



| שם המבוטח  | מספר זהות   |
|------------|-------------|
|            |             |
| מספר תביעה | מספר פוליסה |
|            |             |

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

## דף הנחיות למילוי טופס 3008

### הנחיות להגשת פניה בגין טיפולי שיניים פריודנטלים בלבד / בקשה לאישור תכנית פריודונטלית אצל רופא בהסכם

רופא נכבד,

על מנת להקל על הטיפול בפניית המבוטח, להלן הנחיות להגשת פניה בגין טיפולי שיניים פריודנטלים.

#### לטופס זה יש לצרף:

- צילומי אבחנה ו/או סיום טיפול - לפי הנדרש בתנאי חוזה הביטוח שברשותך עבור הטיפולים הנבדלים. יש לציין פרטים מזהים על גבי המסמכים, כגון: מס' זהות ושם מלא של המבוטח.
- חתימה וחותמת רופא מבצע הטיפולים על גבי טופס התביעה (יש לבדוק בתנאי החוזה באם נדרש ביצוע ע"י מומחה מטעם משרד הבריאות הישראלי, עבור הטיפול הספציפי כתנאי לכיסוי).
- במקרה של גביית השתתפות עצמית מהמבוטח יש לצרף העתק קבלה.

ניתן להגיש את טופס התביעה והמסמכים המבוקשים מעלה באחת מהאפשרויות הבאות:

- באמצעות לינק דיגיטלי
  - לתיבת דואר אלקטרוני: [dentalclaim@migdal.co.il](mailto:dentalclaim@migdal.co.il)
  - בפקס: 03-5637222
  - באמצעות דואר ישראל לכתובת המופיעה מטה עבור: תביעות שיניים
- לידיעתך, טופס זה אינו מהווה התחייבות לתשלום ו/או הכרה בזכאות המבוטח לתשלום כלשהו ואין בהגשת טופס התביעה כדי להאריך את תקופת ההתיישנות הקבועה בחוק.

בברכה,  
תביעות שיניים

מק"ט 531100001 (מהדורה 07.2022)

כל הדרכים ליצור איתנו קשר

כתובת למשלוח דואר: מגדל חברה לביטוח  
בע"מ, תד 3063 קרית אריה, פתח תקווה,  
מיקוד 4951106

03-9201010  
מוקד טלפוני



054-9201028  
Whatsapp



סוכן הביטוח  
שלך



באפליקציית מגדל  
App Store / Google Play



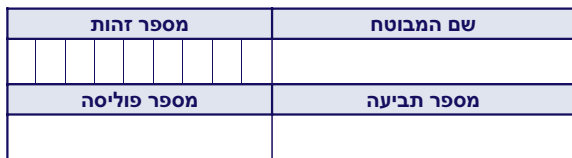
migdal.co.il



0113830080104190722

עמוד 1 מתוך 4 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ  
קוד מסמך: 138



**טופס פניה לטיפול שנייים פריודנטלים בלבד / בקשה לאישור תכנית פריודונטלית**

**3008** טופס מספר

טופס זה ימולא על ידי רופא פרידונט מומחה בעל תעודת מומחיות מטעם משרד הבריאות הישראלי.

טופס זה ימולא על ידי רופא שיניים מקצועי בהסכם המטפל במבוטח.

סמן ב- $X$  את סיבת פנייתך.

ניתן לבחור מס' קטגוריות יחד למעט תביעה ובקשה לאישור תכנית טיפול.

☐ מִיפּוֹי פֶּה ☐ בְּדִיקָה פְּרִיֹדֶנְטָלִית ☐ תְּבִיעָה ☐ בִּקְשָׁה לְאִישׁוּר טִיפּוֹל פְּרִיֹדֶנְטָלִית ☐ עֶרְעוּר / בִּירּוּר

| א. פרטי המבוטח / ראש משפחה                                                                                                   |  |  |  |                     |  |          |  |                                                               |  |                            |  |                    |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|---------------------|--|----------|--|---------------------------------------------------------------|--|----------------------------|--|--------------------|--|--|
| מספר זהות                                                                                                                    |  |  |  | שם משפחה            |  | שם פרטי  |  | מספר טלפון נייד                                               |  | דואר אלקטרוני              |  |                    |  |  |
|                                                                                                                              |  |  |  |                     |  |          |  |                                                               |  |                            |  |                    |  |  |
| פרטי המבוטח / מטופל                                                                                                          |  |  |  |                     |  |          |  |                                                               |  |                            |  |                    |  |  |
| מספר זהות                                                                                                                    |  |  |  | שם משפחה            |  | שם פרטי  |  |                                                               |  | תאריך לידה                 |  |                    |  |  |
|                                                                                                                              |  |  |  |                     |  |          |  |                                                               |  |                            |  |                    |  |  |
| ישוב                                                                                                                         |  |  |  | כתובת מגורים (רחוב) |  | מס' בית  |  | מס' דירה                                                      |  | ת"ד                        |  | מיקוד              |  |  |
|                                                                                                                              |  |  |  |                     |  |          |  |                                                               |  |                            |  |                    |  |  |
| מספר טלפון                                                                                                                   |  |  |  | מספר טלפון נייד     |  | מספר פקס |  | סוג הסכם                                                      |  | מס' הסכם                   |  | שם מעסיק (קולקטיב) |  |  |
|                                                                                                                              |  |  |  |                     |  |          |  | <input type="checkbox"/> פרט <input type="checkbox"/> קולקטיב |  |                            |  |                    |  |  |
| שם קופת חולים                                                                                                                |  |  |  | סוג תוכנית שב"ן     |  |          |  |                                                               |  |                            |  |                    |  |  |
| <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> מאוחדת |  |  |  |                     |  |          |  |                                                               |  |                            |  |                    |  |  |
| ב. פרטי הרופא ואישורו לטיפול                                                                                                 |  |  |  |                     |  |          |  |                                                               |  |                            |  |                    |  |  |
| מספר זהות                                                                                                                    |  |  |  | שם המרפאה           |  | שם הרופא |  | מספר רישיון                                                   |  | תאריך אישור ביצוע הטיפולים |  |                    |  |  |
|                                                                                                                              |  |  |  |                     |  |          |  |                                                               |  |                            |  |                    |  |  |
| מספר טלפון                                                                                                                   |  |  |  | מספר טלפון נייד     |  | מספר פקס |  | דואר אלקטרוני                                                 |  | מס' ספק במגדל              |  |                    |  |  |
|                                                                                                                              |  |  |  |                     |  |          |  |                                                               |  |                            |  |                    |  |  |
| הריני מאשר כי ברצוני לבצע ו/או ביצעתי את הטיפולים המפורטים להלן.                                                             |  |  |  |                     |  |          |  |                                                               |  |                            |  |                    |  |  |
|                                                                                                                              |  |  |  | חתימה וחותמת        |  |          |  |                                                               |  |                            |  |                    |  |  |
|                                                                                                                              |  |  |  | רופא / המרפאה ★     |  |          |  |                                                               |  |                            |  |                    |  |  |
|                                                                                                                              |  |  |  |                     |  |          |  |                                                               |  |                            |  |                    |  |  |



|             |            |
|-------------|------------|
| מספר זהות   | שם המבוטח  |
|             |            |
| מספר פוליסה | מספר תביעה |
|             |            |

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

| ג. מצב שיניים                                                                |               |             |           |                |       |                  |            |            |               |             |           |                |       |                  |            |
|------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------|-----------|----------------|-------|------------------|------------|------------|---------------|-------------|-----------|----------------|-------|------------------|------------|
| יש לסמן ב- X שן חסרה. יש לסמן עומק כיסים - הגדול ביותר מסביב לשן, מעל 4 מ"מ. |               |             |           |                |       |                  |            |            |               |             |           |                |       |                  |            |
| לסת עליונה                                                                   |               |             |           |                |       |                  |            | לסת תחתונה |               |             |           |                |       |                  |            |
| מספר השן                                                                     | השתתפות עצמית | תכנית טיפול | איבוד עצם | סימני דלקת G.I | אבנית | תזוזת שן (2) (3) | עומק כיסים | מספר השן   | השתתפות עצמית | 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         |               |             |           |                |       |                  |            |

| קוד | סוג טיפול / מצב בריאות                                    | קוד | סוג טיפול / מצב בריאות | קוד | סוג טיפול / מצב בריאות                                    |
|-----|-----------------------------------------------------------|-----|------------------------|-----|-----------------------------------------------------------|
| 210 | כריתת חניכיים                                             | 0   | אבנית                  | 210 | כריתת חניכיים                                             |
| 800 | בדיקה פריודונטלית                                         | 1   | אבנית                  | 800 | בדיקה פריודונטלית                                         |
| 801 | הקצאת שורשים (קורטז')                                     | 2   | אבנית                  | 801 | הקצאת שורשים (קורטז')                                     |
| 802 | ניתוח חניכיים 1/6 פה<br>ניתוח מטלית<br>ניתוח קוקוג'נג'בלי | 3   | אבנית                  | 802 | ניתוח חניכיים 1/6 פה<br>ניתוח מטלית<br>ניתוח קוקוג'נג'בלי |
| 803 | ניקוז מורסה                                               | 0   | אבנית                  | 803 | ניקוז מורסה                                               |
| 805 | סד מחומר מורכב                                            | 1   | אבנית                  | 805 | סד מחומר מורכב                                            |
| 806 | שתל                                                       | 2   | אבנית                  | 806 | שתל                                                       |
| 813 | סד לילה                                                   | 3   | אבנית                  | 813 | סד לילה                                                   |

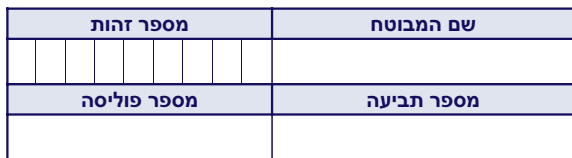
מק"ט 531100001 (מהדורה 07.2022)



0113830080304190722

עמוד 3 מתוך 4 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ  
קוד מסמך: 138



## ד. הערות הרופא

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.