

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.ד.		תאריך לידה	
מקום עבודה		טלפון בית		נייד		פקס	
רחוב		מס'		מס' דירה		עיר	
מיקוד							

איש הקבע ☐ גימלאי ☐

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

ביטוחים נוספים

☐ האם הוגשה תביעה או כוונתך להגיש תביעה לגורם כלשהו? ☐ לא ☐ כן		
☐ האם יש לך ביטוח משלים בקופ"ח? ☐ לא ☐ כן		
☐ האם יש לך ביטוח רפואי במקום העבודה או ביטוח רפואי אחר? ☐ לא ☐ כן		
☐ האם יש השתתפות של קופת חולים? ☐ לא ☐ כן, אמציא התחייבות מקופת חולים (ט' 17) ☐ לרופא ☐ לבית החולים ☐ לרופא ולבית החולים		
☐ פרט את שמות הרופאים אליהם בקשר עם הבעיה הרפואית בנושא התביעה		

פרטי התביעה (נא סמן X בסוגר הטיפול המתאים):

☐ ניתוח בבית חולים פרטי	☐ התייעצות נוספת לפני ניתוח עם מנתח אחר	☐ רפואה משלימה
☐ פיצוי בגין ניתוח בבית חולים פרטי	☐ החלמה לאחר ניתוח	☐ פיצוי בגין אשפוז מחמת מחלה
☐ פיצוי בגין ניתוח בבית חולים ציבורי	☐ התייעצות עם רופא מומחה	☐ אחר _____
☐ תותב בניתוח	☐ בדיקות אבחוניות, בדיקות היריון, אבזורים רפואיים	
☐ התייעצות לפני ניתוח עם מנתח הסכם	☐ 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)
להזכיר, 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)

☐ נא להעביר לזכות חשבונות 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.

תאריך	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 המכונים 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") ו/או ליועץ הביטוח את כל הפרטים המצויים ביד המוסדות ובאופן שידרוש המבטח, על מצבי הבריאות/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 הבריאות/ו/או ו/או הסוציאלי ו/או הפסיכיאטרי ו/או הסייעודי ו/או השיקומי ו/או בדבר 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.

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

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

תאריך	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	
שם משפחה	שם פרטי
ת.ד.	

נא ענה על כל השאלות	
1. נא פרטי/י מהי הבעיה הרפואית ממנה סובל/ת המבוטח/ת	
2. ממתי נמצא/ת המבוטח/ת בטיפולך? המבוטח/ת בטיפולי החל מתאריך (שנה וחודש)	
ממתי סובל/ת המבוטח/ת מבעיה זו? מתאריך	על פי מידע מרופא/ת משפחה
3. נא פרטי/י את ההיסטוריה הרפואית הקשורה לבעיה הנוכחית	
מתאריך	האם האבחנה קשורה בתאונה? ☐ כן ☐ לא ☐ תאונת דרכים ☐ תאונת עבודה ☐ אחר
מתאריך	4. האם המבוטח/ת סובל/ת מבעיות רפואיות נוספות? ☐ כן, אלא פרטי/י את כל האבחנות (סמן X במשבצת המתאימה) ☐ לא
מתאריך	אבחנה:
מתאריך	אבחנה:
מתאריך	פרטי/י:
5. משך זמן החלמה צפוי	
6. ממליץ/ה על ☐ בדיקות ☐ טיפולים ☐ ניתוח ☐ אחר, פרטי/י	
פרטי/י	7. 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 האפוטרופוסים הטבעיים / האפוטרופוסים 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 ההחזר שהתקבל מכל גורם אחר בצורך העתק קבלות.
5. צילום המחאה מבוטלת על שם המבוטח ו/או אסמכתא בנקאית.

בנוסף למסמכים אילו נבקשכם להעביר 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 מושלם, 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 מדנט 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.