טופס בקשה לבדיקת זכאות לטיפולי שיניים לחולים אונקולוגים
(הטופס ימולא ע"י רופא משפחה/אונקולוג מטפל)

1. פרטים אישיים

שם פרטי	שם משפחה	תעודת זהות	תאריך

2. פרטי הבקשה (למילוי על ידי הרופא המטפל)

תאריך אבחנה אונקולוגית: _____ אבחנה אונקולוגית (מיקום המחלה בגוף): _____

האם המבוטח עבר טיפול כימותרפי או קרינתי: ☐כן ☐לא

במידה וכן, תאריך טיפול כימותרפי/הקרנתי אחרון: _____

האם המבוטח מועמד כעת לטיפול כימותרפי או קרינתי: ☐כן ☐לא

האם המבוטח מועמד כעת לטיפול בביספוספונטים או דנוזומאב בשל מיאלומה נפוצה או גרורות לעצמות: ☐כן ☐לא

האם המבוטח עבר טיפולים כימותרפיים/קרינתיים לאזור ראש צוואר: ☐כן ☐לא

האם המבוטח עבר כריתה באזור לסתות: ☐כן ☐לא

האם המבוטח מועמד להשתלת מח עצם: ☐כן ☐לא

האם המבוטח לאחר השתלת מח עצם: ☐כן ☐לא אם כן, תאריך השתלה: _____

פרטי ממלא הטופס

שם הרופא	חתימה וחותמת	תאריך

3. הערות

במרפאות שלא בהסדר:

- חובה לקבל אישור מראש לפני תחילת טיפול.
- לבדיקת זכאות להחזר יש לצרף לבקשה:
  - תוכנית טיפול, צילומי שיניים והעתק גיליון רפואי הכולל את פירוט הטיפולים ותאריכי הטיפול.
  - חשבוניות מקור
- ההחזר הינו עד לגובה תעריף מרפאות השיניים של הקופה.
- הזכאות להשתתפות הקופה: בכפוף לאישור מקצועי של יועץ הקופה בתחום.

לידיעה:

- סל הטיפולים הכלולים בזכאות נקבע על ידי משרד הבריאות.
- לפני תחילת הטיפול הכימותרפי/קרינתי: זכאי להשתתפות בסך 50% מעלות הטיפולים הכלולים בסל על פי תעריף הקופה.
- לאחר טיפול כימותרפי/קרינתי: הזכאות הינה לשנתיים מסיום הטיפול הכימותרפי/קרינתי.
- לאחר טיפול קרינתי לאזור ראש צוואר: הזכאות לטיפול משמר ומשקם בהתאם לתמהיל סל הבריאות ללא הגבלת זמן.
- במקרה של כריתה באזור הלסתות, הזכאות לטיפול משמר ומשקם בהתאם לתמהיל סל הבריאות ללא הגבלת זמן.
- לבירורים נוספים ניתן לפנות למוקד השיניים בטלפון 507* שלוחה 6.