

הנחיות להגשת תביעת בריאות אמבולטורית

מבוטח יקר,

כדי שנוכל לספל 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:

- באמצעות סוכן הביטוח
- באמצעות הדואר לכתובת: פניקס חברה לביטוח בע"מ. דרך השלום 53, גבעתיים 5345433
- לתיבת דוא"ל: Tb@fnx.co.il
- פקס: 03-7336946
- באמצעות מסרון (SMS) למספר טלפון: 055-7000887 - בעת השימוש באפשרות זו נדרש לשלוח את המילה **מסמך** למספר הנ"ל ויתקבלו הנחיות להעברת המסמכים.

בברכה,

מחלקת תביעות בריאות

טופס תביעה - אמבולטורי - למילוי על ידי המבוטח

פרטי המבוטח			
מס' הפוליסה	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.
כתובת (מלאה)	כתובת דוא"ל (לא ניתן לקבל מסמכים בדוא"ל ללא ציון מספר טלפון נייד)		נייד (לקבלת קוד כניסה לדוא"ל)
האם יש לך ביטוח משלים? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא שם התוכנית: _____			
שם הרופא המטפל	שם קופת חולים		

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 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.
 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 רפואי במקום העבודה או ביטוח רפואי אחר?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	שם החברה	שם התוכנית

פירוט הוצאות הרפואיות	
סוג הטיפול:	
<input type="radio"/>	התייעצות עם רופא מומחה/חוות דעת שניה לבדיקה פתולוגית/יעוץ רופא ילדים
<input type="radio"/>	בדיקות אבחוניות מעבדה והדמיה/מעקב הריון/טיפול פיזיותרפיה/כימותרפיה
<input type="radio"/>	אביזרים רפואיים
<input type="radio"/>	כיסויים/טיפולים אלטרנטיביים
<input type="radio"/>	הפרית מבחנה
<input type="radio"/>	טיפול בבעיות התפתחות/טיפולים בבעיות גיל ההתבגרות
<input type="radio"/>	אחר
לכל הוצאה יש לצרף בנוסף לקבלה/חשבונית את המסמכים כמפורט בעמוד 6	

הצהרת המבוטח	
אני החתום מטה מצהיר כי העתקי הקבלות שצרפתי זהים לקבלות המקוריות וכי לא נעשה בהם 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 בכוונתך לקבל החזר מגורם נוסף	
אני החתום מטה מצהיר כי הקבלות המפורטות מטה הוגשו או שתוגשנה 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

המסמכים הנדרשים

1. טופס דיווח על טיפולים רפואיים למילוי על ידי הרופא המטפל, אשר אבחן לראשונה את הבעיה הרפואית המצויה או לחלופין מכתב מהרופא הכולל התייחסות לכל הפרטים והשאלות המצויים בטופס דיווח על טיפולים רפואיים.
2. צילום ברור וקריא של קבלות/חשבוניות בצירוף התייחסות בטופס התביעה לגבי קבלות החזר גם מגורם נוסף.
3. צילום ברור של המחאה מבוטלת על שם המבוטח או לחלופין אסמכתא בנקאית

מסמכים נוספים הנדרשים בהתאם לסוג הנזק הנתבע

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

1. מכתב מהרופא בציון הבעיה הרפואית בנייה ניתן היעוץ

בדיקות אבחוניות מעבדה והדמיה / מעקב הריון / טיפולי פיזיותרפיה / כימותרפיה

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 / 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