

מאי 2018

הנדון: תכנית למימון טיפולי שיניים במימון הקרן ע"ש קריסטינה ויוסף קסירר, לחולי מיאלומה אשר מקבלים מימון חלקי מקופות החולים לטיפולי שיניים.

הטיפולים שיאשרו מפורטים ברשימה המצרפת לנהל זה.

מטרת התכנית: לתמוך בחולי מיאלומה אשר זקוקים לבצע טיפולי שיניים על מנת למנוע נזקים בלסתות. מטרת התכנית היא להשלים את הסכום שקופות החולים אינן מממנות. יודגש כי הסכום המקסימלי שיאשר לחולה הינו 2,500 ₪.

הנהל:

לחולים 2 אפשרויות לקבל טיפול ויעוץ רפואיים:

1. פנייה למומחה ברפואת הפה אשר נמצא ברשימת הרופאים של הקרן. רשימת הרופאים תתעדכן מעת לעת והיא מאושרת ע"י רופא מומחה ברפואת הפה, המלווה את התכנית.
2. יצוין כי קיימת אפשרות לחולים לפנות למחלקות פה ולסת ורפואת הפה במרכזים הרפואיים בבתי החולים.

העמותה תתמוך רק טיפולים אשר מפורטים ברשימה המפורטת בנהל זה.

תהליך אישור התמיכה:

1. החולה ייגש לרופא (מרשימת הרופאים המומלצת) או למחלקות פה ולסת ורפואת הפה במרכזים הרפואיים בבתי החולים ויקבל הצעת טיפול.
2. החולה יעביר את ההצעה במייל לשני shani@amen.org.il
3. ההצעה תעבור לאישורו של הרופא המלווה את התכנית אשר יקבע מהו הסכום המקסימלי אשר בו תשתתף ותשלם עמותת אמ"ן.
7. המטופל ישלם לרופא/ או למחלקות פה ולסת והעמותה תשלם לחולה סכומים ששילם לפי קבלות שהעתקן יועבר לעמותה, ותשלם את הסכומים שקופת החולים לא מממנת, בהתאם לטיפולים שאושרו ועד לסכום אשר אושר מראש ע"י הרופא המלווה את התוכנית.

לשאלות נוספות לפנות לשני : בטל: 052-8812640 .



מאי 2018

הצעת מחיר עבור : _____
 תאריך: _____
 שם ושם משפחה: _____
 ת.ז: _____
 כתובת: _____
 טלפון: _____
 אימייל: _____

בדיקה כולל צילומים נשך
בדיקה כולל פנורמי
הסרת אבנית
הקצעת שורשים רבע פה
תח"ל מאקריל
פליפר
סתימות
עקירה רגילה
עקירת שורשים
עקירה כירורגית
עקירת שן בינה
טפול שורש תעלה 1
טפול שורש 2 תעלות
טפול שורש 3 תעלות
ייעוץ
מבנה
• טיפולים נוספים יאושרו ע"י היועץ המלווה.

בברכה,
 שם המומחה _____
 טלפונים: _____
 שם המרפאה וכתובתה _____
 חתימה וחותמת _____

