

מדינת ישראל
STATE OF ISRAEL

משרד הבריאות
Ministry of Health
Jerusalem ירושלים

נציבות קבילות לחוק ביטוח בריאות ממלכתי
Ombudsman for the National Health
Insurance Law

28 אוגוסט, 2014
ב' אלול, תשע"ד

לכבוד

שלום רב,

הנדון: הגשת בקשה להחזר עבור קבלת שירותי בריאות.

1. על מנת שאוכל להביא את בקשתך להחזר כספי לפי סעיף 3א(ה) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד – 1994, בפני הוועדה המוסמכת, אנא המצא לידינו את המסמכים הבאים:
1. טופס פניה לוועדה, המצ"ב, ממלוא וחתום.
2. במידה והטופס ממולא עבור חסוי, יש לצרף העתק של צו אפוטרופסות. במידה והבקשה מוגשת עבור יותר מחסוי אחד, יש למלא טופס נפרד עבור כל חסוי.
3. במידה והוגשה בקשה למוסד לביטוח לאומי להכרה בתושבות, יש לצרף את הודעת המוסד לביטוח לאומי על קביעת התושבות.
4. במידה ומדובר במי שהיה חייל לפני קבלת שירותי הבריאות נשוא הבקשה, יש לצרף העתק מתעודת השחרור מצה"ל.
5. במידה ומדובר במי שהיה עולה חדש לפני קבלת שירותי הבריאות נשוא הבקשה, יש לצרף העתק מאשרת העולה/תעודת עולה.
6. במידה ומדובר במי שהיה תושב חוזר לפני קבלת שירותי הבריאות נשוא הבקשה, יש לצרף העתק מתעודת תושב חוזר/אישור מתאים.
7. במידה ומדובר בעציר או אסיר משוחרר, יש לצרף מסמך המעיד על תקופת המאסר, ומועד השחרור.
8. יש לצרף, (במעטפה), את הקבלות עבור התשלומים בעד שירותי הבריאות בגינם מוגשת הבקשה. במידה וטרם שולם עבור השרות הרפואי יש להמציא העתק מההתחייבות שניתנה בגינו, וכן אישור בדבר גובה חוב, ופרוטו. במידה ובקשה מוגשת עבור יותר מאדם אחד יש להגיש את החומר במעטפה נפרדת לגבי כל אדם ואדם.
9. יש לצרף סיכומי מחלה ו/או טופסי שחרור מבית החולים, בדבר מהות כל טיפול וטיפול.
10. יש לצרף רשימה מפורטת של השרות הרפואי שניתן, מקום הינתנו, מועד הינתנו, ומחירו.
11. יש לצרף אישור חשבון בנק חתום על ידי הבנק או צילום של צ'ק להעברת החזרים כספיים, במידה ותימצא/י זכאית/ת על ידי הוועדה:
עם קבלת המסמכים האמורים יועבר תיקך לדיון בוועדה, אשר את תוצאותיו אודיעך.

בכבוד רב,

טגינה פנטנש, מזכירת הוועדה
נציבות הקבילות
על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי

רח' ירמיהו 39, ת"ד 1176 ירושלים 91010, טל' *5400 פקס: 02-5655981
P.O.B 1176, Jerusalem, 91010, Tel: *5400, Fax: 02-5655981
דואר אלקטרוני: kvilot@moh.health.gov.il

מדינת ישראל
STATE OF ISRAEL

משרד הבריאות
Ministry of Health
Jerusalem ירושלים

נציבות קבילות לחוק ביטוח בריאות ממלכתי
Ombudsman for the National Health
Insurance Law

תאריך: _____
סימוכין: _____

לכבוד:
הועדה לאישור החזרים כספיים
באמצעות נציבות הקבילות,
משרד הבריאות, רח' ירמיהו 39, ירושלים
א.ג.נ,

הנדון: בקשה להחזרים כספיים לפי סעיף 3א(ה) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד – 1994

אני הח"מ _____ ת.ז. _____, מגיש בזאת בקשה לפי סעיף 3א(ה) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד – 1994, לקבלת החזר בגין שירותי בריאות שניתנו בישראל.

1. הבקשה מוגשת על ידי כדלקמן:

[] בשמי

[] בשם ילדי הקטינים:

שם הילד	מס' ת.ז. זהות	תאריך לידה
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

(יש לפרט שם, מספר תעודת זהות, ותאריך לידה)

[] בשם קרוב משפחה אחר:

שם ומשפחה	מס' ת.ז. זהות	קרבה משפחתית

(יש לפרט שם, מספר תעודת זהות, וקרבה משפחתית)

[] בשם חסוי שהח"מ אפוטרופסו:

שם ומשפחה	מס' תעודת זהות

(יש לפרט שם החסוי, מספר תעודת זהות, ולצרף העתק צו אפוטרופסות)

[] אחר:

שם ומשפחה	מס' תעודת זהות

רח' ירמיהו 39, ת"ד 1176 ירושלים 91010, טל' *5400 פקס: 02-5655981

P.O.B 1176, Jerusalem, 91010, Tel: *5400, Fax: 02-5655981

דואר אלקטרוני: kvilot@moh.health.gov.il

מדינת ישראל
STATE OF ISRAEL

משרד הבריאות
Ministry of Health
Jerusalem ירושלים

נציבות קבילות לחוק ביטוח בריאות ממלכתי
Ombudsman for the National Health
Insurance Law

		סה"כ החזר מבוקש:
--	--	---------------------

3. מצורפים בזה סיכומי מחלה/מסמכי שחרור מבית חולים, לגבי כל שירות רפואי בגינו אני מבקש החזר כספי.

4. מצורפות בזאת קבלות בגין התשלומים עבורם אני מבקש החזר כספי. עבור שירותים שטרם הוסדר התשלום עבורם קבלת השירות מצורפים בזאת העתקים מן מהתחייבויות לתשלום עבור כל שירות (יש להגיש את החומר במעטפה נפרדת, ומשודכת לטופס זה. במידה והבקשה מוגשת עבור יותר מאדם אחד יש להגיש את המסמכים הנוגעים לכל מטופל בנפרד)

5. לבקשה מצורפים המסמכים הבאים (לצרף את המסמך הרלוואנטי לפי העניין)

[] הודעת המוסד לביטוח לאומי בדבר הכרה בתושבות.

[] תעודת שחרור מצה"ל

[] תעודת תושב חוזר

[] תעודת שחרור ממעצר/מאסר, או מסמך אחר בדבר מעצר/מאסר

6. [] היה לי ביטוח פרטי בקופת החולים.

הביטוח היה בתוקף החל מתאריך: _____ ועד תאריך _____

[] לא היה לי ביטוח פרטי בקופת החולים.

7. פרטים למשלוח דואר ולהעברת החזר במידה ותימצא זכאות לכך:

מען למשלוח דואר: _____

מס' טלפון: _____

בנק: _____ סניף: _____

מס' חשבון: _____

שם בעל החשבון: _____

מס' תעודת זהות בעל החשבון: _____

להעברת החזרים כספיים, במידה ותימצא/י זכאי/ת על ידי הוועדה. יש לצרף אישור חשבון בנק חתום על ידי הבנק או צילום של צ'ק הערות:

מדינת ישראל
STATE OF ISRAEL

משרד הבריאות
Ministry of Health
Jerusalem ירושלים

נציבות קבילות לחוק ביטוח בריאות ממלכתי
Ombudsman for the National Health
Insurance Law

חתימה

עבור המבקש עצמו ו/או ילדיו הקטינים, ו/או חסוי הנתון לאפוטרופסות

א. חתימה עבור המבקש עצמו

אני מצהיר כי כל הפרטים האמורים בטופס זה הינם נכונים.

חתימה

תאריך

ב. חתימה עבור קרוב משפחה אחר

אני מצהיר בזאת כי טופס זה מולא על ידי לבקשתו של מר/גב' _____, ולאחר שהסברתי לו את תוכן הטופס, וקיבלתי את הסכמתו לחתימתי עליו, וכי כל הפרטים האמורים בטופס זה הינם אמת.

חתימה

תאריך

ג. חתימה בשם אחר

אני מצהיר בזאת כי אני נמצא עם מר/גב' _____ בקשר מתמשך במסגרת תפקידי כ _____, וכי טופס זה ממולא על ידי על דעתו, ולאחר שהסברתי לני"ל היום את משמעותו, וכי כל הפרטים האמורים בטופס זה הינם נכונים.

חתימה

תאריך

מדינת ישראל
STATE OF ISRAEL

משרד הבריאות
Ministry of Health
Jerusalem ירושלים

נציבות קבילות לחוק ביטוח בריאות ממלכתי
Ombudsman for the National Health
Insurance Law

רח' ירמיהו 39, ת"ד 1176 ירושלים 91010, טל' *5400 פקס: 02-5655981
P.O.B 1176, Jerusalem, 91010, Tel: *5400, Fax: 02-5655981
דואר אלקטרוני: kvilot@moh.health.gov.il