

טופס תביעה לביטוח תרופות

מה עושים במקרה תביעה:

בהיודע על הצורך בשימוש בתרופה שלא בסל הבריאות, עליך לפנות למוקד קשרי לקוחות הפניקס בטל: *3455 או 03-7332222 לצורך קבלת הסבר אודות הגשת התביעה וקבלת טפסי תביעה. בנוסף, ניתן להוריד את טופס התביעה מאתר הפניקס בכתובת: www.fnx.co.il > טפסים ותנאי פוליסה > לבחור סוג ביטוח בריאות > בחלון חיפוש לכתוב "טופס תביעה לתרופה". יש למלא את הטופס בקפידה, לחתום במקומות הנדרשים ויחד עם המסמכים הנוספים המפורטים מטה לשלוח לפקס מס': 03-7336946. לאחר בדיקת הזכאות, החברה תיצור עמך קשר טלפוני. אם ברצונך לבדוק סטטוס טיפול בתביעה, יש לפנות למוקד קשרי לקוחות הפניקס.

להלן רשימת המסמכים שיש להעביר במקרה תביעה לפי פירוט סוגי התביעות:

1. כל התרופות

- טופס תביעה למילוי על ידי המבוטח
- טופס תביעה לתרופה - למילוי ע"י הרופא
- מסמכים רפואיים הכוללים אבחנה+ היסטוריה רפואית
- מרשם רפואי
- מכתב דחייה מקופת חולים

2. תרופות למחלת הסרטן

- בנוסף למסמכים הנדרשים מעלה, אנו מבקשים לקבל:
1. משקל, גובה
 2. מכתב הפנייה של האונקולוג הכולל תוכנית טיפולים

3. הורמון גדילה

- בנוסף למסמכים הנדרשים מעלה, אנו מבקשים לקבל:
1. משקל בלידה
 2. גובה הורים
 3. עקומת גדילה מגיל 0
 4. בדיקות מעבדה של הורמון גדילה
 5. ייעוץ גנטי בהשוואה להורים
 6. מחלות כרוניות שסובל מהם המבוטח
 7. עקומת גובה ומשקל
 8. גיל עצמות

- בכל מקרה יש לפנות לחברת הביטוח ולקבל את אישורה מראש טרם רכישת התרופה.
- במקרים מסויימים תאפשר לך חברת הביטוח לרכוש את התרופה באמצעות נותן השירות ולשלם רק את ההשתתפות העצמית הנקובה בפוליסה.

דרישה לטיפול תרופתי - למילוי על ידי המבוטח/ת

מבוטח/ת יקר/ה, מילוי טופס זה יסייע לטפל בתביעתך ולהגיש לך שירות יעיל ומהיר. אבא הצטייד/י בטופס בכל פנייה לרופאים והקפיד/י על מילוי כל הפרטים הנדרשים.

פרטי המבוטח/ת הזקוק לתרופה				
מס' פוליסה	שם משפחה	שם פרטי	ת.ד.	ס"ב
תאריך לידה	מקום עבודה	טלפון בבית	טלפון נייד	פקס
רחוב	מס'	מס' דירה	עיר	מיקוד
שם קופת חולים	סניף	כתובת	שם הרופא המטפל	

ביטוחים נוספים				
האם הוגשה תביעה לגורם כלשהו?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שם החברה	שם התכנית	תחילת הביטוח
האם יש לך ביטוח משלים בקופ"ח או ביטוח רפואי אחר?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שם החברה	שם התכנית	תחילת הביטוח

ריכוז עלות התרופות			
שם התרופה	עלות חודשית	שם התרופה	עלות חודשית

אופן תשלום במקרה של תשלום למבוטח				
שם הבנק	מס' הבנק	שם הסניף	מס' הסניף	מס' חשבון
<input type="radio"/> נא להעביר לזכות חשבוני לבנק יש לצרף צילום שיק של המבוטח או אישור הבנק על פרטי החשבון.				

ויתור על סודיות רפואית	
<p>אני החתום מטה, נתן 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 הבריאות/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 ו/או הסוציאלי ו/או הפסיכיאטרי ו/או הסיעודי ו/או השיקומי ו/או בדבר כל מחלה 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.</p>	
תאריך	<input checked="" type="checkbox"/> חתימה

דיווח על טיפולים תרופתיים שאינם בסל הבריאות - למילוי על ידי הרופא/ה

← נא ענה על כל השאלות			
1. בא פרט/י מהי הבעיה הרפואית ממנה סובלת/ת המבוטח/ת			
2. ממתי הינך מכיר/ה את המבוטח/ת? מתאריך			
3. שם התרופה			
מינון	כמות חודשית	תקופה נדרשת בחודש	
מתי הומלץ לראשונה על מתן התרופה?			
מתי החל המבוטח ליטול את התרופה?			
שם התרופה			
מינון	כמות חודשית	תקופה נדרשת בחודש	
מתי הומלץ לראשונה על מתן התרופה?			
מתי החל המבוטח ליטול את התרופה?			
4. בא לפרט את ההיסטוריה הרפואית הקשורה לבעיה הרפואית לרבות תאריכים			
5. האם המבוטח/ת סובלת/ת מבעיות רפואיות נוספות? לא כן, אבא פרט/י את כל האבחנות (סמן X במסגרת המתאימה)			
אבחנה	מתאריך		
אבחנה	מתאריך		
פרט/י			
שם הרופא/ה	מומחיות		
כתובת	טלפון	נייד	

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