

## טופס תביעה - למילוי על ידי המבוטח/ת - חבר בריאות

מבוטח/ת יקר/ה, מילוי טופס זה יסייע לטפל בתביעתך ולהגיש לך שירות יעיל ומהיר. אנא הצטייד/י בטופס בכל פנייה לרופאים והקפיד/י על מילוי כנדרש. את טפסי התביעה בצירוף המסמכים הנדרשים יש להעביר למוקד "חבר בריאות" בפקס 03-6380014 או לכתובת "חבר בריאות" - קבוצת מדנס, רח' השלושה 2, ת"א 67060, ת.ד. 9050

### ← פרטי המבוטח/ת

שם משפחה		שם פרטי		ת.ז.		תאריך לידה	
מקום עבודה		טלפון בית		נייד		פקס	
רחוב		מס'		מס' דירה		עיר	
מיקוד							

### ← איש הקבע גימלאי

שם איש הקבע/גימלאי		מס' ת.ז.		ילד/ילדה		שם בן/בת זוג	
שם קופת חולים		סניף		דואר אלקטרוני			

### ← ביטוחים נוספים

האם הוגשה תביעה או בכוונתך להגיש תביעה לגורם כלשהו? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	שם החברה	שם התכנית	תחילת הביטוח
האם יש לך ביטוח משלים בקופ"ח? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	שם החברה	שם התכנית	תחילת הביטוח
האם יש לך ביטוח רפואי במקום העבודה או ביטוח רפואי אחר? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	שם החברה	שם התכנית	תחילת הביטוח
האם יש השתתפות של קופת חולים? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, אמציא התחייבות מקופת חולים (ט' 17) <input type="radio"/> לרופא <input type="radio"/> לבית החולים <input type="radio"/> לרופא ולבית החולים <input type="radio"/>			
פרט את שמות הרופאים אליהם בקשר עם הבעיה הרפואית בנושא התביעה			

### ← פרטי התביעה (נא סמן X בסוג הטיפול המתאים):

<input type="radio"/> ניתוח בבית חולים פרטי	<input type="radio"/> התייעצות נוספת לפני ניתוח עם מנתח אחר	<input type="radio"/> רפואה משלימה
<input type="radio"/> פיצוי בגין ניתוח בבית חולים פרטי	<input type="radio"/> החלמה לאחר ניתוח	<input type="radio"/> פיצוי בגין אשפוז מחמת מחלה
<input type="radio"/> פיצוי בגין ניתוח בבית חולים ציבורי	<input type="radio"/> התייעצות עם רופא מומחה	<input type="radio"/> אחר _____
<input type="radio"/> תותב בניתוח	<input type="radio"/> בדיקות אבחוניות, בדיקות היריון, אבזורים רפואיים	
<input type="radio"/> התייעצות לפני ניתוח עם מנתח הסכם	<input type="radio"/> הסעה באמבולנס	

### לכל הוצאה יש לצרף את המסמכים כמפורט בעמוד 3

### ← פרטים לתביעה בנושא תרופות אשר אינן בסל הבריאות

מתי התחלת לקחת את התרופה	לכמה זמן עליך לקחת את התרופה	עלות התרופה לחודש (ש"ח)
להזכירך, יש לצרף: 1. טופס דיווח טיפולים רפואיים 2. קבלות מקוריות 3. מרשם רופא		

### ← אופן תשלום התביעה למילוי על ידי המבוטח/ת (יש לצרף המחאה בנקאית של המבוטח או אישור על ניהול חשבון של המבוטח)

<input type="radio"/> נא להעביר לזכות חשבוני בבנק	שם הבנק	מס' הבנק	שם הסניף	מס' הסניף	מס' חשבון
הערות					

### ← הצהרת המבוטח - אישור כי ברשותי מערכת הכללים ואיגרת הפניקס

הנני מאשר כי ברשותי מערכת הכללים ואיגרת הפניקס הרלוונטית כפי שהם מופיעים באתר האינטרנט של החברה.

<input checked="" type="checkbox"/>	תאריך
<input checked="" type="checkbox"/>	חתימת המבוטח/האפוטרופוס

### ← ויתור על סודיות רפואית

אני החתום מטה, נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או לכל הרופאים ו/או לקופות החולים ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לסניפיה ו/או לבתי החולים ו/או למי מטעמם ו/או לכל המוסדות הרפואיים ו/או המכוונים הרפואיים ו/או בתי החולים האחרים כולל בתי החולים הכלליים ו/או הפרטיים ו/או הפסיכיאטרים ו/או השיקומיים ו/או לכל עובדיהם מכל סוג ומין של כל המפורטים עד כה ו/או לכל סניף מסניפי מוסדותיהם ו/או למי מטעמם, ו/או למשרד הביטחון ו/או לשלטונות צה"ל ו/או למשטרה ו/או למוסד לביטוח לאומי ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסייעודי ו/או לכל מוסד ו/או לחברות הביטוח האחרות ו/או לגורם אחר(להלן: "המוסדות") למסור להפניקס חברה לביטוח בע"מ ו/או למי מטעמה (להלן: "המבטח") את כל הפרטים המצויים ביד המוסדות ונאופן שידרוש המבטח, על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או הפסיכיאטרי ו/או הסייעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל "המוסדות" מחובת השמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או ו/או הסוציאלי ו/או הפסיכיאטרי ו/או הסייעודי ו/או השיקומי ו/או דבר כל מלה בה חליתי בעבר ו/או אשר אני חולה בה כעת, ומתיר ל"מוסדות" בזאת מתן כל מידע ל"מבטח" מכל תיק שנפתח על שמי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי "המבטח" ולא תהיה לי כלפי "המוסדות" כל טענה ו/או תביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת המידע כאמור לעיל בכתב ויתור זה.

בקשתו זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981, והיא חלה על מידע רפואי אחר המצוי המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות.

כתב זה מחייב אותי, את באי כוחי החוקיים, עזבוני, ילדיי הקטינים וכל מי שיבוא במקומי ובשמי.

<input checked="" type="checkbox"/>	תאריך
<input checked="" type="checkbox"/>	חתימה

## דיווח על טיפולים רפואיים - למילוי על הרופא/ה - חבר בריאות

את טפסי התביעה בצירוף המסמכים הנדרשים יש להעביר למוקד "חבר בריאות" בפקס 03-6380014 או לכתובת "חבר בריאות" - קבוצת מדנס, רח' השלושה 2, ת"א 67060, ת.ד. 9050

← פרטי המבוטח/ת																						
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td> </tr> </table>																					שם פרטי	שם משפחה
ת.ד.																						

← נא ענה על כל השאלות			
1. נא פרטי/י מהי הבעיה הרפואית ממנה סובלת/ת המבוטח/ת			
2. ממתי נמצאת/ת המבוטח/ת בטיפולך? המבוטח/ת בטיפול החל מתאריך (שנה וחודש)			
ממתי סובלת/ת המבוטח/ת מבעיה זו? מתאריך		על פי מידע מרופא/ת משפחה	
3. נא פרטי/י את ההיסטוריה הרפואית הקשורה לבעיה הנוכחית			
מתאריך		מתאריך	
האם האבחנה קשורה בתאונה? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> תאונת דרכים <input type="radio"/> תאונת עבודה <input type="radio"/> אחר			
4. האם המבוטח/ת סובלת/ת מבעיות רפואיות נוספות? <input type="radio"/> כן, אנא פרטי/י את כל האבחנות (סמן X במשבצת המתאימה) <input type="radio"/> לא			
מתאריך		אבחנה:	
מתאריך		אבחנה:	
מתאריך		פרטי/י:	
5. משך זמן החלמה צפוי			
6. ממליץ/ה על <input type="radio"/> בדיקות <input type="radio"/> טיפולים <input type="radio"/> ניתוח <input type="radio"/> אחר, פרטי/י			
פרט / י		מתי הומלץ לראשונה על ביצוע הטיפול/הניתוח? מתאריך	
שם הרופא/ה	מומחיות	כתובת	טלפון
פקס			
תאריך		חתימה וחותמת הרופא המטפל	

← פרטים נוספים לגבי ניתוח - למילוי על ידי הרופא/ה המנתח/ת			
שם הניתוח המומלץ			
מועד הניתוח נקבע לתאריך		בבית חולים	
מידע נוסף			
תאריך		חתימה וחותמת הרופא המנתח	



**יש לצרף את המסמכים המפורטים מטה הרלוונטים לסוג התביעה:**

1. טופס תביעה למילוי ע"י המבוטח חתום על ידי המבוטח או במקרה של מבוטח קטין על ידי ההורים האפוסטרופוסים הטבעיים / האפוסטרופוסים החוקיים.
2. טופס דיווח על טיפולים רפואיים למילוי הן על ידי הרופא המטפל הרלוונטי שאבחן לראשונה את הבעיה הרפואית (לחילופין מכתב מהרופא המטפל העונה לשאלות המפורטות בטופס הדיווח על טיפולים רפואיים) והן על ידי הרופא המנתח.
3. תוצאות בדיקות שבוצעו לצורך אבחון הבעיה הרפואית שבגינה נדרש הניתוח/ טיפול.
4. במקרה של בקשה להחזר הוצאות יש להעביר קבלות מקוריות או אישור על גובה החזר שהתקבל מכל גורם אחר בצרוף העתק קבלות.
5. צילום המחאה מבוטלת על שם המבוטח ו/או אסמכתא בנקאית.

**בנוסף למסמכים אילו נבקשכם להעביר אף את המסמכים הבאים לפי סוג הכיסוי כדלקמן:**

פיצוי בגין ניתוח:

1. מכתב שחרור מבית חולים בו בוצע הניתוח.
2. דו"ח ניתוח.

החזר הוצאות רפואיות כגון שכר רופא מנתח, הוצאות בית חולים, תותב/אביזר מושטל, התייעצות עם רופא מומחה לפני ואחרי ניתוח:  
טופס שחרור מבית חולים

פיזיותרפיה במהלך אשפוז:

1. מכתב שחרור מבית חולים בו בוצע הניתוח.
2. המלצה רפואית לביצוע הטיפולים

אחות פרטית במהלך אשפוז

1. מכתב שחרור מבית חולים בו בוצע הניתוח.

שרותי אמבולנס

1. מכתב שחרור מבית חולים בו בוצע הניתוח.

טיפולים מחליפי ניתוח

1. המלצה לביצוע הניתוח שאותו מחליף הטיפול.
2. מכתב הפניה לטיפול מחליף הניתוח.

**את טופס התביעה כמו גם את המסמכים מעלה, עליך להעביר באמצעות הדואר ל:  
"חבר בריאות" – קבוצת מדנס רחוב השלושה 2, תל אביב, 67060, ת.ד. 9050 או לפקס 03-6380014**

**יודגש כי אין במפורט בדף זה להקנות כיסוי אשר אינו מצוי בפוליסה שרכשת, לפיכך וטרם קבלת החלטה על אופן הפעולה הנדרש אנא וודא כי אכן הכיסוי המפורט מטה מצוי בפוליסה שרכשת.**