

| | |
|-------------|------------|
| מספר זהות | שם המבוטח |
| | |
| מספר פוליסה | מספר תביעה |
| | |

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעפרון

דף הנחיות למילוי טופס 761

הנחיות להגשת פניה לטיפול שיניים אצל רופא שאינו בהסכם

מיפוי פה /התייעצות מוקדמת /תביעה/ הפנייה למומחה/ בקשה לאישור תכנית טיפול/ ערעור/בירור

מבוטח/ת יקר/ה,

בכל מקרה של צורך בתביעת שיניים עליך לפנות למחלקת תביעות שיניים במגדל ולמלא אחר ההנחיות שלהלן:

בשלב הראשון:

עליך לוודא כי הטיפול המבוצע כלול בטבלת הטיפולים **המכוסים בחוזה הביטוח** שברשותך, וכן שאינו דורש בקשה לאישור תוכנית טיפול מראש טרם ביצוע הטיפולים. בנוסף, עליך למלא את כל הפרטים המבוקשים ולהעביר אלינו טופס להגשת פניה לטיפול שיניים אצל רופא שאינו בהסכם (המצ"ב).

א. חלק א', כולל את פרטי המבוטח. בכל פניה עליך להקפיד על מילוי סעיף א' של הטופס הכולל פרטים מלאים שלך. (לדוגמא: ת.ז, שם, כתובת, מספר טלפון).

ב. חלק ב', נועד למילוי על ידי רופא שיניים/ מכון שאינו בהסכם. יש למלא את פרטי הרופא ואישורו לטיפול, על הסעיף לכלול חתימה וחותמת רופא שאינו בהסכם.

לתשומת ליבך,

בכל פניה עליך לסמן בחלק א' את מטרת הטופס בשורת המטרות בחלקו העליון של הטופס:

מיפוי פה /התייעצות מוקדמת /תביעה/ הפנייה למומחה/ בקשה לאישור תכנית טיפול/ ערעור/בירור

לטופס זה יש לצרף:

- צילומי אבחנה ו/או סיום טיפול - לפי הנדרש בתנאי חוזה הביטוח שברשותך עבור הטיפולים הנתבעים. יש לציין פרטים מזהים על גבי המסמכים, כגון: מס' זהות ושם מלא של המבוטח.
- בטיפולים אורטודנטיים - יש לצרף תדפיס טיפולים.
- חתימה וחותמת רופא מבצע הטיפולים על גבי טופס התביעה (יש לבדוק בתנאי החוזה באם נדרש ביצוע ע"י מומחה מטעם משרד הבריאות הישראלי, עבור הטיפול הספציפי כתנאי לכיסוי).
- פירוט מחיר עבור כל טיפול בנפרד לצורך חישוב ההחזר.
- קבלות מקור בהגשת תביעה בדואר או צילום קבלות בהגשת תביעה אונליין בגין השירות שניתן עם חותמת וחתימת המרפאה.
- אם ההחזר הכספי הינו מעל 5,000 ש"ח עליך לצרף צילום המחאה או אישור מהבנק על פרטי חשבונך. במידה והמבוטח קטין יש להעביר מכתב חתום על ידי שני ההורים שבו יצוין אופן התשלום הנדרש בצירוף תצלום תעודת זהות.

מה יקרה בהמשך:

לאחר קבלת טופס התביעה והמסמכים הרלוונטיים תיבחן זכאותך לכיסוי הביטוחי, בהתאם לחוזה הביטוח שברשותך ולרובד כיסוי הביטוחי אליו הצטרפת.

אופן הגשת התביעה:

באפשרותך לנהל את תביעתך באמצעות שירות "הגשת תביעה Online" שניתן באתר החברה בכתובת www.migdal.co.il או דרך אפליקציית מגדל בנייד. שירות "הגשת תביעה Online" מאפשר לך להגיש תביעה, להעלות מסמכים חסרים ולצפות בסטטוס הטיפול בתביעה בכל זמן ובכל מקום. השלמת מסמכים חסרים ניתן לשלוח גם באמצעות SMS עם המילה "תביעות" לטלפון נייד שמספרו: 055-7000113. למידע נוסף ניתן לפנות למוקד התביעות בטלפון 076-8865151 בימים א'-ה' בין השעות 08:00-16:30.

ניתן להגיש את טופס התביעה והמסמכים המבוקשים מעלה באחת מהאפשרויות הבאות:

- באמצעות לינק דיגיטלי
 - לתיבת דואר אלקטרוני: dentalclaim@migdal.co.il
 - בפקס: 03-5637222
 - באמצעות דואר ישראל לכתובת המופיעה מטה עבור: תביעות שיניים
- לידיעתך, טופס זה אינו מהווה התחייבות לתשלום ו/או הכרה בזכאות המבוטח לתשלום כלשהו ואין בהגשת טופס התביעה כדי להאריך את תקופת ההתיישנות הקבועה בחוק.

בברכה,
תביעות שיניים

כל הדרכים לצור איתנו קשר

www.migdal.co.il | בחנויות האפליקציות App Store/Google Play | סוכן הביטוח שלך | Whatsapp 054-9201028 | מוקד טלפוני 03-9201010

כתובת למשלוח דואר: מגדל חברה לביטוח בע"מ. ת"ד 3063 קרית אריה, פתח תקוה, מיקוד 4951106



011647610103190722

עמוד 1 מתוך 6

מגדל חברה לביטוח בע"מ
קוד מסמך: 164



| | |
|-------------|------------|
| מספר זהות | שם המבוטח |
| מספר פוליסה | מספר תביעה |

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעפרון

טופס להגשת פניה לטיפול שיניים אצל רופא שאינו בהסכם

טופס מספר **761**

חלק א' - למילוי בידי המבוטח

סמן ב-X את סיבת פנייתך.

ניתן לבחור מס' קטגוריות יחד למעט תביעה ובקשה לאישור תכנית טיפול.

מיפוי פה התייעצות מוקדמת תביעה הפנייה למומחה בקשה לאישור תכנית טיפול ערעור / בירור

| א. פרטי המבוטח הראשי / ראש משפחה | | | | | |
|---|---------------------|----------|-----------------|---------------|--------------------|
| מספר זהות | שם משפחה | שם פרטי | מספר טלפון נייד | דואר אלקטרוני | |
| פרטי המבוטח / מטופל | | | | | |
| מספר זהות | שם משפחה | שם פרטי | | תאריך לידה | |
| יישוב | כתובת מגורים (רחוב) | | מס' בית | מס' דירה | ת"ד |
| מספר טלפון | מספר טלפון נייד | מספר פקס | סוג הסכמ | מס' הסכמ | שם מעסיק (קולקטיב) |
| שם קופת חולים | | | סוג תוכנית שב"ן | | |
| <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> מאוחדת | | | | | |
| האם יש לך ביטוח שיניים כלשהו נוסף במקום העבודה או ביטוח פרטי אחר? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____ | | | | | |

| ב. אופן קבלת הודעות ומסמכים יש לבחור מטה את דרך יצירת הקשר עימך, לפי הפרטים שצינת לעיל | |
|---|---|
| <p><input type="checkbox"/> דואר אלקטרוני* (יש למלא גם מספר טלפון נייד)</p> <p><input type="checkbox"/> דואר ישראל</p> <p><input type="checkbox"/> פקס</p> <p>בהעדר תשובה, הודעות החברה ישלחו אליך באמצעות דואר אלקטרוני אם קיים בחברה.</p> | <p>* הצהרה למבקשים לקבל הודעות בדואר אלקטרוני:</p> <p>אני מסכים כי בכל מקום בו מכוח החוק ו/או הפוליסות שיש לי במגדל חברה לביטוח בע"מ, נדרשת החברה, או מי מטעמה, להעביר למבוטח מידע ו/או מסמך בכתב, תהיה לחברה או למי מטעמה אפשרות להעביר אלי את המידע ו/או המסמך בדואר אלקטרוני לכתובת האי-מייל שרשמה על ידי בטופס זה, במקום בדואר, אף אם הוא כולל "מידע רגיש" כהגדרתו בחוק הגנת הפרטיות.</p> |
| תאריך | שם פרטי ושם משפחה |
| מספר תעודת זהות | חתימה * |

| ג. הצהרות המבוטח - אני הח"מ מצהיר ומתחייב כי | |
|---|---|
| <p>1. 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 והפוליסה. כן הנני מתחייב לשפות ו/או לפצות את מגדל ו/או מי מטעמה, מיד עם דרישתה, ולהחזיר לה כל סכום ששולם על ידה בגין הקבלות, אם אקבל תשלום מגורם ו/או מקור אחר בגין ו/או בקשר עם הקבלות.</p> <p>2. ידוע לי כי הפוליסה בגינה הוגשה התביעה הינה פוליסת שיפוי, במסגרתה הנני זכאי להחזר מלא ו/או חלקי בגין הוצאות שהוצאתי ו/או תשלומים ששילמתי בפועל, על פי הקבלות אשר העתקן מצורף לתביעה זו - הכל בהתאם לתנאי הפוליסה (להלן: "הקבלות").</p> <p>3. כל האמור לעיל הוא נכון, וכי לא העלמתי דבר הקשור עם התביעה הנוכחית. ידוע לי על פי הוראות החוק, מסירת מידע כוזב או מטעה עלולה לגרום לדחיית התביעה ו/או לשלילת זכות המבוטח להחזר על פי הפוליסה.</p> <p>4. ידוע לי שהדיווח על ביצוע ההעברה הבנקאית שיועבר אליי באחד מהאמצעים שרשמתי לעיל, יכלול פרטים אישיים שלי ואני אחראי באופן בלעדי לכל חשיפה ו/או מסירה של הפרטים האישיים הנ"ל לגורם שלישי כלשהו.</p> <p>5. אני מאשר את תוכנית הטיפול שהביא לידיעתך הרופא.</p> | <p>במקרה של קטין/חסוי, יצינו את שמם ויחתמו האפוטרופוסים על פי דין. במידה וקיים צו מינוי אפוטרופוס - יש לצרפו.</p> |
| תאריך | שם פרטי ושם משפחה |
| מספר ת.ז. | חתימה * |
| יחס הקרבה של החותם למבוטח (במידה והחותם אינו המבוטח) | חתימה * |
| נוסף במקרה חתימת הורה של קטין * | |

מק"ט 531100001 (מהדורה 07.2022)



011647610203190722

עמוד 2 מתוך 6

מגדל חברה לביטוח בע"מ
קוד מסמך: 164

| | |
|-------------|------------|
| מספר זהות | שם המבוטח |
| | |
| מספר פוליסה | מספר תביעה |
| | |

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעפרון

ד. אופן ביצוע תשלום בהעברה בנקאית

במידה והתביעה תאושר, התשלום יבוצע באמצעות העברה בנקאית.
במידה ותביעתך להחזר כספי הינה מעל 5,000 ₪ יש לצרף צילום המחאה או אישור מהבנק על פרטי חשבונך.

אני הח"מ:

מבקש ומאשר בזאת להעביר את סכום תגמולי הביטוח המגיעים לי בעקבות האירוע הביטוחי כמפורט בהודעת התביעה, ככל שיקבע על ידכם כי אני זכאי לתגמולים אלה, באמצעות העברה בנקאית ישירות אל חשבון הבנק שברשותי כמפורט להלן:

| שם בעל החשבון | ת.ז בעל חשבון | שם הבנק | מספר הבנק | מספר הסניף | שם הסניף | מספר החשבון |
|---------------|---------------|---------|-----------|------------|----------|-------------|
| | | | | | | |

אני מאשר מצהיר ומתחייב כדלקמן:

- כל הנתונים שמסרתי לכם לגבי העברה הבנקאית הנ"ל נכונים, מדויקים ונבדקו עלי ידי.
- אני מצהיר בזאת שהחשבון על שמי ו/או משותף לי ולבן/ת זוגי.
- ההעברה הבנקאית הנ"ל מבוצעת בהתאם לבקשתי על אחריותי בלבד.
- אני מוותר על כל טענה / דרישה / תביעה בקשר להעברה הבנקאית הנ"ל.
- ידוע לי כי אם הפרטים על פי בדיקתכם אינם נכונים ו/או לא צורף צילום של המחאה מבוטלת- יבוצע התשלום בהמחאה.
- ידוע לי שאין בהסכמתי זו משום התחייבות כלשהי של חברת הביטוח להכיר בכיסוי הביטוחי או בגובה תגמולי הביטוח

לתשומת ליבך,

במידה והמבוטח הינו קטין יש להעביר מכתב חתום על ידי שני ההורים שבו יצוין אופן התשלום הנדרש, בצירוף תצלום תעודת זהות.

חתימה *

תאריך

ה. ויתור על סודיות רפואית וכללית

אני הח"מ נתון בזה רשות לכל מוסד רפואי למסור למגדל חברה לביטוח בע"מ כל מידע רפואי ו/או צילומים הנחוצים למבטח לצורך ישוב פנייתי. אני מוותר על סודיות רפואית זו כלפי המבקשת ולא תהא לי כל טענה או תביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת מידע זה כלפי המוסדות ו/או למי מעובדיהם ו/או נותני השירות שלהם.

חתימה *

תאריך





| | |
|-------------|------------|
| מספר זהות | שם המבוטח |
| מספר פוליסה | מספר תביעה |

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעפרון

חלק ב' - למילוי על ידי רופא השיניים המטפל

חלק זה ימלא על ידי רופא שיניים מקצועי המטפל במבוטח שאינו בהסכם (פרטי)

| א. פרטי הרופא ואישורו לטיפול | | | | | | | | | |
|--|--|-----------------|--|--------------------|---------------------------------|---------------|--|----------------------------|--|
| מספר זהות | | שם הרופא | | שם המרפאה | | מספר רישיון | | תאריך אישור ביצוע הטיפולים | |
| מספר טלפון | | מספר טלפון נייד | | מספר פקס | | דואר אלקטרוני | | מס' ספק במגדל | |
| מספר זהות המבוטח | | שם המבוטח | | שם משפחה של המבוטח | | | | | |
| הריני מאשר כי ברצוני לבצע ו/או ביצעתי את הטיפולים המפורטים להלן. | | | | | | | | | |
| תאריך | | | | | חתימה וחותמת רופא / המרפאה * | | | | |

| ב. מצב שיניים | | | | | | | | | | | |
|--|------------|--------------|------------|------------|----------|--------------------|------------|--------------|------------|------------|----------|
| בבקשך לרשום בטבלה את קודי הטיפול ותיאור הטיפול כמפורט בהתאם לטבלת קודי טיפול (סעיף ה') | | | | | | | | | | | |
| תאריך ביצוע הטיפול | מחיר טיפול | תיאור הטיפול | קוד הטיפול | R מספר השן | | תאריך ביצוע הטיפול | מחיר טיפול | תיאור הטיפול | קוד הטיפול | L מספר השן | |
| | | | | שן חלב | שן קבועה | | | | | שן חלב | שן קבועה |
| | | | | | 18 | | | | | | 28 |
| | | | | | 17 | | | | | | 27 |
| | | | | | 16 | | | | | | 26 |
| | | | | 55 | 15 | | | | | 65 | 25 |
| | | | | 54 | 14 | | | | | 64 | 24 |
| | | | | 53 | 13 | | | | | 63 | 23 |
| | | | | 52 | 12 | | | | | 62 | 22 |
| | | | | 51 | 11 | | | | | 61 | 21 |
| | | | | 81 | 41 | | | | | 71 | 31 |
| | | | | 82 | 42 | | | | | 72 | 32 |
| | | | | 83 | 43 | | | | | 73 | 33 |
| | | | | 84 | 44 | | | | | 74 | 34 |
| | | | | 85 | 45 | | | | | 75 | 35 |
| | | | | | 46 | | | | | | 36 |
| | | | | | 47 | | | | | | 37 |
| | | | | | 48 | | | | | | 38 |

מק"ט 531100001 (מחזורת 10.2021)



011640000103011021

עמוד 4 מתוך 6

מגדל חברה לביטוח בע"מ
קוד מסמך: 164

| | |
|------------|-------------|
| שם המבוטח | מספר זהות |
| מספר תביעה | מספר פוליסה |

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעפרון

ג. טיפולים אחרים בהתאם לטבלת קודי טיפול סעיף ה' (צילומי רנטגן, בדיקה, הסרת אבנית, טיפולי חניכיים, טיפול אורטודנטי וכו')

| מספר השן | קוד הטיפול | פרטי הטיפול | מחיר הטיפול* | תאריך גמר טיפול |
|----------|------------|-------------|--------------|-----------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

ד. הערות

| |
|---|
| <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> |
|---|

מק"ט 531100001 (מחזורת 10.2021)

| | |
|------------|-------------|
| שם המבוטח | מספר זהות |
| מספר תביעה | מספר פוליסה |

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעפרון

ה. טבלת קודי טיפול

| מצב השיניים (סעיף ב) | | | מצב השיניים (סעיף ב) | | | טיפולים אחרים (סעיף ג) | | |
|----------------------|------------------------------------|-----------|----------------------|---------------------------------------|-----------|------------------------|---|------------|
| קוד טיפול | תיאור טיפול | סוג טיפול | קוד טיפול | תיאור טיפול | סוג טיפול | קוד טיפול | תיאור טיפול | סוג טיפול |
| 851 | אלבאולופלסטיקה | כירורגיה | 200 | קטוע מוך | משמר | 826 | בדיקת מומחה אורטו' | אורטודנטיה |
| 862 | הבקעה מאולצת / שן כלואה | כירורגיה | 703 | שומר מקום | משמר | 828 | טיפול אורטודונטי לסת עליונה | אורטודנטיה |
| 847 | השתלת עצם | כירורגיה | 121 | תוספת פין אחד | משמר | 831 | טיפול אורטודונטי לסת תחתונה | אורטודנטיה |
| 333 | טיפול בציסטה | כירורגיה | 122 | תוספת פין שני ומעלה | משמר | 830 | טיפול אורטודונטי מורכב 2 - לסתות | אורטודנטיה |
| 388 | ניתוח עקירת ניב כלוא | כירורגיה | 712 | הארכת כותרת | פרוטטיקה | 832 | טיפול אורטודונטי מלא | אורטודנטיה |
| 935 | שימור שתלים | כירורגיה | 705 | החלפה או תוספת וו | פרוטטיקה | 954 | טיפול אורטודונטי מלא למבוגרים - 2 לסתות | אורטודנטיה |
| 806 | שתלים דנטלים | כירורגיה | 609 | החלפת כתר ויניר | פרוטטיקה | 885 | טיפול אורטודונטי ראשוני FASE1 | אורטודנטיה |
| 307 | איטום חריצים | משמר | 607 | החלפת כתר זרקוני | פרוטטיקה | 829 | טיפול אורת' לשיניים בודדות | אורטודנטיה |
| 219 | אפקסיקציה ישיבה 1 | משמר | 602 | החלפת כתר חרסניה | פרוטטיקה | 814 | תיקון ליקוי סגר - איזון מנשך | אורטודנטיה |
| 220 | אפקסיקציה ישיבה 2 והילך | משמר | 529 | החלפת כתר על גבי שתל | פרוטטיקה | 852 | ביופסיה - הוצאת רקמה | כירורגיה |
| 386 | הלבנת שיניים | משמר | 505 | החלפת מבנה יצוק | פרוטטיקה | 853 | ביופסיה בבית חולים | כירורגיה |
| 330 | המיסקציה ואמפוטציה | משמר | 504 | החלפת מבנה ישיר | פרוטטיקה | 335 | הוצאת אבן מצינור בלוטת הרוק | כירורגיה |
| 394 | המסקציה אמפוטציה ע"י מומחה | משמר | 530 | החלפת מבנה לשתל | פרוטטיקה | 845 | הרמת סינוס - צד ימין | כירורגיה |
| 337 | השלמת כותרת | משמר | 909 | החלפת מחבר על שתל | פרוטטיקה | 846 | הרמת סינוס - צד שמאל | כירורגיה |
| 305 | חוד נוסף באותה ישיבה | משמר | 706 | החלפת מחבר על שתל | פרוטטיקה | 839 | ממברנות | כירורגיה |
| 357 | חידוש טיפול שורש מומחה 1 | משמר | 716 | חיבור מדוייק | פרוטטיקה | 850 | פרנקטומי | כירורגיה |
| 358 | חידוש טיפול שורש מומחה 2 | משמר | 707 | חידוש בסיס תותבת | פרוטטיקה | 1 | בדיקה ראשונית | משמר |
| 359 | חידוש טיפול שורש מומחה 3 | משמר | 737 | כיפת שורש | פרוטטיקה | 2 | בדיקה תקופתית | משמר |
| 401 | חידוש טיפול שורש מומחה 4 | משמר | 603 | כתר זמני | פרוטטיקה | 250 | גז צחוק / ניטרוס / סדציה | משמר |
| 204 | חידוש טיפול שורש תעלה 1 | משמר | 606 | כתר זרקוני | פרוטטיקה | 8 | הסרת אבנית 1 | משמר |
| 205 | חידוש טיפול שורש תעלה 2 | משמר | 608 | כתר זרקוני על גבי שתל | פרוטטיקה | 823 | הסרת אבנית במרפאת הפריודונט | משמר |
| 206 | חידוש טיפול שורש תעלה 3 | משמר | 601 | כתר חרסניה עם או בלי מתכת | פרוטטיקה | 403 | הרדמה כללית אוטו סדציה | משמר |
| 334 | טיפול בכתשית יבישה | משמר | 600 | כתר מלא או ויניר | פרוטטיקה | 310 | ישיבה לפלואריזציה | משמר |
| 207 | חידוש טיפול שורש תעלות 4 | משמר | 604 | כתר על שתל | פרוטטיקה | 810 | ניקוי אבנית לפני ניתוח חניכיים | משמר |
| 354 | טיפול שורש מומחה 2 תעלות | משמר | 501 | מבנה יצוק | פרוטטיקה | 7 | עזרה ראשונה | משמר |
| 353 | טיפול שורש מומחה 3 תעלות | משמר | 500 | מבנה ישיר | פרוטטיקה | 380 | עקירת שן עודפת | משמר |
| 365 | טיפול שורש מומחה 4 תעלות | משמר | 503 | מבנה לשתל | פרוטטיקה | 400 | בדיקה ותוכנית טיפול פרוטטית | פרוטטיקה |
| 355 | טיפול שורש מומחה תעלה 1 | משמר | 836 | מחבר על שתל | פרוטטיקה | 756 | בר על שתלים לתותבת שלמה | פרוטטיקה |
| 201 | טיפול שורש תעלה 1 | משמר | 507 | מתאם לכתר | פרוטטיקה | 698 | השחזה סלקטיבית | פרוטטיקה |
| 202 | טיפול שורש תעלה 2 | משמר | 719 | פליפר | פרוטטיקה | 739 | ריפוד רך במעבדה | פרוטטיקה |
| 203 | טיפול שורש תעלות 3 | משמר | 710 | ריפוד קשה במעבדה | פרוטטיקה | 740 | תותבת שלמה על שתלים כולל BAR | פרוטטיקה |
| 199 | כיפוי מוך ישיר | משמר | 736 | ריפוד קשה לתותבת במרפאה | פרוטטיקה | 800 | בדיקה פריודונטית ותכנית טיפול | פריודנטיה |
| 210 | כריתת חניכיים | משמר | 708 | ריפוד רך במרפאה | פרוטטיקה | 869 | בדיקה פריודונטית תקופתית | פריודנטיה |
| 306 | כתר טרומי | משמר | 726 | תוספת שן נוספת לתותבת | פרוטטיקה | 880 | טיפול תחזוקתי בדיקה וניקוי אבן | פריודנטיה |
| 383 | ניקוז דרך חניכיים | משמר | 724 | תוספת שן ראשונה לתותבת | פרוטטיקה | 813 | סד לילה | פריודנטיה |
| 308 | ניקוז מורסה דרך השן | משמר | 701 | תותבת חלקית להוצאה כרום קובלט | פרוטטיקה | 13 | אנליזה | צילומים |
| 282 | סתימת אמלגם 2 משטחים | משמר | 733 | תותבת חלקית זמנית - 3 שיניים ויותר | פרוטטיקה | 893 | סט אורטודונטי | צילומים |
| 283 | סתימת אמלגם 3 משטחים | משמר | 734 | תותבת חלקית זמנית - עד 2 שיניים | פרוטטיקה | 887 | צילום C.T - לסת עליונה | צילומים |
| 281 | סתימת אמלגם משטח 1 | משמר | 700 | תותבת חלקית להוצאה מאקריל | פרוטטיקה | 891 | צילום C.T - לסת תחתונה | צילומים |
| 279 | סתימת קולצר 2 משטחים | משמר | 717 | תותבת מיידיית שלמה | פרוטטיקה | 819 | צילום C.R לפה | צילומים |
| 280 | סתימת קולצר 3 משטחים ומעלה | משמר | 725 | תותבת מעבר זמנית על בסיס שרף אקריל | פרוטטיקה | 3 | צילום נשך 1 | צילומים |
| 278 | סתימת קולצר משטח 1 | משמר | 702 | תותבת שלמה | פרוטטיקה | 19 | צילום סגרי | צילומים |
| 221 | עקירה או חשיפת שיניים/לכבים כלואות | משמר | 696 | תותבת שלמה רוכבת לסת | פרוטטיקה | 6 | צילום סטטוס | צילומים |
| 299 | עקירה כיר' מומחה | משמר | 709 | תיקון פסטה לכתר | פרוטטיקה | 38 | צילום סטטוס דיגיטלי | צילומים |
| 302 | עקירה כירורגית או שן כלואה | משמר | 704 | תיקון שבר בתותבת | פרוטטיקה | 28 | צילום סטטוס מקביליות | צילומים |
| 378 | עקירה כירורגית שן לא כלואה | משמר | 801 | הקצעת שורשים (קורטז) | פריודנטיה | 5 | צילום פנורמי | צילומים |
| 440 | עקירה למטרה אורטודונטית | משמר | 825 | השתלת חניכיים | פריודנטיה | 39 | צילום פנורמי דיגיטלי | צילומים |
| 369 | עקירה נוספת של שן נשרה באותה ישיבה | משמר | 882 | טיפול בהחדרת תרופות מקומיות לכיס פרי' | פריודנטיה | 4 | צילום פריאפיקלי 1 | צילומים |
| 300 | עקירה רגילה | משמר | 879 | טיפול שמרני משלים ל 1/6 פה | פריודנטיה | 18 | צילום צלמוטרי | צילומים |
| 379 | עקירת שן כלואה | משמר | 803 | ניקוז מורסה ממקור פריודנטלי | פריודנטיה | 14 | תמונות פנים שיניים | צילומים |
| 301 | עקירת שן נוספת | משמר | 802 | ניתוח חניכיים ל- 1/6 פה | פריודנטיה | | | |
| 368 | עקירת שן נשרה | משמר | 804 | סד אמלגם | פריודנטיה | | | |
| 303 | פתיחת מורסה כירורגית | משמר | 803 | סד מחומר מרוכב | פריודנטיה | | | |
| 304 | קטוע חוד השן | משמר | 799 | פריוצ'יפ | פריודנטיה | | | |
| 223 | קטוע חוד השן-מומחה | משמר | | | | | | |

