



## הנחיות להגשת תביעה בפוליסת ביטוח השיניים הקבוצתית לעובדי עיריית תל אביב - יפו ובני משפחותיהם ולעובדי המרכז הרפואי איכילוב ובני משפחותיהם

כמבוטח בפוליסת ביטוח השיניים הקבוצתית לעובדי עיריית תל אביב - יפו והמרכז הרפואי איכילוב, יש באפשרותך ובאפשרות בני משפחתך לקבל כיסוי ביטוחי לטיפול שיניים הכלולים בפוליסת הביטוח שברשותך.

לנוחיותך, ריכזנו עבורך מידע חיוני להגשת תביעה ולמימוש זכויותיך בפוליסה.

## איך מתחילים?

- בהיודע לך על צורך בטיפול שיניים כלשהו, בדוק בתנאי פוליסת הביטוח האם מדובר בטיפול המכוסה בפוליסת הביטוח שברשותך.
- את טיפול השיניים תוכל לבצע אצל אחד מ-800 רופאי השיניים ומכוני הצילום שבהסכם עם הראל או אצל רופא שיניים שאינו בהסכם.  
תוכל לאתר רופא שיניים / מכון צילום בהסכם באתר הראל לפי:  
ביטוח ← ביטוח שיניים ← איתור רופאי / מרפאות שיניים ומכוני צילום.
- בכל שאלה או בעיה, תוכל לפנות למוקד השירות הייעודי של הראל לעובדי עיריית תל אביב - יפו והמרכז הרפואי איכילוב ולבני משפחותיהם בטל':  
📞 1-800-200-211 ימים א'-ה' בין השעות 08:00-16:00

## הגשת תביעה בגין טיפול אצל נותן שירות שבהסכם

- נותן שירות שבהסכם הינו רופא שיניים או רופא שיניים מומחה בתחום דנטלי ספציפי או מרפאת שיניים או מכון צילום אשר הגיעו להסכם כספי עם הראל בנוגע למתן שירותים למבוטחים.
- **במידה והנך זקוק לטיפול שיניים שאינו דורש אישור מראש לטיפול מהראל**, כל שעליך לעשות הוא להזדהות אצל נותן השירות כמבוטח של הראל באמצעות הצגת תעודת זהות. את תשלום ההשתתפות העצמית, במידה וקיימת, תשלם ישירות למרפאה. נותן השירות ידווח להראל על ביצוע הטיפול ויקבל את התשלום ישירות מהראל.
- **במידה והנך זקוק לטיפול שיניים שדורש אישור מראש לטיפול מהראל**, נותן השירות יגיש להראל ישירות את תוכנית הטיפול והראל תעביר ישירות לך ולרופא המטפל את החלטתה, בתוך 14 ימי עבודה מיום קבלת הבקשה. על-גבי האישור תציין הראל את סכום ההשתתפות העצמית אותו על המבוטח לשאת בגין כל טיפול. הראל תסדיר את יתרת התשלום ישירות עם נותן השירות, על-פי תנאי ההתקשרות עמו. בטיפול שאינו מאושר, תידרש לשלם את מלוא התשלום ישירות לרופא המטפל. במקרה של טיפול שאינו מאושר ו/או קיימת מחלוקת, הנך רשאי לפנות להראל או ליועץ הביטוח באמצעות הגורם המטפל מטעם ארגון העובדים.

## הגשת תביעה פרטית של המבוטח להראל בגין טיפול אצל נותן שירות שאינו בהסכם

- באפשרותך לבצע את טיפולי השיניים באופן פרטי - אצל נותן שירות שאינו נמצא בהסכם כספי עם חברת הראל.
- **במידה ומדובר בטיפול שיניים שאינו דורש אישור מראש לטיפול מהראל**, תהיה זכאי לשיפוי הוצאותיך הממשיות בגין אותו טיפול או עד תקרת ההחזר הנקובה לאותו טיפול בלוח התגמולים, הנמוך מבניהם. עליך לשלוח להראל את טופס "ביטוח הוצאות רפואת שיניים" בצירוף קבלה / חשבונית ואת כל המסמכים והצילומים הנדרשים להראל לשם בירור חבותה. סכום ההחזר הכספי יינתן בתוך 14 ימי עבודה מעת קבלת כל המסמכים הנדרשים במשרדי הראל.
- **במידה ומדובר בטיפול שיניים הדורש אישור מראש לטיפול מהראל**, עליך להעביר להראל את הבקשה לאישור מוקדם על גבי טופס "ביטוח הוצאות רפואת שיניים", הכוללת את תוכנית הטיפול, לרבות צילומים, והראל תמסור את תשובתה אליך בתוך 14 ימי עבודה. אם הטיפול אושר במלואו או בחלקו, יהיה עליך לשלם את מלוא התשלום עבור הטיפול ישירות לרופא המטפל, ולאחר ביצוע הטיפול לשלוח להראל טופס "ביטוח הוצאות רפואת שיניים", חתום על-ידי הרופא המטפל, בצירוף כל המסמכים הנדרשים, לרבות קבלה / חשבונית וצילום שבוצע כנדרש בתנאי הפוליסה. הראל תשלם לך את ההחזר הכספי עבור הטיפולים שאושרו ושבוצעו לפי התשלום בפועל או עד תקרת ההחזר הנקובה בלוח התגמולים, הנמוך מבניהם, בתוך 14 ימי עבודה מעת קבלת התביעה עם מלוא המסמכים במשרדי הראל. במקרה של טיפול שאינו מאושר ו/או קיימת מחלוקת, הנך רשאי לפנות להראל או ליועץ הביטוח באמצעות הגורם המטפל מטעם ארגון העובדים.
- יובהר שהאישור המוקדם נועד כדי ליידע את המבוטח לגבי הטיפולים המכוסים בפוליסה, סך ההשתתפות העצמית או סך ההחזר לו זכאי המבוטח, לפי העניין, וכן ליידע את המבוטח אם נותן השירות מאושר לביצוע הטיפול המבוקש, לפי העניין.
- אי קבלת אישור החברה מראש לא תשלול זכות לקבלת תגמולי ביטוח, במידה ואתה זכאי להם על פי תנאי הפוליסה לו קיבלת אישור מראש מהראל לאישור התביעה.

## כיצד אגיש את הבקשה?

✉ בדואר אלקטרוני: services@harel-ins.co.il

🕒 במסרון: 052-3239571

📠 בפקס: 03-7348102

📍 בדואר: רחוב אבא הלל 3, ת"ד 1951 רמת גן

יש לשים לב שטופס "ביטוח הוצאות רפואת שיניים" מלא וחתום כנדרש לרבות פרטי חשבון של משלם הפוליסה אליו יועבר התשלום.

## מה קורה בהמשך?

עם הגעת המסמכים לחברתנו, אנו נעדכן אותך באופן שוטף בהתפתחויות הטיפול בבקשתך, באמצעות מסרון לטלפון הנייד שלך או בהודעה לכתובת הדואר האלקטרוני שלך (כפי שעדכנת בעת פתיחת הבקשה). תשובתנו לבקשתך תישלח אליך בתוך 14 ימי עבודה ממועד קבלת כל המסמכים המבוקשים.

## כיצד אבדוק את מצב הבקשה שלי?

באפשרותך לבדוק את מצב הבקשה שלך בכל עת במערכת סטטוס תביעה שבאזור האישי באתר הראל בכתובת: [www.harel-group.co.il](http://www.harel-group.co.il). כמו כן תוכל להתעדכן במצב הבקשה שלך באמצעות פניה למוקד השירות הייעודי של הראל לעובדי עיריית תל אביב - יפו והמרכז הרפואי איכילוב ולבני משפחותיהם: ☎ 1-800-211-200

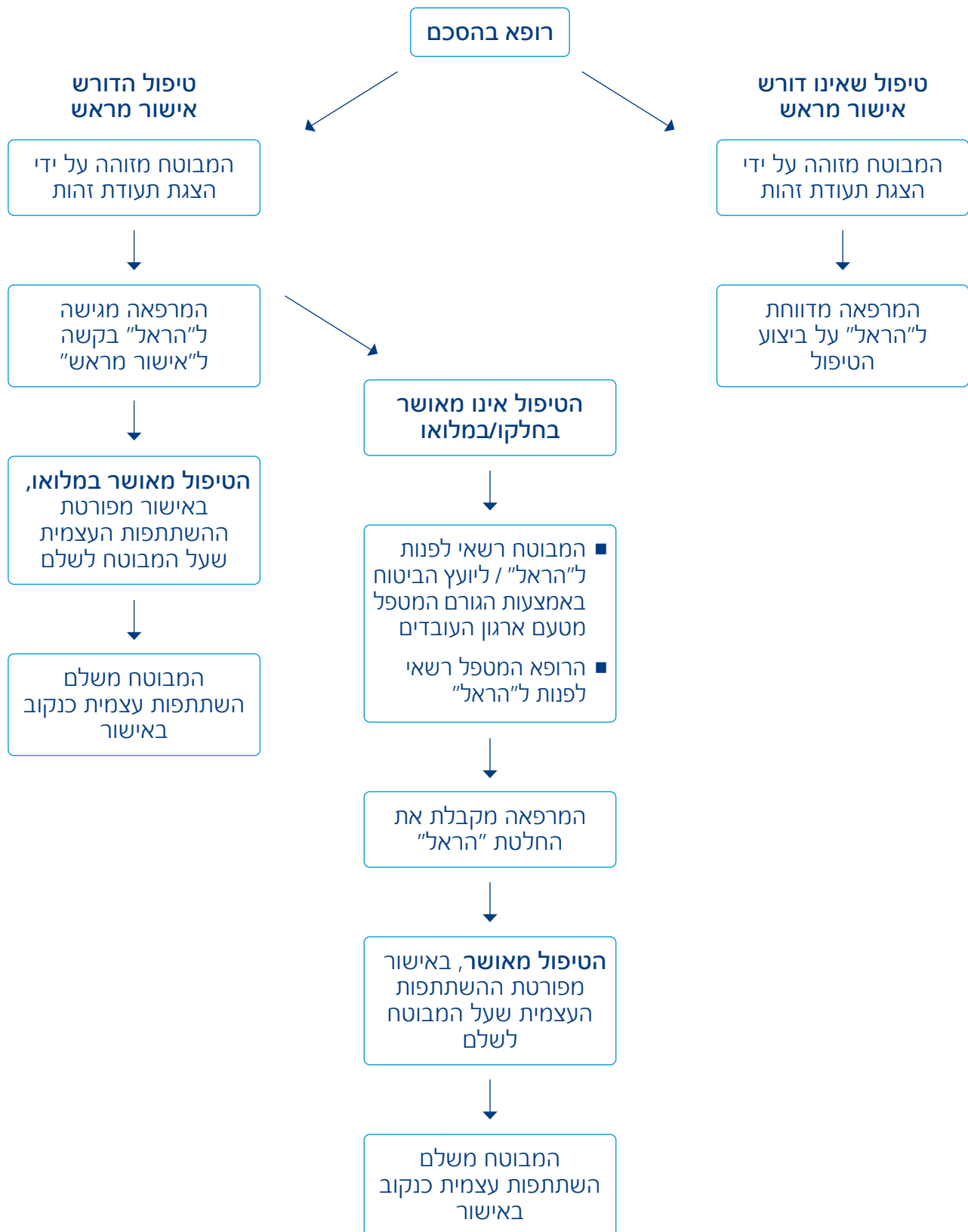
## הנחיות להגשת תביעה פרטית של המבוטח לחברת הביטוח בגין טיפולי שיניים המבוצעים לפני ובתקופת המעבר בין חברת הביטוח הפניקס לחברת הראל:

1. **מבוטחים שטיפולי השיניים בוצעו והסתיימו ( וגם אם הם חלק מתוכנית טיפול שיניים כוללת) עד ליום 31.12.2020 כולל - יגישו את תביעתם לתשלום לחברת הביטוח "הפניקס".**
  2. **מבוטחים שקיבלו אישור לתוכנית טיפול שיניים מחברת הביטוח "הפניקס" והתחילו בביצוע הטיפול לפני 1.1.2021 וטרם סיימו את ביצועו - יגישו את תביעתם לחברת הביטוח "הראל" בצרוף האישור/מסמך שניתן על ידי חברת הביטוח "הפניקס" וכן הצהרה חתומה (הסכמה ל"המחאת זכות" התביעה להחזר הוצאות רפואת שיניים מול הפניקס חברה לביטוח בע"מ).**
  3. **מבוטחים שקיבלו אישור לתוכנית טיפול מחברת הביטוח "הפניקס" וטרם החלו בביצוע הטיפול - רשאים להגיש תכנית טיפול חדשה על פי תנאי ההסכם החדש לחברת הביטוח "הראל". לחילופין יכולים להגיש את תביעתם לחברת הביטוח "הראל" בצרוף האישור/מסמך שניתן על ידי חברת הביטוח "הפניקס" וכן הצהרה חתומה (הסכמה ל"המחאת זכות" התביעה להחזר הוצאות רפואת שיניים מול הפניקס חברה לביטוח בע"מ).**
- למען הסר ספק, מובהר כי תביעה לתשלום ניתן להגיש רק לחברת ביטוח אחת.

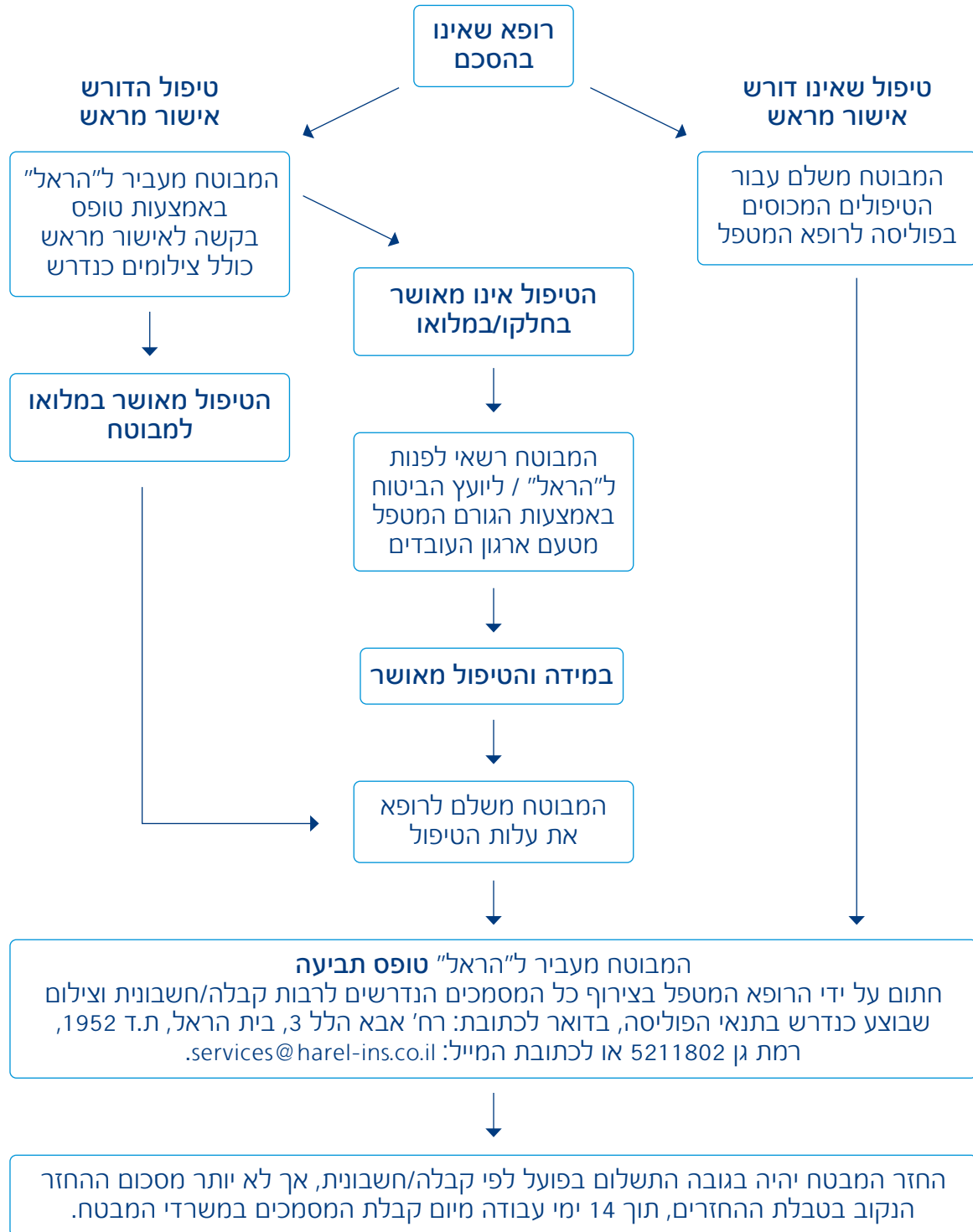
### לחברת הסבר זו מצורפים הטפסים הבאים לשימושך:

- א. [טופס ביטוח הוצאות רפואת שיניים.](#)
- ב. [טופס הסכמה ל"המחאת זכות" התביעה להחזר הוצאות רפואת שיניים מול הפניקס חברה לביטוח בע"מ.](#)
- ג. [טופס בדיקה לטיפולים פריוודונטליים.](#)
- ד. [טופס התייעצות לטיפולים אורתודונטיים.](#)

## תהליך הגשת בקשה / תביעה אצל רופא בהסכם



## תהליך הגשת בקשה / תביעה אצל רופא שאינו בהסכם (פרטי)





צילום		שם הטיפול	אבחנה
אחרי	לפני		
אבחון			
	X	D2950000	בניית תווך, כולל פינים לסוגיהם
X	X	D2952000	מבנה יצוק בתוספת לכתר
X	X	D2751000	כתר חרסניה מאוחה למתכת לא אצילה
			סיבות לטיפול משקם
			מבנה / כתר בעקבות טיפול שורש
			מבנה / כתר מסיבה אסתטית
			מבנה / כתר כתוצאה מהרס כותרתי
			גשר בעקבות עקירה
			החלפת שיחזור בעקבות ט.ש. / ח.ט.ש.
			החלפת שיחזור מסיבה אסתטית
			החלפת שיחזור כתוצאה מעששת
			החלפת שיחזור בעקבות עקירה
תותבות ותיקונים			
	X	D5211000	תותבת חלקית בלסת העליונה - על בסיס שרף
	X	D5213000	תותבת חלקית בלסת העליונה - נשלפת מיוטליום
	X	D5110000	תותבת שלמה
		D5650000	הוספת שן לתותבת חלקית קיימת
		D5666000	הוספת 00 לתותבת חלקית קיימת
		D5510000	תיקון שבר בבסיס תותבת
		D5650000	הוספת שן לתותבת חלקית קיימת
		D5620000	תיקון שלד יצוק של תותבת (הלחמה)
		D5710000	חידוש בסיס תותבת שלמה
		D5730000	ריפוד תותבת עליונה - מרפאה
		D5750000	ריפוד תותבת עליונה - מעבדה
	X	D2960000	ציפוי שן משרף / אקריל בצד השפתי
	X	D6950000	מחבר מדוייק / חצי מדוייק לתותבת חלקית קבועה
	X	D2975000	כיפת שורש
לסת עליונה סימון שן 97, לסת תחתונה סימון שן 98 שתלים			
X	X	D6010000	החדרה כירורגית של שתל דנטלי, כולל חשיפה
X	X	D6056000	מבנה טרומי לשתל דנטלי
X	X	D6060000	כתר חרסניה מאוחה למתכת לא אצילה על שתל
אורטודונטיה			
	X	D8020000	יישור שיניים חלקי למשנן מתחלף
	X	D8090000	יישור שיניים מלא למשנן מבוגר
		D8040000	יישור שיניים חלקי למשנן מבוגר
טיפול חניכיים			
		D0180000	הערכה פריודונטלית מקיפה - מטופל חדש / מוכר
	X	D7510000	חיתוך וניקוז מורסה / ציסטה (פריודונטלי)
	X	D4321000	קיבוע חוץ כותרתי לשיניים ניידות (חומר מרוכב)
	X	D4249000	הארכת כותרת
		D4341000	סילוק אבנית והקצעת שורשים - 4 שיניים ויותר
		D4260000	ניתוח חניכיים כולל עיצוב עצם - 4 שיניים ויותר
	X	D4240000	הרמת מתלה עם החלקת שורשים
כל טיפול שאינו מוגדר בטבלה			

צילום		שם הטיפול	אבחנה
אחרי	לפני		
אבחון			
		D0120000	הערכה תקופתית של הפה - מטופל מוכר
	X	D2720000	צילום נשך - שני צילומים
	X	D0220000	צילום פריאפיקלי
	X	D0330000	צילום פנורמי
	X	D0210000	צילום סטטוס מלא
	X	D0210020	צילום סטטוס מקביליות מלא
	X	D0340000	צילום צפלומטרי
	X	D0322000	טומוגרפיה של מפרק הלסת
	X	D0350000	צילומי פה / פנים
		D0470000	תבניות אבחנתיות, מטבע ומודל לימוד
מניעה			
		D1110000	טיפול מונע - מבוגר, הסרת רובד, אבנית וכתמים במשנן קבוע ומשנן מעבר
		D1351000	איטום חריצים, לכל שן
רפואה משמרת			
		D2140000	שיחזור אמלגם משטח 1, משנן ראשוני או קבוע
		D2330000	שיחזור מורכב על בסיס שרף / אקריל - משטח 1, קדמי
טיפול שורש			
X	X	D3310000	טיפול שורש - לא כולל שיחזור סופי
X	X	D3346000	חידוש טיפול שורש
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
	X	D3220000	קטוע מוך שן נשירה או קבועה
	X	D3351000	אפקסיפיקציה
כירוגיה			
	X	D7140000	עקירה, שן שבקעה או שורש חשוף, שן אחת
	X	D7210000	עקירה כירורגית - שן שבקעה לחלל הפה
	X	D7220000	עקירה כירורגית - שן כלואה ברקמה רכה
	X	D7240000	עקירה כירורגית - שן כלואה במלואה ברקמה קשה
			60 עקירה הנובעת מהרס כותרתי נרחב
			63 עקירה הנובעת מבעיית חניכיים
			64 עקירה למטרה אורטודונטית
			67 עקירה למטרה פרוטטית
			68 עקירת שן עודפת
	X	D3410000	כריתת חוד השורש - אפיקואקטומי
	X	03920000	המיסקציה
	X	D7510000	חיתוך וניקוז מורסה - ברקמה רכה בתוך חלל הפה
טיפולים אחרים			
	X	D9110000	עזרה ראשונה - טיפול בכאב שיניים
	X	D1510000	שומר מקום קבוע - התקנה
	X	D2930000	כתר טרומי מפלדת אל חלד - שן נשירה

# הסכמה להמחאת זכות התביעה להחזר הוצאות רפואת שיניים מול הפניקס חברה לביטוח בע"מ ("הפניקס")

הטופס מנוסח בלשון זכר, אך מיועד לנשים וגברים כאחד.

מבוטח/ת נכבד/ה,

בהתאם לפוליסה בה הנך מבוטח ולתנאי ההסכם בין הראל לבין עיריית תל אביב יפו ורופאי איכילוב, הראל תאשר ותישא בעלויות הוצאות רפואת שיניים גם במקרים בהם הטיפול בוצע במסגרת ההתקשרות הקודמת מול הפניקס.

לאור האמור, ועל מנת שנוכל לטפל במהירות וביעילות בתביעתך, עליך להשיב תשובה מלאה וכנה על השאלות הבאות -

א. האם הנך מבוטח/ת שטיפולי השיניים שלו/ה בוצעו והסתיימו (וגם אם הם חלק מתוכנית טיפול שיניים כוללת), עד ליום 31.12.2020 (כולל) וטרם נתקבלו החזרים מהפניקס?

כן  לא

ב. האם הנך מבוטח/ת שקיבל/ה אישור לתוכנית טיפולי שיניים מהפניקס והתחיל בביצוע הטיפול לפני 1.1.2021 וטרם סיים את ביצועו?

כן  לא

ככל שתשובתך לאחת או יותר מהשאלות מעלה הינה חיובית, אנא מלא את הפרטים בטופס זה להלן וצרפו לטופס התביעה ("טופס ביטוח הוצאות רפואת שיניים").


- במידה וקיבלת אישור לתוכנית טיפולי שיניים מהפניקס (כאמור בסעיף ב' לעיל), אנא צרף גם את האישור שקיבלת לטופס זה.
- ככל שהגשת תביעה להפניקס, אולם היא נדחתה ו/או שולמה באופן חלקי - יש לצרף את מכתב הדחיה ו/או האישור החלקי, בהתאמה לטופס זה.

- כתובת הדוא"ל לשליחת טופס חתום זה יחד עם טופס "ביטוח הוצאות רפואת שיניים": [services@harel-ins.co.il](mailto:services@harel-ins.co.il)

בחתימתך מטה, הנך מצהיר ומתחייב, כי התביעה המוגשת על ידך בטופס התביעה המצורף להסכמה זו לא שולמה על ידי הפניקס.

בחתימתך הנך מייפה בזאת את כוחה של הראל חברה לביטוח בע"מ לתבוע החזרים ולשובב את התביעה להחזר הוצאות רפואת שיניים כנגד הפניקס, אשר לה מחויבות לכיסוי התביעה הנ"ל או חלקה.

מובהר, כי הצהרות אלו מתייחסות לתביעה שהגשת בטופס המצורף בלבד וכי תידרש למלא את הסכמתך בהתייחס לתביעות נוספות בפוליסה, ככל שיוגשו על ידך בעתיד.

שם + שם משפחה	מס' זהות של המבוטח	תאריך
	כתובת דואר	נייד
חתימה 		כתובת דוא"ל



### א פרטי מקבל הטיפול

שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.

### ב עומק כיסים

יש לסמן עומק הכיס הגדול ביותר מסביב לשן מעל 4 מ"מ יש לסמן ב-✓ את השן החסרה לאור הנ"ל המתרפא סובל מ

### ג ממצאי בדיקה לפני כל טיפול

לסת עליונה																			
טיפול מונע																			
איבוד עצם	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3			
G.I	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3			
אבנית	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3			
תזוזת שם (2) (3)																			
עומק הכיסים																			
מספר השן	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28			
לסת תחתונה																			
מספר שן	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38			
עומק הכיסים																			
תזוזת שם (2) (3)																			
אבנית	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3			
G.I	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3			
איבוד עצם	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3			
טיפול מונע																			
סימני דלקת G.I				תזוזת השן				אבחנות				איבוד עצם				אבנית			
0 - בריא 1 - דלקת קלה, אין דימום 2 - דלקת בינונית, דימום בבדיקה 3 - דלקת חמורה, דימום ספונטי				2 - תזוזה הוריונטלית 3 - תזוזה ורטיקלית				0 - אין בעיה פריודונטלית 1 - ג'ינג'יביטיס 2 - פריודונטיטיס התחלתית 3 - פריודונטיטיס מתונה 4 - פריודונטיטיס מתקדמת				0 - בריא 1 - התחלתי 2 - בינוני 3 - מתקדם				0 - אין 1 - התחלתית 2 - בינונית 3 - רבה			
ממצאים שונים																			

טל. 03-7547222


תאריך: ..... חתימת המבוטח לפני טיפול: .....


פרטי הרופא: .....

שם ..... רשיון מומחה ..... כתובת ..... טלפון ..... חותמת וחתימת הרופא

א פרטי המבוטח				
שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.	תאריך לידה	מס' פוליסה

ב פרטי הרופא המטפל			
מס' רישיון	מס' מרפאה	שם האורתודונט	מס' טלפון

ג אבחנות נא לסמן ב-X את הממצא הנדנטלי התואם	
אבחנת הפרעת סגר עפ"י אנגל CLASS 1 <input type="checkbox"/> CLASS 2 <input type="checkbox"/> CLASS 3 <input type="checkbox"/> DIVISION 2 <input type="checkbox"/> SUB DIVISION <input type="checkbox"/> DIVISION 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> סוגר צלבי <input type="checkbox"/> קדמי <input type="checkbox"/> אחורי <input type="checkbox"/> קדמי ואחורי <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/> CROSS BITE <input type="checkbox"/>
סגר עובר אופקי סגר עובר אנכי סגר מספריים צפיפות עליונה (מוערך) צפיפות תחתונה (מוערך)	ציין ..... מ"מ ציין ..... מ"מ <input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין ציין ..... מ"מ ציין ..... מ"מ
במצב בו שיניים חסרות, סמן ב-X אם בכוונתך: <input type="checkbox"/> לפתוח או <input type="checkbox"/> לסגור רווחים במצב בו שיניים כלואות ו/או עודפות, סמן ב-X אם בכוונתך: <input type="checkbox"/> להשאירן או <input type="checkbox"/> לעקרן או <input type="checkbox"/> למושכן במקומם ציין ב-X אם באם הטיפול דורש: <input type="checkbox"/> עקירות שיניים <input type="checkbox"/> אינו דורש <input type="checkbox"/> יתברר בהמשך	
סמן ב-X אם הטיפול המוצע יבוצע באמצעות: <input type="checkbox"/> טיפול במכשיר נייד <input type="checkbox"/> טיפול במכשיר קבוע <input type="checkbox"/> רסן <input type="checkbox"/> מכשיר פונקציונלי <input type="checkbox"/> פלטה <input type="checkbox"/> טבעות לסת עליונה <input type="checkbox"/> טבעות לסת תחתונה קיבוע: <input type="checkbox"/> ריטיינר נייד <input type="checkbox"/> ריטיינר קבוע <input type="checkbox"/> רטנציה אקטיבית במיכשור פונקציונלי	הערות ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... חתימת האורתודונט 

ד ויתור על סודיות רפואית
הריני מוותר/ת על הסודיות הרפואית שלי לטובת החברה המבטחת ומורה למסור לה את כל המידע מהתיק הרפואי ו/או הרשומה הרפואית, מכל מוסד הנוחץ למבטח ליישוב פנייתי. אין לי ולא יהיו לי כל טענות ו/או תביעות לכל גורם בגין בקשתי זו.
תאריך: ..... חתימת המבוטח:  .....