

# בקשה לתשלום תביעת שיניים או לאישור מראש של תוכנית טיפולי שיניים

בסיום מילוי טופס זה, יש לשלוח אותו למייל: [services@harel-ins.co.il](mailto:services@harel-ins.co.il) בצירוף מסמכים נוספים אם צריך.  
סוג הפנייה: ☐ בקשה לתשלום תביעת שיניים ☐ בקשה לאישור מראש של תוכנית טיפולי שיניים ☐ בירור

תאריך: ...../...../.....

1	פרטי הרופא/ה	מספר רופא/מרפאה	כתובת הרופא/מרפאה	מס' רישיון הרופא המטפל
	טלפון מרפאה	טלפון נייד רופא	שם הרופא המטפל	

2	פרטי מקבל הטיפול	ת.ז.	מס' פוליסה	מס' פוליסה נוסף	טלפון	טלפון נייד
	שם פרטי	שם משפחה	רחוב	מס' בית	עיר	
	כתובת מייל					

אנו נשלח עדכונים אודות התקדמות הטיפול בתביעה לכתובת המייל שרשמת. אם לא רשמת כתובת חדשה נשלח את כל העדכונים לכתובת המייל הרשומה אצלנו מתביעות קודמות. בכל מקרה אחר, נשלח את העדכונים בדואר ישראל.

חשוב לשים לב, ללא העברת מספר נייד  
לביט ואישור הביט, או העברת חשבון  
בנק, לא נוכל לבצע את תשלום התביעה.

3	פרטים להעברת התשלום לאחר אישור התביעה	מספר טלפון נייד להעברה בתשלום ביט של מקבלת הטיפול (מגיל 18 ומעלה):	אנו נמתין לאישור כי קיבלת את התשלום. אם לא נקבל את האישור, נעביר את התשלום לחשבון הבנק כפי שימולא לנו כאן:	מספר חשבון בנק להעברה בנקאית של מקבלת הטיפול (מגיל 18 ומעלה):	מספר חשבון	מספר סניף	מספר/שם בנק
---	---------------------------------------	--	--	---	------------	-----------	-------------

נבקש למלא קוד טיפול וקוד סיבה בהתאם למה שמופיע  
בעמוד הבא. אם לא מופיע קוד סיבה, אין צורך לרשום.

4	פרטי הטיפול (חובה לצרף צילומים בהתאם לטיפול, כמפורט מעבר לדף: "הנחיות למילוי הטופס")	בצידו השני של הדף צרפנו טבלת טיפולים וסיבות לטיפול. סימנו עבורך ב-X את המקומות בהם חובה לצרף צילומים.	קוד טיפול	קוד סיבה	משן	עד שן*	סמנו את משטחי הסתימה ב-X	תאריך גמר הטיפול (בתביעה או בירור בלבד)	הסכום ששולם עבור הטיפול	מספר חשבונית**
							M O D L/P B CLV			
	1.									
	2.									
	3.									
	4.									

\*העמודה "עד שן" רלוונטית לטיפולים משקמים/חניכיים. \*\*יש לצרף לתביעה חשבונית מס מקורית.

5	הערות רופא/ה	
---	--------------	--

6	הצהרות ואישור המבוטח	ידוע לי כי לא ניתן לתבוע החזר בגין אותם סכומים מגורמים שונים (כגון חברות ביטוח אחרות או קופות חולים) וקבלת החזרים כפולים עומדת בניגוד להוראות הדין ולהוראות פוליסת הביטוח. חתימתי היא אישור והתחייבות מצדי כי אדאון להראל חברה לביטוח על כל תגמול כספי שאקבל מכל גורם אחר בגין חשבונית זו והריני מאשר להראל חברה לביטוח לערוך כל בדיקה שהיא באשר לזכאותי להחזר/פיצוי בגין חשבונית זו. חתימתי מאשרת את ויתורי על הסודיות הרפואית שלי לטובת הראל ומורה למסור לה את כל המידע מהתיק הרפואי ו/או הרשומה הרפואית, מכל מוסד הנחוץ למבטח ליישוב פנייתי. אין לי ולא יהיו לי כל טענות ו/או תביעות לכל גורם בגין בקשתי זו.	תאריך	חתימת המבוטח
---	----------------------	--	-------	--------------

**פרטיות:** הראל חברה לביטוח בע"מ והראל פנסיה וגמל בע"מ ["הראל"] אוספות מידע לצורך צירוף למוצרים, מתן שירותים, תפעול וניהול חיי מוצרים, טיפול בתביעות, תשלומים והליכים, ניהול ושיפור עסקים ושירותים שהראל מעניקה, קיום הוראות הדין, להתאים ולהציע מוצרים ושירותים על בסיס מאפיינים אישיים ולמטרות לגיטימיות אחרות. בדרך כלל אין חובה חוקית למסור מידע, אולם בחירה שלא למסור מידע, תביא לכך שלא נוכל לבחון את הבקשה ולספק שירות. המידע יועבר לסוכן הביטוח (אם קיים) לצורך טיפול בבקשות ובכל הקשור בניהול ותפעול מוצרים ושירותים וכן לספקים ולצדדים שלישיים אחרים הרשאים לקבלו, בקשר למטרות אלו.

פירוט נוסף זמין במדיניות הפרטיות באתר הראל הכוללת גם את דרכי ההתקשרות עם ממונה הגנת הפרטיות בהראל, מידע על זכות עיון ותיקון וכן הסרה מדיוור ישיר בקישור <https://www.harel-group.co.il/t/XSVCTB>.

הראל חברה לביטוח בע"מ - אגף ביטוח שיניים

בית הראל, רח' אבא הלל 3, ת.ד. 10952 רמת גן 5252202 ☎ 052-7544589 ✉ 03-7547222 [www.harel-group.co.il](http://www.harel-group.co.il)



^dt29182

הנחיות למילוי הטופס

קוד סיבה	שם הטיפול	קוד טיפול	צילום	
			לפני	אחרי
אבחון				
	הערכה תקופתית של הפה - מטופל מוכר	D0120000		
	צילום נשך - שני צילומים	D272000	X	
	צילום פריאפיקלי	D0220000	X	
	צילום פנורמי	D0330000	X	
	צילום סטטוס מלא	D0210000	X	
	צילום סטטוס מקבילות מלא	D0210020	X	
	צילום צפלומטרי	D0340000	X	
	טומוגרפיה של מפרק הלסת	D0322000	X	
	צילומי פה / פנים	D0350000	X	
	תבניות אבחנתיות, מטבע ומודל לימוד	D0470000		
מניעה				
	טיפול מונע - מבוגר, הסרת רובד, אבנית וכתמים במשנן קבוע ומשנן מעבר	D1110000		
	איטום חריצים, לכל שן	D1351000		
רפואה משמרת				
	שיחזור אמלגם משטח 1, משנן ראשוני או קבוע	D2140000		
	שיחזור מורכב על בסיס שרף / אקריל - משטח 1, קדמי	D2330000		
טיפול שורש				
	טיפול שורש - לא כולל שיחזור סופי	D3310000	X	X
	חידוש טיפול שורש	D3346000	X	X
סיבות לביצוע ט.ש.ח/ט.ש.				
51	ט.ש. כתוצאה מעששת			
52	ט.ש. כתוצאה מתהליך			
54	ט.ש. כתוצאה מבעיית חניכיים			
57	ט.ש. למטרה פרוטטית/אסתטית			
81	ח.ט.ש. לצורך פרוטטי			
82	ח.ט.ש. כתוצאה מתהליך			
83	ח.ט.ש. כתוצאה מט.ש. שאינו מושלם			
	קיטוע מוך שן נשירה או קבועה	D3220000	X	
	אפקסיפיקציה	D3351000	X	
כירוגיה				
	עקירה, שן שבקעה או שורש חשוף, שן אחת	D7140000	X	
	עקירה כירורגית - שן שבקעה לחלל הפה	D7210000	X	
	עקירה כירורגית - שן כלואה ברקמה רכה	D7220000	X	
	עקירה כירורגית - שן כלואה במלואה ברקמה קשה	D7240000	X	
סיבות לביצוע עקירה				
60	עקירה הנובעת מהרס כותרתי נרחב			
63	עקירה הנובעת מבעיית חניכיים			
64	עקירה למטרה אורתודונטית			
67	עקירה למטרה פרוטטית			
68	עקירת שן עודפת			
	כריתת חוד השורש - אפיקואקטומי	D3410000	X	
	המיסקציה	03920000	X	
	חיתוך וניקוז מורסה - ברקמה רכה בתוך חלל הפה	D7510000	X	
טיפולים אחרים				
	עזרה ראשונה - טיפול בכאב שיניים	D9110000	X	
	שומר מקום קבוע - התקנה	D1510000	X	
	כתר טרומי מפלדת אל חלד - שן נשירה	D2930000	X	

קוד סיבה	שם הטיפול	קוד טיפול	צילום	
			לפני	אחרי
אבחון				
	בניית תווך, כולל פינים לסוגיהם	D2950000	X	
	מבנה יצוק בתוספת לכתר	D2952000	X	X
	כתר חרסינה מאוחה למתכת לא אצילה	D2751000	X	X
	סיבות לטיפול משקם			
10	מבנה / כתר בעקבות טיפול שורש			
11	מבנה / כתר מסיבה אסתטית			
12	מבנה / כתר כתוצאה מהרס כותרתי			
13	גשר בעקבות עקירה			
14	החלפת שיחזור בעקבות ט.ש. / ח.ט.ש.			
15	החלפת שיחזור מסיבה אסתטית			
16	החלפת שיחזור כתוצאה מעששת			
17	החלפת שיחזור בעקבות עקירה			
תותבות ותיקונים				
	תותבת חלקית בלסת העליונה - על בסיס שרף	D5211000	X	
	תותבת חלקית בלסת העליונה - נשלפת מוילטיום	D5213000	X	
	תותבת שלמה	D5110000	X	
	הוספת שן לתותבת חלקית קיימת	D5650000		
	הוספת וו לתותבת חלקית קיימת	D5666000		
	תיקון שבר בבסיס תותבת	D5510000		
	הוספת שן לתותבת חלקית קיימת	D5650000		
	תיקון שלד יצוק של תותבת (הלחמה)	D5620000		
	חידוש בסיס תותבת שלמה	D5710000		
	רפיוד תותבת עליונה - מרפאה	D5730000		
	רפיוד תותבת עליונה - מעבדה	D5750000		
	ציפוי שן משרף / אקריל בצד השפתי	D2960000	X	
	מחבר מדוייק / חצי מדוייק לתותבת חלקית קבועה	D6950000	X	
	כיפת שורש	D2975000	X	
לסת עליונה סימון שן 97, לסת תחתונה סימון שן 98				
שתלים				
	החדרה כירורגית של שתל דנטלי, כולל חשיפה	D6010000	X	X
	מבנה טרומי לשתל דנטלי	D6056000	X	X
	כתר חרסינה מאוחה למתכת לא אצילה על שתל	D6060000	X	X
אורתודונטיה				
	יישור שיניים חלקי למשנן מתחלף	D8020000	X	
	יישור שיניים מלא למשנן מבוגר	D8090000	X	
	יישור שיניים חלקי למשנן מבוגר	D8040000		
טיפול חניכיים				
	הערכה פריודונטלית מקיפה - מטופל חדש / מוכר	D0180000		
	חיתוך וניקוז מורסה / ציסטה (פריודונטלי)	D7510000	X	
	קביוע חוץ כותרתי לשיניים נידות (חומר מרכב)	D4321000	X	
	הארכת כותרת	D4249000	X	
	סילוק אבנית והקצעת שורשים - 4 שיניים ויותר	D4341000		
	ניתוח חניכיים כולל עיצוב עצם - 4 שיניים ויותר	D4260000		
	הרמת מתלה עם החלקת שורשים	D4240000	X	
כל טיפול שאינו מוגדר בטבלה				