת.ז.	מס' פוליסה	דוא"ל
שם פרטי	שם משפחה	מס' טלפון	נייד

רשום את פרטי הטיפולים על פי קודי הטיפול והסובות לטיפול, כמפורט מעבר לדף, בגשר או בניתוח חניכיים, נא רשום שם עד שן (חובה לצרף צילומים בהתאם לטיפול - ראה מעבר לדף!)
 *העמודה "משן עד שן" רלוונטית לטיפולים משקמים/חניכיים **בתביעה לתשלום יש לצרף חשבונית מס מקורית.

מס' חשבונית**	הסכום ששולם בגין הטיפול	תאריך גמר הטיפול (בתביעה או ברור בלבד)	צילום גודל חוטבר בנפרד X-מן B-X	מס' צילומים או גודלים מסמכים X-מן B-X	סמן משטחי הסתימה B-X				עד שן*	משן	קוד סיבה	קוד טיפול
					M	O	D	LP				

זיתור על סודיות רפואית:
 הריני מוותר על הסודיות הרפואית שלי לטובת החברה המבטחת, ומורה למסור לה את כל המידע מהתיק הרפואי ואו הרשומה הרפואית מכל מוסד הנחוץ למבטח ליישוב פנייתי. אין לי ולא יהיו לי כל טענות ואו תביעות לכל גורם בגין בקשתי זו.

רופא נכבד, נא מסן X אם יש לך הערה שברצונך להביא לידעתנו
 חתימת המבוטח
 מטבחית/יקר/ה
 אם הינך מעוניין/ות שאת סכום התביעה נעביר ישירות לחשבונך בבנק, נא לצרף העתק המחאה (צ'ק) מבוטל על מנת שנוכל לבצע בקשתך.

