

טיפולי שיניים לחולה אונקולוגי - מידע ללקוח

1. על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי במסגרת סל השירותים זכאי חולה אונקולוגי להשתתפות בחלק מטיפולי השיניים. הטיפולים הנכללים בסל, הם טיפולי שיניים משמרים ומשקמים בשרף (אקריל). פרטים על הזכאות ניתן לקבל במוקד *2700.
2. באפשרותך לקבל את טיפולי השיניים במרפאות של שירותי בריאות כללית "כללית סמייל", ובמקרה זה לא תחוייב בתשלום עבור טיפולי השיניים הכלולים בסל השירותים על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי. עבור טיפולי שיניים שאינם כלולים בסל השירותים תחוייב בתשלום על פי תעריפי "כללית סמייל". פרטים על מרפאת "כללית סמייל" הקרובה למקום מגוריך ניתן לקבל בטלפון *2829.
3. לפני התחלת טיפולי שיניים, יש לבקש מהרופא האונקולוג למלא את הפרטים המופיעים בטופס מידע המצ"ב ("מידע לצורך טיפולי שיניים לחולה אונקולוגי").
4. באפשרותך לקבל טיפולי שיניים בכל מרפאה אחרת על פי בחירתך, במקרה זה, תוכל לקבל החזר בגובה המחיר הנהוג במרפאות "כללית סמייל" וזאת אחרי גמר הטיפולים. יש לצרף טופס תביעה חתום על ידי רופא השיניים המטפל יחד עם צילומי שיניים לפני הטיפול, חשבונית מס/קבלה מקורית ואת הספח מטה "מידע לצורך טיפולי שיניים לחולה אונקולוגי" חתום על ידי רופא האונקולוג. את כל המסמכים יש להגיש למשרד מרפאתך שיעבירם לממונה על סל השירותים במחוז אליו אתה משתייך.

בברכה,
הממונה על סל השירותים
שירותי בריאות כללית

מידע לצורך טיפולי שיניים לחולה אונקולוגי ימולא על ידי רופא אונקולוג בלבד!

תאריך _____

לרופא האונקולוג:

הנ"ל ידוע כחולה אונקולוגי. על מנת לברר את זכויותיו על פי סל הבריאות לטיפולי שיניים, אבקשך למלא את הפרטים אודות הטיפולים הכימותרפיים/קרינתיים שהמטופל קיבל.

לכבוד

יועץ רפואת שיניים ארצי לחולים אונקולוגיים

הנדון:

שם משפחה	שם פרטי	מספר הזהות סי"ב

לתשומת ליבך: טיפול בביפוספונטים, טיפול ביולוגי וטיפול הורמונלי אינם נחשבים כטיפולים כימותרפיים ואינם מזכים בהשתתפות בטיפולי שיניים, לפיכך אין לרשום את הטיפולים בהם במידע המבוקש להלן.

1. תאריך גילוי המחלה _____ / _____ / _____
2. תאריך התחלת הטיפולים: כימותרפיים _____ / _____ / _____ קרינתיים (שלא לאזור ראש צוואר) _____ / _____ / _____
3. תאריך סיום הטיפולים הכימותרפיים _____ / _____ / _____ קרינתיים (שלא לאזור ראש צוואר) _____ / _____ / _____
4. האם בוצעה הקרנה לאזור ראש צוואר? לא אם כן מהו האיבר המוקרן _____
5. אם כן, מהו תאריך תחילת הטיפולים הקרינתיים לאזור ראש צוואר _____ / _____ / _____

בכבוד רב,
חתימה וחותמת האונקולוג