

**בקשה להחזר טיפולי שיניים- לחולים אונקולוגיים שלא טופלו במרפאות הסדר
(יש להקפיד על מילוי הטופס בצורה ברורה ומלאה לצורך טיפול יעיל של הבקשה)**

1 פרטים אישיים												
שם פרטי			שם משפחה			תעודת זהות			תאריך			

2 פרטי הבקשה (למילוי על ידי הרופא המטפל)												
מועד טיפול כימותרפי/הקרנתי אחרון: _____ מיקום המחלה: _____ יש לצרף לבקשה: • לפני טיפול כימותרפי/ הקרנתי- מסמך מגורם רפואי על הכוונה להתחיל בטיפולים. • אחרי טיפול אונקולוגי- מסמך מגורם רפואי המעיד על קבלת הטיפולים בפועל. • תוכנית טיפולי השיניים, צילומי שיניים (במידה ובוצעו). • הצעת מחיר/קבלות מקור. המימון הוא עד לגובה תעריף מרפאות השיניים של הקופה. יש לשמור ולהעביר קבלות מקוריות בלבד. הזכאות להשתתפות הקופה: בכפוף לאישור מקצועי של יועץ הקופה בתחום. לידיעה: 1. לפני תחילת הטיפול הכימותרפי/הקרנתי: הקופה משתתפת ב 50% מעלות התוכנית המאושרת. 2. לאחר הטיפול הכימותרפי/הקרנתי: הזכאות עד לשנתיים מסיום הטיפול הכימותרפי/הקרנתי. 3. לאחר טיפול קרינתי לאזור הראש צוואר: זכאי לטיפול משמר ומשקם בהתאם למפורט בטבלה ללא הגבלת זמן.												
פרטי ממלא הטופס												
שם הרופא וחתמתו			מרכז רפואי			תאריך						

3 הערות												
• במקרה של כריתה באזור הלסתות או רקמות סמוכות קיימת זכאות לשיקום קבוע בעזרת כתרים/שתלים • הטופס ימולא ע"י רופא השיניים המטפל. • יש לצרף לטופס זה צילום אבחנתי לפני תחילת הטיפולים.												