

Palun kasutage seda vormi, et esitada oma alloetletud ravi eelkinnituseks.

NB! Hamba, millele ravi planeeritakse, number on hädavajalik raviplaani kinnitamiseks.

Palun esitage täidetud vorm kindlustusjuhtumite käsitlejale kinnitamiseks läbi kindlustusjuhtumite portaali sõnumivahetuse, valides sõnumi teemaks "Ravi eelkinnituse taotlus". Kindlustusjuhtumite käsitlemise portaali saate siseneda siit <https://kindlustusjuhtumid.cavitas.ee>

Eesnimi		Perekonnanimi		Isikukood	
Hambaarsti kood		Hambaravi kliinik		Kuupäev	

Kood	Raviteenus	Kogus	Hamba number	Maksumus
HRK024	Tarkusehamba eemaldamine			
HRK044	Kroon			
HRK058	Silla vahelüli või Maryland sild – katab 1 puuduva hamba*			
HRK120	Ajutine Kroon			
HRK046	Osaline protees*		Ei ole vajalik	
HRK047	Totaalprotees*		Ei ole vajalik	
HRK060	Implantaadi paigaldamine*			
HRK078	Implantaadi abutment*			
HRK068	Implantaadi kroon*			

* Vastavalt Cavitas hambaravikindlustuslepingu tingimustele HRK-4/2020 ei kuulu kindlustuskaitse alla ravi, mis on mõeldud hammaste, mis puudusid enne kindlustuslepingu alguskuupäeva või sellel päeval või mille diagnoos eemaldamiseks pandi enne kindlustusperioodi algust või mis eemaldati hamba eemaldamisele kehtestatud ooteaja jooksul, asendamiseks.

Seetõttu kinnitage palun, kirjutades allolevasse kasti **JAH**, et hammas, mis plaanitakse asendada silla või implantaadiga, on endiselt suus.

Minu hammas, mis asendatakse silla, proteesi või implantaadiga (sh abutment ja implantaadi kroon), on täna suus	
---	--