

אין לצלם הטופס

ת.ד. 1998, רמת גן 52118
 טל. 03-7348084, 079 03-7549090
 כתובתנו באינטרנט: www.dikla.co.il

ביטוח הוצאות רפואת שיניים

תאריך מילוי הטופס:

התייעצות תביעה ברוך לא כן

טופס לא כן

(סמני X במשבצת המתאימה)



פרטי הרופא/ה

מס. רופא/ מס. רשון / שם וכתובת הרופא/מזכרה: _____

מזכרה/כתובת: _____

טלפון מזכרה: _____

שם הרופא: _____

מס. רופא מטפל: _____

דוא"ל: _____

הרופא/מזכרה: _____

הרופא מטפל: _____

שם הרופא: _____

מס. רשון: _____

מס. רופא מטפל: _____

דוא"ל: _____

הרופא/מזכרה: _____

יש להעתיק את פרטי מקבל הטיפול הרלוונטיים מתעודת הביטוח בלבד*

מס' זרות:	מס' עובד/ת:	שם משפחה:	כתובת:
_____	_____	_____	_____
מס' פרטי:	שם פרטי:	מס' פוליסה:	מס' פוליסה:
_____	_____	_____	_____
מס' פרטי:	שם משפחה:	כתובת:	דוא"ל:
_____	_____	_____	_____
מס' פרטי:	שם פרטי:	מס' פוליסה:	מס' פוליסה:
_____	_____	_____	_____
מס' פרטי:	שם משפחה:	כתובת:	דוא"ל:
_____	_____	_____	_____

ירשמו את פרטי הטיפולים על פי קודי הטיפול והסיבות לטיפול, כמפורט מעבר לך. בגשר או בניתוח חניכיים, נג רישמו משן עד שן (חובה לצרף צילומים בהתאם לטיפול - ראה מעבר לדף)

מס' חשבונות (בתביעה לתשלום יש לצרף חשבונית מס מקורית)	הסכום ששולם בגין הטיפול	תאריך גמר הטיפול (בתביעה או ברוך בלבד)	צילום גול /או מסמכים X-ב-3	מס' צילומים /או מסמכים X-ב-3	סמני משטחי הסתימה ב-X					קוד טיפול	
					M	O	D	L/P	B		CL-V
1											
2											
3											
4											

חתימת המבוטח/ת: _____

חתימת הרופא/מזכרה/סמן/אם יש לך הערה שברצונך להביא לידיעתנו: _____

חתימת הרופא/מזכרה/סמן/אם יש לך הערה שברצונך להביא לידיעתנו: _____