

לקוח: תאריך הדפסה: 03/06/2024

כתובת: רחוב שד" ירושלים בית 146 כניסה א" דירה 6 תאריך ההצעה: 03/06/2024

תל אביב 68153 בתוקף עד: 03/07/2024

ת.ז. 027682285

סוג ביטוח:

תאריך לידה: 05/02/1973

טלפון: 0547619346 **טלפון נוסף:** 054-7619346

שם הרופא: ברוש אנה ד"ר

הצעת מחיר CQ08240021107

סה"כ לתשלום	הנחת	הנחה	הנחות	הנחת סל/מגן	סה"כ	מחיר ליח'	כמות	שיניים	תיאור טיפול
כולל מע"מ	שורה	רפואית	נוספות	כולל מע"מ	כולל מע"מ	כולל מע"מ			
2769.17	0.00	0.00	0.00	-923.06	3692.23	3692.23	1	36-36	שתל
1602.56	0.00	0.00	0.00	0.00	1602.56	1602.56	1	36-36	מבנה לשתל
326.39	0.00	0.00	0.00	0.00	326.39	326.39	1	36-36	כתר אקריל מבושל זמני (במעבדה)
2047.98	0.00	0.00	0.00	0.00	2047.98	2047.98	1	36-36	כתר חרסינה/ויניר על שתל
542.74	0.00	0.00	0.00	480.89	723.60	723.60	1		ניתוח החלוקת עצם הכנה לתותבת+תפ.הוצ.לעקירת 4 ש לפחו
7288.81	0.00	0.00	0.00	-1103.95	8392.76	סה"כ כולל:			
-0.01	(**) סה"כ לתשלום מעוגל ל 10 - אג' הקרובות								
7288.80	סה"כ לתשלום								
6229.74	מחיר ללא מע"מ								
1059.06	מע"מ 17%								
7288.80	סה"כ לתשלום (**)								

ההנחה שקיבלת בגין תכנית/תכניות מסל בריאות/ממגן זהב/כסף/מכבי שלי הינה בגובה 1103.95 ₪ (בכפוף להוראות החוק

זלמסמן החובות והזכויות של חבר שירותי הבריאות הנוספים).

תנאי לקבלת הנחת שרותי בריאות הנוספים (מגן כסף או מגן זהב או מכבי שלי) הנו חברות באותה תוכנית לכל אורך תקופת הטיפול. הזכאות כפופה לתקנון שירותי הבריאות הנוספים. הנחת מכבי שלי מותנית בקיומה של זכאות מלאה להנחת מגן זהב במועד ביצוע הטיפול. תעריף תכנית אורתודונטיה נקבע במועד תחילת הטיפולים. חבר 'מגן זהב' אשר יבחר להתחיל טיפולי אורתודונטיה, לא יוכל ליהנות מתעריפי "מכבי שלי" על טיפול זה גם אם ישדרג ל-"מכבי שלי" במהלך תכנית הטיפול. חברי "מכבי שלי" יוכלו ליהנות מתעריפי מכבי שלי רק במידה ויישארו בתכנית ביטוח זו לאורך כל הטיפולים האורתודונטיים. מי שיבחר לעבור לתכנית "מגן זהב" במהלך הטיפולים יחויב מחדש על כל התכנית (גם על החלק היחסי שכבר בוצע) על-פי תעריף מגן זהב.

הצעת המחיר הינה בתוקף כל עוד לא חל שינוי בשיעור המע"מ. במידה ויחול שינוי בשיעור המע"מ המחיר יתעדכן בהתאם

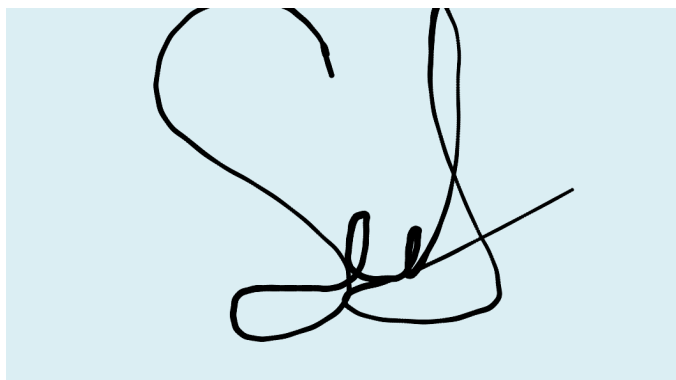
לגבי פרוצדורות שטרם בוצעו.

כתובת הדוא"ל המעודכנת במערכת: souadalch@gmail.com

לא	כן	אני מאשר/ת קבלת עדכונים ודיוור פרסומי בדוא"ל בכל שלב ניתן להסיר את הרישום מרשימת התפוצה
לא	כן	אני מאשר/ת קבלת עדכונים ודיוור פרסומי ב-SMS בכל שלב ניתן להסיר את הרישום מרשימת התפוצה
לא	כן	הנני מסכים/ה לקבל חשבונית/קבלה כמסמך דיגיטאלי

הנני מאשר/ת בחתימתי שלהלן, כי קראתי, הבנתי ואני נותן את הסכמתי לכל האמור

לעיל:



ילדים מבוטחי מכבי זכאים לטיפול שיניים במסגרת סל הבריאות בהתאם להוראות החוק. התאריך הקובע לזכאות להטבה זו הינו מועד קבלת הטיפול. למידע על תנאי הזכאות לחצו כאן

אנו מבקשים לעדכןך כי הפרטים שנמסרו לנו על ידך ישמשו אותנו מעת לעת למשלוח מידע לקידום בריאותך, תזכורות ו/או הצעות והטבות מיוחדות. אם הנך מסרב לקבל מידע זה. אנא עדכן את נציג המרפאה ואנו נסיר את פרטיך מרשימת התפוצה.

ככל שהתשלום יבוצע בתשלומים באמצעות שיקים עתידיים (שמועד פירעונם אינו במזומן), הרי ידוע ללקוח כי שיקים אלה מופקדים בבנק ע"י מכבידנט עד למועד פירעונם וככל שתבקש מכבידנט להשיבם לצרכן, טרם מועד פירעונם, הרי שבגין השבה כאמור יחויב הצרכן בעמלה בסך 20 ש"ח לכל שיק.

כפי שמכבידנט מאפשרת למטופל פריסת תשלומים רחבה ללא הצמדה ו/או ריבית אזי כך גם במקרה בו יתברר בסיום תכנית הטיפולים כי המטופל מצוי ביתרת זכות (עקב ביטול הטיפול לפי בקשת הלקוח, או ביטול הצורך בביצוע רכיב מרכיבי הטיפול או מכל סיבה אחרת), יבוצע החזר בדרך של ביטול תשלומים שטרם נפרעו במידה וקיימים ו/או בהחזר כספי ללא הצמדה ו/או ריבית, בהעברה בנקאית לחשבון הבנק של המטופל, וזאת בתוך 30 יום מקבלת המסמכים הנדרשים מהמטופל לצורך ביצוע החזר כאמור.

(**) סה"כ לתשלום מעוגל ל-10 אג' הקרובות

תאריך: 03/06/2024

בברכה,
בורוכוב אלבירה גב'
מכבידנט בע"מ