

הנחיות להגשת תביעת בריאות אמבולטורית

מבוטח יקר,

כדי שנוכל לטפל בתביעתך לתגמולי ביטוח תביעת אמבולטורית, נבקשך להעביר אלינו את המסמכים המפורטים מטה:

1. טופס תביעה מלא בכתב יד ברור וקריא, החתום החתום על ידי המבוטח, או במקרה של קטין על ידי ההורים האפוטרופוסים הטבעיים / החוקיים המצ"ב.
2. טופס דיווח על טיפולים רפואיים למילוי על ידי הרופא המטפל, אשר אבחן לראשונה את הבעיה הרפואית המצ"ב או לחלופין מכתב מהרופא הכולל התייחסות לכל הפרטים והשאלות המצויים בטופס דיווח על טיפולים רפואיים.
3. קבלות מקוריות או צילום קבלה בצירוף אישור על גובה ההחזר שהתקבל מגורם אחר.
4. מסמכים נוספים בהתאם לתחום האירוע הרלוונטי (ראה דף 4-5 בטופס התביעה).
5. טופס ויתור סודיות רפואית מלא וחתום כנדרש כולל חתימה וחתמת העד לחתימה חותמת ומספר הרישיון של העד.
6. צילום ברור של המחאה מבוטלת על שם המבוטח או לחלופין אסמכתא בנקאית.

את טופס התביעה כמו גם את המסמכים הנדרשים המפורטים מעלה, באפשרותך להעביר לחברה באמצעות סוכן הביטוח או באמצעות הדואר לכתובת: פניקס חברה לביטוח בע"מ, דרך השלום 53, גבעתיים 5345433 או למייל מרכזי: TB@fnx.co.il או לפקס מספר 03-7336946 (למעט קבלות מקוריות).

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

בברכה,

מחלקת תביעות בריאות

טופס תביעה - אמבולטורי - למילוי על ידי המבוטח

פרטי המבוטח			
מס' הפוליסה	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.
כתובת (רחוב)	כתובת דוא"ל (לא ניתן לקבל מסמכים בדוא"ל ללא ציון מספר טלפון נייד)		נייד (לקבלת קוד כניסה לדוא"ל)
שם איש קשר	טלפון נייד של איש הקשר	שם מקום העבודה של בן/ת הזוג	טלפון נוסף
קופת חולים	סניף	כתובת	שם הרופא המטפל

באפשרותך לקבל הודעות ומסמכים מהחברה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיה באחת מהדרכים הבאות: דואר ישראל או לחלופין דואר אלקטרוני.
 נא סמן ב- את אמצעי התקשורת המועדף עלייך, בהתאם לנתונים שרשמת לעיל: דואר ישראל דואר אלקטרוני.
 בהעדר סימון בטופס על אמצעי התקשורת המועדף, המסמכים וההודעות יישלחו אליך בדרך המקובלת בחברתנו.
 נא סמן ב- במידה והנך מעוניין כי פרטים הרשומים לעיל ישמשו את החברה למשלוח כל ההודעות וההתכתבויות גם בתביעות בריאות עתידיות.
 אני מעוניין כי פרטים הרשומים לעיל ישמשו את החברה למשלוח כל ההודעות וההתכתבויות גם בתביעות בריאות עתידיות.
 בעקבות הוראת הפיקוח, על המבוטח חלה חובה למלא, בנוסף לפרטים האישיים, את כתובת הדואר האלקטרוני ומספר הטלפון הנייד. נתונים אלו יסייעו לחברה להעניק את השירות הטוב, המהיר והיעיל ביותר.

ביטוחים נוספים			
האם הוגשה תביעה או בכוונתך להגיש תביעה לגורם כלשהו?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	שם החברה	שם התוכנית
האם יש לך ביטוח משלים בקופ"ח?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	שם החברה	שם התוכנית
האם יש לך ביטוח רפואי במקום העבודה או ביטוח רפואי אחר?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	שם החברה	שם התוכנית

האם יש השתתפות של קופת חולים? לא כן, אמצאי התחייבות מקופת חולים (ט' 17) לרופא לבית החולים לרופא ולבית החולים

פרט את שמות הרופאים אליהם פנית בקשר עם הבעיה הרפואית בנושא התביעה:

ריכוז הוצאות בגין טיפולים רפואיים למילוי על ידי המבוטח					
תאריך	אנא פרטי/י להלן את סוג הטיפול: בדיקת רופא / מעבדה / הדמיה / פיזיותרפיה / אחר	סכום בש"ח מצ"ב חשבונית	שם התרופה	אנא פרטי/י להלן את סוג הטיפול: בדיקת רופא / מעבדה / הדמיה / פיזיותרפיה / אחר	עלות חודשית

כלל הוצאה יש לצרף את המסמכים כמפורט בעמוד 3

אופן תשלום התביעה למילוי על ידי המבוטח (יש לצרף צילום המחאה בנקאית של המבוטח או אישור על ניהול חשבון בנק של המבוטח)				
שם הבנק	מס' הבנק	שם הסניף	מס' הסניף	מס' חשבון
<input type="radio"/> נא להעביר לזכות חשבוני הבנק כתובת הסניף טלפון הסניף				

הערות:

טופס בקשה למידע רפואי ויתור סודיות

← פרטי המבוטח

מס' הפוליסה	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.
-------------	---------	----------	------

← 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 הסיעודי 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 ובאופן שידרוש המבטח, על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או הפסיכיאטרי ו/או הסיעודי 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 הסוציאלי ו/או הפסיכיאטרי ו/או הסיעודי 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, ילדיי הקטינים וכל מי שיבוא במקומי ובשמי.

* לתשומת לבך, בהתאם לדרישות המוסדות הרפואיים, חובה להחתיים עד לחתימה. עד יכול להיות: עו"ד, רופא מטפל, פסיכולוג, פסיכיאטר, עובד סוציאלי, סוכן ביטוח.

- במקרה של יורשים על היורשים יש לחתום בצירוף צו ירושה או צו קיום צוואה.

חתימת המבוטח	X	תאריך
--------------	---	-------

← במקרה שמונה אפטרופוס על פי החוק, לצרף את צו המינוי שלו ולהחתימו:

פרטי האפטרופוס	שם פרטי ושם משפחה	תאריך	ת.ז.	חתימה
				X

← במקרה של קטין יש להחתיים את שני ההורים (האפטרופוסים הטבעיים של הקטין):

פרטי האם	שם פרטי ושם משפחה	תאריך	ת.ז.	חתימה
				X
פרטי האב	שם פרטי ושם משפחה	תאריך	ת.ז.	חתימה
				X

← פרטי עד לחתימה (עו"ד, רופא מטפל, פסיכולוג, פסיכיאטר, עובד סוציאלי, סוכן ביטוח - סמן בעיגול את התחום)

פרטי העד	שם פרטי ושם משפחה	תאריך	ת.ז.	חתימה + חותמת ומספר רישיון
				X

מסמכים נדרשים בהתאם לסוג הנזק הנתבע

התייעצות עם רופא מומחה/ חוות דעת שניה לבדיקה פתולוגית/יעוץ רופא ילדים

1. מכתב מהרופא בציון הבעיה הרפואית בנינה ניתן הייעוץ

בדיקות אבחוניות מעבדה והדמיה/מעקב הריון/(טיפול פיזיותרפיה/כימוטרפיה

1. הפניה לבדיקה/טיפול

2. במקרה של טיפול יש לצרף דו"ח טיפולים כולל תאריכי הטיפול

אביזרים רפואיים

1. הפניה לרכישת האביזר

כיסויים/טיפולים אלטרנטיביים

1. דוח טיפולים המציין סוג טיפול, עלות הטיפול ותאריך ביצוע הטיפול

2. העתק תעודת מומחה של המטפל בתחום הטיפול

חיסונים טרם נסיעה לחו"ל

1. צילום כרטיס טיסה/צילום דרכון כולל חותמת יציאה מהארץ

מנוי למשדר קרדילוגי

1. הסכם עם נותן השרות

הפריית מבחנה

1. צילום תעודת זהות כוללת פרטי הילדים

2. הפניה מרופא מומחה לטיפול

ימי החלמה

1. סיכום שחרור מבית החולים

2. המלצה מהרופא המומחה על הצורך בהחלמה

עקירה כירורגית וניתוחי חניכיים

1. מכתב מהרופא המטפל המציין את סוג הטיפול ומספרי השיניים/אזור הניתוח

שחרור מתשלום עקב אבטלה

1. אישור מהמעסיק בציון תאריך תחילת עבודה ותאריך סיום עבודה

2. אישור מביטוח לאומי בגין כל חודש אבטלה

שחרור מפרמיה עקב מחלה

1. אישורי מחלה

2. מכתב מהרופא המטפל בציון הסיבה לאי כושר עבודה/מכתב מרופא תעסוקתי

טיפול בבעיות התפתחות/טיפולים בבעיות גיל ההתבגרות

1. סיכום רפואי/המלצה הכוללת את סוג הטיפול וסיבת הטיפול מרופא מטפל / מומחה להתפתחות הילד

* דו"ח טיפולים מהמטפל הכולל תאריך טיפול ומקבל הטיפול

העדרות מבחינת בגרות

* אישור על היעדרות מבחינת בגרות

סיוע לאחר ניתוח

1. סיכום אשפוז מבית החולים

פיצוי בגין אובדן הכנסה

1. אישורי מחלה

2. אישור מהמעסיק על היעדרות מהעבודה