

## הנחיות להגשת תביעת תרופות

מבוטח יקר,

יש לצרף את המסמכים המפורטים מטה הרלוונטים לסוג הכיסוי הנתבע:

1. טופס תביעה חתום בכתב יד קריא וברור חתום על ידי המבוטח או במקרה של מבוטח קטין ע"י ההורים האפוסטרופסים הטבעיים/האפוסטרופסים החוקיים.
2. טופס דיווח על טיפולים תרופתיים שאינם בסל הבריאות המיועד למילוי ע"י הרופא המטפל בבעיה הרפואית או מכתב מהרופא המטפל בבעיה הכולל התייחסות לכל הפרטים והשאלות המצוינים בטופס הדיווח על טיפולים תרופתיים.
3. העתק מרשם רפואי כולל מינון התרופה.
4. מכתב דחייה מקופת החולים.
5. במידת הצורך, טופס 29' חתום כנדרש.
6. מסמך מקופת החולים המציין את עלות התרופה לפני ההנחה, במקרה של רכישת תרופה במימון חלקי של הביטוח המשלים או קופת החולים או גורם מממן אחר.
7. קבלות מקוריות, במקרים בהם רכישת התרופה אינה מתבצעת על ידי החברה.
8. צילום המחאה מבוטלת ברור וקריא על שם המבוטח/אסמכתא בנקאית.

את טופס התביעה כמו גם את המסמכים המפורטים מעלה, עליך להעביר באמצעות סוכן הביטוח או באמצעות הדואר לכתובת: הפניקס חברה לביטוח בע"מ, צוות תביעות כללי, דרך השלום 53 גבעתיים 5345433 או לפקס מס' 03-7336946 (למעט קבלות מקוריות).

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.

בכבוד רב,

מחלקת תביעות בריאות

## טופס תביעה - תרופות - למילוי על ידי המבוטח

מבוטח יקר, מילוי טופס זה יסייע לטפל בתביעתך ולהגיש לך שירות יעיל ומהיר. אנא הצטייד בטופס בכל פנייה לרופאים והקפד על מילוי כל הפרטים הנדרשים.

פרטי המבוטח				
מס' הפוליסה	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	תאריך לידה
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.  
 בהעדף 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 לגורם כלשהו?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא			
האם יש לך ביטוח משלים בקופ"ח או ביטוח רפואי אחר?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא			
שם החברה	שם התוכנית	תחילת הביטוח		
שם הקופה/ ביטוח/אחר	שם התוכנית	תחילת הביטוח		

### פרטים לתביעה בנושא תרופות אשר אינן בסל הבריאות

מתי התחלת לקחת את התרופה?	להזכירך, יש לצרף המסמכים כמפורט בעמוד 3.
לכמה זמן עליך לקחת את התרופה?	
עלות התרופה (לחודש ש"ח)	

ריכוז עלות התרופות			
שם התרופה	עלות חודשית	שם התרופה	עלות חודשית
1.		6.	
2.		7.	
3.		8.	
4.		9.	
5.		10.	

### אופן תשלום במקרה של החזר למבוטח (יש לצרף צילום המחאה בנקאית של המבוטח או אישור על ניהול חשבון בנק של המבוטח)

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

## טופס בקשה למידע רפואי ויתור סודיות

← פרטי המבוטח			
.ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי	מס' הפוליסה

← ויתור על סודיות רפואית	
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981, והיא חלה על מידע רפואי אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות.</p> <p>כתב זה מחייב אותי, את באי כוחי החוקיים, עזבוני, ילדיי הקטינים וכל מי שיבוא במקומי ובשמי.</p> <p>* לתשומת לבך, בהתאם לדרישות המוסדות הרפואיים, <u>חובה להחתים עד לחתימה</u>. עד יכול להיות: עו"ד, רופא מטפל, פסיכולוג, פסיכיאטר, עובד סוציאלי, סוכן ביטוח.</p> <p>- במקרה של יורשים על היורשים יש לחתום בצירוף צו ירושה או צו קיום צוואה.</p>	
<input checked="" type="checkbox"/>	ת.ז.
חתימת המבוטח	תאריך

← במקרה שמונה אפטרופוס על פי החוק, לצרף את צו המינוי שלו ולהחתימו:				
<input checked="" type="checkbox"/>	.ת.ז.	תאריך	שם פרטי ושם משפחה	פרטי האפטרופוס
חתימה				

← במקרה של קטין יש להחתים את שני ההורים (האפטרופוסים הטבעיים של הקטין):				
<input checked="" type="checkbox"/>	.ת.ז.	תאריך	שם פרטי ושם משפחה	פרטי האם
חתימה				
<input checked="" type="checkbox"/>	.ת.ז.	תאריך	שם פרטי ושם משפחה	פרטי האב
חתימה				

← פרטי עד לחתימה (עו"ד, רופא מטפל, פסיכולוג, פסיכיאטר, עובד סוציאלי, סוכן ביטוח - סמן בעיגול את התחום)				
<input checked="" type="checkbox"/>	.ת.ז.	תאריך	שם פרטי ושם משפחה	פרטי העד
חתימה + חותמת ומספר רישיון				



**מסמכים נוספים בהתאם לסוג התרופה****תרופות למחלת סרטן**

1. נתוני משקל וגובה.
2. מכתב הפניה של האונקולוג הכולל תוכנית טיפולים.

**תרופות להורמון גדילה**

1. משקל בלידה.
2. עקומת גדילה מגיל 0.
4. בדיקות מעבדה של הורמון הגדילה.
5. ייעוץ גנטי בהשוואה להורים.
6. מחלות כרוניות שסובל מהם המבוטח.
7. עקומת גובה ומשקל של 3 שנים אחרונות (נתונים נכונים ליום הגשת התביעה)
8. גיל עצמות.