

הנחיות להגשת תביעת תרופות

מבוטח יקר,

כדי שנוכל לטפל בתביעתך לתגמולי ביטוח ניתן להגיש התביעה בדרך קלה ונוחה בקישור להגשת תביעות באתר הפניקס:
למעבר להגשה באתר לחץ כאן <https://medclaim.fnx.co.il/home> או להעביר אלינו את טופס התביעה המצ"ב ואת
המסמכים הנדרשים בהתאם לסוג תביעתךמפורט מטה באחת מהאפשרויות הבאות:

- לתיבת דוא"ל: Tb@fnx.co.il
- באמצעות מסרון (SMS) למספר טלפון: 055-7000887 – בעת השימוש באפשרות זו נדרש לשלוח את המילה **מסמך** למספר הנ"ל ויתקבלו הנחיות להעברת המסמכים.
- באמצעות הדואר לכתובת: פניקס חברה לביטוח בע"מ. דרך השלום 53, גבעתיים 5345433
- באמצעות סוכן הביטוח

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

המסמכים הנדרשים

1. אבחנה רפואית והמלצה לנטילת התרופה או לחילופין טופס דיווח על טיפולים תרופתיים שאינם בסל הבריאות (עמוד 5), המיועד למילוי ע"י הרופא המטפל בבעיה הרפואית או מכתב מהרופא המטפל בבעיה, הכולל התייחסות לכל הפרטים והשאלות המצוינים בטופס הדיווח על טיפולים תרופתיים.
2. העתק מרשם רפואי כולל מינון התרופה.
3. צילום ברור וקריא של הקבלות, במקרים בהם רכישת התרופה אינה מתבצעת על ידי החברה.
4. צילום המחאה מבוטלת על שם המבוטח / אישור ניהול חשבון בנק - בתביעה מעל 10,000 ש"ח.

מסמכים נוספים הנדרשים בהתאם להתאם לסוג התרופה

תרופות שאינן רשומות בישראל

1. העתק טופס 29 ג' חתום כנדרש

תרופות שאינן בסל הבריאות להתוויה המבוקשת / למצבך הרפואי

1. במקרה בו קיבלת מכתב התייחסות מקופת חולים לעניין הזכאות לתרופה במסגרת הסל, אנא צרף.

תרופות למחלת סרטן

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

תרופות להורמון גדילה

1. תוצאות תבחין הורמון גדילה.
2. עקומת גובה ומשקל של 3 שנים אחרונות (נתונים טרם מועד תחילת נטילת התרופה).
3. צילום כף יד ופיענוח.

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 (מלאה)	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 ההתקשורת המועדף, המסמכים וההודעות יישלחו אליך בדואר אלקטרוני.

נא סמן ב- ✓ במידה והנך מעונין כי פרטים הרשומים לעיל ישמשו את החברה למשלוח כל ההודעות וההתכתבויות גם בתביעות בריאות עתידיות.

אני מעונין כי פרטים הרשומים לעיל ישמשו את החברה למשלוח כל ההודעות וההתכתבויות גם בתביעות בריאות עתידיות.

הנני מאשר לשלוח לסוכן הביטוח בפוליסה עותק מההתכתבויות הקשורות לתביעה.

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	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 אחר?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	שם הקופה/ ביטוח/אחר	שם התוכנית

פרטים לתביעה בנושא תרופות אשר אינן בסל הבריאות

שם תרופה: _____

מתי התחלת לקחת את התרופה? _____

לכמה זמן עליך לקחת את התרופה? _____

עלות התרופה לחודש (ש"ח) _____

להזכירך, יש לצרף המסמכים כמפורט בעמוד 1.

אני החתום מטה מצהיר כי העתקי הקבלות צירפתי זהות לקבלות המקוריות וכי לא נעשה בהן כל שינוי.

ידוע לי כי הפוליסה בנינה הוגשה התביעה הינה פוליסת שיפוי ולכן איני זכאי לקבל מעבר להוצאה בפועל אך ככל שיתקבל החזר גם מגורם נוסף, יכול גובה החזר משני הגורמים להגיע עד לסכום הוצאה בפועל.

דרישה לתגמולי ביטוח בגין קבלות/חשבוניות שיש בכוונתך לקבל החזר מגורם נוסף

אני החתום מטה מצהיר כי הקבלות המפורטות מטה הוגשו או שיוגשו לגורם אחר, והתקבל או שאמור להתקבל החזר בנין. במקרה והקבלות הוגשו לגורם אחר והתקבל החזר, עליך לצרף בנוסף לקבלה/חשבונית את האישור על גובה החזר שהתקבל.

מספר קבלה/חשבונית	סכום קבלה/חשבונית	הגורם ממנו נתבע החזר	סכום החזר שהתקבל	סכום החזר שעתידי להתקבל

טופס ויתור סודיות כללי

פרטי המבוטח			
שם משפחה	שם פרטי		ת.ז.
רחוב	מספר	ישוב	מיקוד
טלפון נייד	טלפון נייד	שם קופ"ח	שם קופה קודמת

לתשומת לבך,

- **חובה להחתים עד בנוסף לחתימתך על טופס זה.** עד יכוד להיות: עו"ד, רופא/ה, אחות, פסיכולוגית, עובד/ת סוציאלי/ת, סוכן/ת ביטוח.
- במקרה של יורשים, עליהם לצרף לטופס החתום גם צו ירושה או צו קיום צוואה (מקור או העתק נאמן למקור).
- במקרה שמונה אפטרופוס על פי החוק, עליו לצרף את צו המינוי שלו בנוסף לחתימתו.
- במקרה של קטין, חובה על שני ההורים (האפטרופסים הטבעיים של הקטין) לחתום על טופס זה.

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 למשרד הבריאות - היחידה לקנאביס רפואי 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 הביטוחי ו/או הפסיכיאטרי ו/או הסייעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת ללא יוצא מהכלל.

אני משחרר בזה את כל "המוסדות" מחובת השמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או הפסיכיאטרי ו/או הסייעודי ו/או השיקומי ו/או בדבר כל מחלה בה חליתי בעבר ו/או אשר אני חולה בה כעת ללא יוצא מן הכלל, 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. לרבות טענות מכוח חוק הגנת הפרטיות ו/או חוק זכויות החולה לעניין סודיות רפואית ו/או כל דין אחר.

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

על החתום:

				X
שם פרטי ושם משפחה	ת.ז.	תאריך	חתימה	

פרטי האפטרופוס - במקרה שמונה אפטרופוס על פי החוק, לצרף את צו המינוי שלו ולהחתים:

				X
שם פרטי ושם משפחה	ת.ז.	תאריך	קירבה/עיסוק	חתימה

פרטי ההורים - במקרה של קטין יש להחתים את שני ההורים (האפטרופוסים הטבעיים של הקטין):

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

פרטי העד

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

דיווח על טיפולים תרופתיים שאינם בסל הבריאות - למילוי על הרופא

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

פרטי הרופא המטפל						
שם משפחה	שם פרטי	התמחות	טלפון	נייד		
כתובת (רחוב)	בית	דירה	עיר/יישוב	ת.ד.	מיקוד	פקס

נא ענה על כל השאלות

1. נא פרט מהי הבעיה הרפואית ממנה סובל המבוטח:

2. המבוטח בטיפולי החל מתאריך (שנה וחודש):

3. **שם התרופה 1:**

מינון:	כמות חודשית:	תקופה נדרשת לפי מס' חודשים:
מתי הומלץ לראשונה על מתן התרופה?	שם הרופא הממליץ:	
מתי החל המבוטח ליטול את התרופה?		

שם התרופה 2:

מינון:	כמות חודשית:	תקופה נדרשת לפי מס' חודשים:
מתי הומלץ לראשונה על מתן התרופה?	שם הרופא הממליץ:	
מתי החל המבוטח ליטול את התרופה?		

פרטים נוספים:

תאריך	שם רופא	חתימה וחותמת רופא
-------	---------	-------------------