



כללית סמייל מעוז ירושלים

כתובת : בן יהודה 26

טלפון: 02-6256685

18/08/2025

מכתב ללקוח פלטינום

לכבוד
לקוח פלטינום: אורס אסתר
ת"ז 212668487

הנדון: בקשתך לביצוע טיפול שיניים

א.ג.נ., כמי ששמים את בריאות המטופלים ואיכות הטיפולים בראש מעיינינו, אנו סבורים כי יש מקרים בהם הטיפול המיטבי יינתן בבית חולים ציבורי ולא במרפאתנו.

למותר לציין כי היינו שמחים להעניק במרפאתנו את מגוון הטיפולים אך ישנם מקרים רפואיים בהם קיים יתרון רב ופחות סיכון בביצוע הטיפול בבית חולים ציבורי והמקרה שלך הינו אחד ממקרים אלו.

בהתאם לאמור, בהמשך לבקשתך שבנדון ולאחר בדיקת החומר הרפואי, מצ"ב מכתב הפניה לטיפול בבית חולים ציבורי/ מרכז אוניברסיטאי.

יש ליצור קשר בהקדם האפשרי עם המוסד אליו הופנת בכדי לקבל את הטיפול הנדרש.

עבור הטיפולים שאינם נכללים בסל השירותים הממשלתי אין צורך לפנות למרפאת האם לקבלת

טופס 17 (טופס התחייבות).

בתום הטיפול בבית החולים הציבורי ובכדי למצות זכאותך לטיפולים הנמצאים בתקנון "מושלם פלטינום", יש לשלוח חשבוניות וקבלות מקורית, ותדפיס טיפולים המפרט את הטיפולים שבוצעו בפועל למחלקת התביעות של מושלם פלטינום בכתובת: ת.ז. 2265 בני ברק מיקוד 51122

גובה ההחזר יקבע על ידי "כללית מושלם" בהתאם לתקנון "מושלם פלטינום" במידה ותמה תקופת האכשרה שלך בתוכנית "מושלם פלטינום" ובהתאם לזכאות ולמכסת הטיפולים כמפורט בתקנון.

בברכה,

צוות כללית סמייל



כללית סמייל מעוז ירושלים
כתובת : בן יהודה 26
טלפון : 02-6256685
18/08/2025

טופס הפניה לטיפול מחוץ למרפאה

חלק א' – למילוי במרפאה המפנה

פרטי המטופל

שם לקוח : אורם אסתר

מספר זהות: 212668487

מס' טלפון: 053-4742513

טלפון סלולארי: 055-6668119

(במקרה של קטין שם האפוטרופוס או איש הקשר _____)

הסיבות להפניה החלף צבירי

לכבוד מרפאת ד"ר

המטופל/ת שפרטיו מצוינים למעלה מופנה לצורך :

יעוץ וחוות דעת לגבי מצבו היום ותוכניות טיפול אפשריות.

טיפול בהרדמה/סדציה.

לטיפול ע"י מומחה ב- החלפת צבירי לצורך אקדח טן 38 החלפת צבירי

לטיפול ב-

לטיפול במרפאתכם עקב:

אקדח טן 38 החלפת צבירי

מצורף בזה:

CT, רולקו

ד"ר סלואח אסיל
מ.ר. 2-179171
מרפאת מס' ירושלים
ש.ל.ה. - כללית סמייל

חשוב לציין כי לא כל טיפולי השיניים המשמרים/ המשקמים ואחרים נכללים בסל הבריאות.

הפנייה זו לטיפול במסגרת בית חולים בלבד, אין זה מחייב כי תינתן התחייבות למימון הטיפול עצמו והכל בכפוף לזכאות המטופל.

שם מרפאה מפנה: כללית סמייל שם רופא מפנה -

חתימה וחתימה

שם רופא מנהל המרפאה - מאשר חותמת וחתימה

טלפון להתקשרות במידת הצורך

כתובת המרפאה

ד"ר חסיד
מ.ר. 2916
מרפאת מס' ירושלים
ש.ל.ה. - כללית סמייל

ימולא ע"י המרפאה המטפלת

אנו מבקשים כי יימסר לנו דיווח על המטופל בהתאם לנתונים הבאים:

תאריך גמר טיפול/בדיקה

הרופא העונה/המטפל/יועץ

חותמת וחתימה