



שם המבוטח	מספר זהות
מספר תביעה	מספר פוליסה

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעיפרון

חלק ב' - למילוי בידי רופא פרידונט מומחה שאינו בהסכם (פרטי)
חלק זה ימלא על ידי רופא פרידונט בעל תעודת מומחיות מטעם משרד הבריאות הישראלי.

א. פרטי הרופא ואישורו לטיפול									
מספר זהות	שם הרופא	שם המרפאה	מספר רישיון	תאריך אישור ביצוע הטיפולים					
מספר טלפון	מספר טלפון נייד	מספר פקס	דואר אלקטרוני						
מספר זהות המבוטח	שם המבוטח	שם משפחה של המבוטח							

הריני מאשר כי ביצעתי את הטיפולים המפורטים וקיבלתי בעבורם את הסכומים הנקובים בטופס זה.

תאריך

חתימה וחותמת רופא / המרפאה ★

ב. מצב שיניים															
יש לסמן ב-X שן חסרה. יש לסמן עומק כיסים - הגדול ביותר מסביב לשן, מעל 4 מ"מ.															
לסת תחתונה							לסת עליונה								
מספר השן	מחיר טיפול	תכנית טיפול	איבוד עצם	סימני דלקת G.I	אבנית	תזוזת שן (2) (3)	עומק כיסים	מספר השן	מחיר טיפול	תכנית טיפול	איבוד עצם	סימני דלקת G.I	אבנית	תזוזת שן (2) (3)	עומק כיסים
18								48							
17								47							
16								46							
15								45							
14								44							
13								43							
12								42							
11								41							
21								31							
22								32							
23								33							
24								34							
25								35							
26								36							
27								37							
28								38							

מק"ט 531100001 (מהדורה 10.2021)





מספר זהות	שם המבוטח
מספר פוליסה	מספר תביעה

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעיפרון

ב. מצב שיניים - המשך

קוד		סוג טיפול / מצב בריאות	קוד		סוג טיפול / מצב בריאות	קוד	
		אבנית			תכנית טיפול		
0	אין		0	בריא	210	כריתת חניכיים	
1	התחלתית		1	התחלתית	800	בדיקה פריודונטלית	
2	בינונית		2	בינוני	801	הקצאת שורשים (קורטז')	
3	רבה		3	מתקדם	802	ניתוח חניכיים 1/6 פה ניתוח מטלית ניתוח קוקוג'נג'בלי	
		תזוזת שן			סימני דלקת G.I		
2	תזוזת הוריזנטלית		0	בריא	803	ניקוז מורסה	
3	תזוזת ורטיקלית		1	דלקת קלה אין דימום	805	טד מחומר מורכב	
			2	דלקת בינונית, דימום בבדיקה	806	שתל	
			3	דלקת חמורה, דימום ספונטני	813	טד לילה	

ג. הערות

