

הנחיות להגשת תביעת תרופות

מבוטח יקר,

כדי שנוכל לטפל בתביעתך לתגמולי ביטוח נבקשך להעביר אלינו את טופס התביעה המצ"ב ואת המסמכים הנדרשים בהתאם לסוג תביעתך כפי שמפורט בטופס.

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.

את טופס התביעה כמו גם את המסמכים הנדרשים, באפשרותך להעביר לחברה 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

בברכה,

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 (מלאה)		כתובת דוא"ל (לא ניתן לקבל מסמכים בדוא"ל ללא ציון מספר טלפון נייד)		
שם איש קשר		טלפון נייד של איש הקשר	שם מקום העבודה של בן/ת הזוג	
שם הרופא המטפל		סניף	כתובת	

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.
 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?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שם החברה	שם התוכנית	תחילת הביטוח
האם יש לך ביטוח משלים בקופ"ח?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שם החברה	שם התוכנית	תחילת הביטוח
האם יש לך ביטוח רפואי אחר?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	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.	עלות התרופה (לחודש ש"ח)
לכמה זמן עליך לקחת את התרופה?		

אני החתום מטה מצהיר כי העתקי הקבלות שצרפתי זהה לקבלות המקוריות וכי לא נעשה בהן כל שינוי.
 ידוע לי כי הפוליסה בגינה 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 ההוצאה בפועל.

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

אני החתום מטה מצהיר כי הקבלות המפורטות מטה הוגשו או שיוגשו לגורם אחר, והתקבל או שאמור להתקבל החזר בגין.
 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 רפואית ובקשה למידע רפואי

← פרטי המבוטח			
שם משפחה		שם פרטי	
רחוב		מספר	
מיקוד		ישוב	
טלפון נייד		טלפון ניח	
שם קופה קודמת		שם קופ"ח	

לתשומת לבך,

- **חובה להחתים עד בנוסף לחתימתך על טופס זה.** עד יכול להיות: עו"ד, רופא/ה, אחות, פסיכולוג/ית, עובד/ת סוציאלי/ית, סוכן/ת ביטוח.
- במקרה של יורשים, עליהם לצרף לטופס החתום גם צו ירושה או צו קיום צוואה (מקור או העתק נאמן למקור).
- במקרה שמונה אפוסטרופוס על פי החוק, עליו לצרף את צו המינוי שלו בנוסף לחתימתו.
- במקרה של קטין, חובה על אחד מההורים (האפוסטרופוסים 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 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 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:

שם פרטי ושם משפחה	ת.ז.	תאריך	חתימה
			X

פרטי האפוסטרופוס - במקרה שמונה אפוסטרופוס על פי החוק, לצרף את צו המינוי שלו ולהחתים:

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

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

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

פרטי העד

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

המסמכים הנדרשים

1. 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.
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 ברור וקריא על שם המבוטח או לחלופין אסמכתא בנקאית.

מסמכים נוספים הנדרשים בהתאם בהתאם לסוג התרופה

תרופות שאינן רשומות בישראל

1. העתק טופס 29 ג' התום כנדרש

תרופות שאינן בסל הבריאות להתוויה המבוקשת / למצב הרפואי

1. במקרים בהם קבלת מכתב דחייה מהקופה, שמצב הרפואי אינו תואם את הקריטריונים של הסל, צרף את מכתב הדחייה בו מפורטות סיבות הדחייה.

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.