



בקשה לבחינת החלטת קופת החולים למתן טיפול רפואי לנפגע עבודה

לידיעתך

טופס זה מיועד לבדיקת זכאות נפגע עבודה לטיפול שאינו כלול בסל הבריאות שקופת החולים סירבה לממן. אם הרופא המטפל שלך בקופת החולים קבע לך טיפול רפואי **שאינו בסל הבריאות**, וקופת החולים לא אישרה את מימון הטיפול שהומלץ לך, באפשרותך לפנות אלינו לבדיקת החלטת הקופה על ידי הגשת טופס זה

מסמכים שיש לצרף לבקשה

- ↪ המלצת רופא מטפל מטעם קופת החולים בה אתה חבר לטיפול הרפואי המבוקש.
- ↪ מכתב סירוב מטעם קופת החולים בה אתה חבר עבור הטיפול הרפואי מבוקש.

כיצד יש להגיש את הבקשה

יש למלא את הבקשה על פי ההנחיות הרשומות בו ולצרף את המסמכים הנדרשים.

↪ את הבקשה בצירוף המסמכים ניתן:

- למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט / שליחת מסמכים.
- לשלוח ל"מחלקת נפגעי עבודה" בדואר, בפקס או בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- ↪ לשאלות וברורים ניתן לפנות להתקשר למוקד 6050* או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.

↪ ניתן לקבל את המכתבים מהביטוח הלאומי באמצעות האינטרנט במקום בדואר. לשם כך, עליך למלא בטופס הבקשה את פרטי הדואר האלקטרוני שלך. במקום מכתב בדואר, יישלח אליך אי-מייל עם הפניה לצפייה במכתב באופן בטוח באתר השירות האישי של הביטוח הלאומי.

חובה לחתום על טופס הבקשה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

