

הנחיות להגשת תביעת בריאות – קבוצת מדנס

מבוטח יקר,

- כדי שנוכל לטפל בתביעתך לתגמולי ביטוח, נבקשך להעביר אלינו את המסמכים המפורטים מטה:
1. **טופס תביעה מלא** (חלק א') בכתב יד ברור וקריא, החתום על ידי המבוטח או במקרה של קטין על ידי ההורים האפוטרופוסים הטבעיים / חוקיים המצ"ב (חשוב למלא פרטי חשבון בנק).
 2. **טופס דיווח על טיפולים רפואיים**, המצ"ב (למילוי הן על ידי הרופא המטפל הרלוונטי שאבחן לראשונה את הבעיה הרפואית או לחלופין מהרופא המנתח).
 3. מסמכים נוספים בהתאם לתחום האירוע הרלוונטי (כמפורט בדף 6).
 4. קבלות מקוריות שיש לשלוח בדואר (רצוי רשום) לכתובת המצוינת מטה או לחילופין עותק קבלה במייל / בפקס.
 5. טופס ויתור סודיות רפואית מלא וחתום כנדרש, כולל חתימה וחתימת העד לחתימה חותמת ומספר הרישיון של העד, המצ"ב.
 6. צילום ברור של המחאה מבוטלת על שם המבוטח או לחלופין אסמכתא בנקאית. לתשומת ליבך, בהיודע על הצורך בנייתו ו/או בכיסויים נלווים לניתוח, יש לפנות לחברה מראש לקבלת אישור המהווה תנאי מהותי לחבות החברה. לידיעתך, במקרה ולא יינתן האישור כאמור, ייתכן כי יהיה בכך לפגוע בזכאותך לתגמולי ביטוח. 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.

למבוטחי חבר

- את טופס התביעה כמו גם את המסמכים הנדרשים המפורטים מעלה, באפשרותך להעביר באופן הבא:
- בדואר ישראל לכתובת: קבוצת מדנס, רחוב השלושה, 2 תל אביב 6706054, ת.ד. 9050
 - לכתובת דוא"ל – hvrbriut@madan.es.com
 - בפקס מספר 03-6380014.

לשירותך מוקד שירות טלפוני – 2342 *, שעות פעילות המוקד בימים א' – ה' בין השעות 8:00 עד 17:00 .

למבוטחי צוות

- את טופס התביעה כמו גם את המסמכים הנדרשים המפורטים מעלה, באפשרותך להעביר באופן הבא:
- בדואר ישראל לכתובת: קבוצת מדנס, בריאות בצוות, רחוב השלושה, 2 תל אביב 6706054, ת.ד. 9050
 - לכתובת דוא"ל – zevet@madan.es.com
 - בפקס מספר 03-6380399.

לשירותך מוקד שירות טלפוני – 1-700-700-251, שעות פעילות המוקד בימים א' – ה' בין השעות 8:00 עד 17:00 .

בברכה,

מחלקת תביעות בריאות מדנס

חלק א' - טופס תביעה - למילוי על ידי המבוטח

פרטי המבוטח/ת			
שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	תאריך לידה
מקום עבודה	טלפון בבית	טלפון נייד	פקס
רחוב	מס' בית	מס' דירה	עיר
האם יש לך ביטוח משלים? כן <input type="radio"/> לא התוכנית: <input type="radio"/>			
שם הרופא המטפל		שם קופת חולים	
<input type="radio"/> איש קבע <input type="radio"/> גמלאי			
שם איש הקבע/ גמלאי	מס' תעודת זהות	ילד/ה	שם בן/בת הזוג
שם קופת חולים	סניף	כתובת דואר אלקטרוני – חובה למלא	

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 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.
 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.
***לתשומת ליבך פרטי ההתקשרות (דוא"ל ו/או טלפון נייד) שצינת בטופס זה יעודכנו עבור כלל המוצרים ככל שישנם ברשותך בקבוצת הפניקס.**

ביטוחים נוספים			
שם החברה	שם התוכנית	תחילת ביטוח	האם הוגשה תביעה או בכוונתך להגיש תביעה לגורם כלשהו? לא <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>
שם החברה	שם התוכנית	תחילת ביטוח	האם יש לך ביטוח משלים בקופ"ח? לא <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>
שם החברה	שם התוכנית	תחילת ביטוח	האם יש השתתפות של קופת חולים? לא <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/>

פרטי התביעה (נא סמן X בסוג המתאים)		
ניתוח בבית חולים פרטי	התייעצות נוספת לפני ניתוח עם מנתח אחר	<input type="radio"/> רפואה משלימה
פיצוי בגין ניתוח בבית חולים פרטי	בית החלמה לאחר ניתוח	<input type="radio"/> פיצוי בגין אשפוז מחמת מחלה
פיצוי בגין ניתוח בבית חולים ציבורי	התייעצות עם רופא מומחה	אחר: _____
תותב בניית	בדיקות אבחוניות, בדיקות היריון, אביזרים רפואיים	
התייעצות לפני ניתוח עם מנתח הסכם	הסעה באמבולנס	

***לכל הוצאה יש לצרף את המסמכים כמפורט בעמוד 5**

פרטים לתביעה בנושא תרופות אשר אינן בסל הבריאות		
מתי התחלת לקחת את התרופה	לכמה זמן עליך לקחת את התרופה	עלות התרופה לחודש (בש"ח)

להזכירך, יש לצרף: 1. טופס דיווח טיפולים רפואיים 2. קבלות 3. מרשם רופא

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 בגינן.
 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

דרישה לתגמולי ביטוח בגין קבלות/חשבוניות שאין בכוונתך לקבל החזר מגורם נוסף

הנני מתחייב ומצהיר כי לא אעשה כל שימוש בקבלות המקוריות וכי לא הגשתי ולא אגיש בעתיד כל תביעה ו/או דרישה לכל גורם אחר, מלבד הפניקס חברה לביטוח בע"מ (להלן: "הפניקס"), להחזר בגין אותן קבלות. הנני מתחייב כי מקום בו יובא לידיעת הפניקס כי פעלתי לקבלת כפל תשלום תוך הצגת הקבלות לגוף אחר, אפעל להשבת הכספים ששולמו על ידי הפניקס, ככול ששולמו, ואין ולא תהינה לי טענות ביחס לכך.

מספר קבלה/חשבונית	סכום קבלה/חשבונית

הצהרתי הנ"ל תחול גם על ילדי הקטינים ככל שהבקשה לקבלת תגמולי ביטוח מוגשת עבורם.

תאריך	שם פרטי	שם משפחה	מס ת.ז.	חתימת המצהיר
				X

אופן תשלום התביעה למילוי על ידי המבוטח (יש לצרף המחאה בנקאית של המבוטח או אישור על ניהול חשבון של המבוטח):

שם הבנק	מס' הבנק	שם הסניף	מס' הסניף	מס' חשבון
כתובת הסניף			טלפון הסניף	
הערות				

הצהרת המבוטח

אני החתום מטה _____, מס' ת.ז. _____, מצהיר בזאת כי כל הפרטים שצוינו בטופס זה הם, למיטב ידיעתי, נכונים, מלאים ומדויקים.

תאריך	חתימת המבוטח
	X

במקרה של קטין יש להחתים את אחד ההורים

שם פרטי ומשפחה	תאריך	מס ת.ז.	חתימה
			X

חלק ב' - דווח על טיפולים רפואיים – למילוי על ידי הרופא המטפל

מסמכים ניתן להעביר בפקס או במייל, קבלות מקוריות בדואר (רצוי דואר רשום) למדנס כמפורט בעמ' 1.
 *ניתן לוותר על חלק זה במידה וקיימים מסמכים רפואיים מרופא מומחה הכוללים את כל המידע הנדרש בדף זה.

פרטי המבוטח/ת			
מס' הפוליסה	שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.

פרטי הרופא המטפל – קופ"ח					
שם משפחה	שם פרטי	התמחות	טלפון	נייד	
כתובת (רחוב)	בית	דירה	עיר / יישוב	מיקוד	פקס

נא ענה על כל השאלות	
1.	נא פרט מהי הבעיה הרפואית ממנה סובלת/ת המבוטח/ת: _____
2.	המבוטח בטיפולי החל מתאריך (שנה וחודש): _____ ממתי סובל המבוטח מבעיה זו? מתאריך: _____
3.	נא פרט את ההיסטוריה הרפואית הקשורה לבעיה הנוכחית: _____ מתאריך: _____ האם האבחנה קשורה בתאונה? כן / לא / תאונת דרכים / תאונת עבודה / אחר _____ מתאריך: _____
4.	פרט מחלות וליקויים מהם סובל המבוטח/ת: _____ מתאריך: _____ מתאריך: _____ מתאריך: _____
5.	ממליץ על / השתלה / טיפולים / ניתוח / אחר, פרט/י: _____
6.	מתי הומלץ לראשונה על ביצוע הטיפול/ ניתוח? מתאריך: _____ שם הרופא הממליץ: _____

פרטים נוספים לגבי ניתוח – למילוי על ידי הרופא המנתח		
שם הניתוח המומלץ: _____		
מועד הניתוח נקבע לתאריך		/ /
בבית חולים		
מידע נוסף: _____		
שם הרופא /ה		/ /
תאריך	חתימה וחותמת הרופא/ה המנתח/ת	

חלק ג' - טופס בקשה למידע רפואי ויתור סודיות

פרטי המבוטח/ת

מס' הפוליסה	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.

ויתור על סודיות רפואית

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 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 הבריאותי 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 / או הסוציאלי ו/או הפסיכיאטרי ו/או הסיעודי ו/או השיקומי ו/או בדבר כל מלה 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.

*** לתשומת ליבך, ישנם מוסדות המתנים את מסירת המסמכים הרפואיים, בקבלת וויתור על סודיות רפואית הכולל חתימה וחותמת של עד מהימן, לרבות פרטיו המלאים) שם מלא + ת.ז. או מספר רישיון. (עד מהימן יכול להיות: רופא, אחות, עורך דין, עובד סוציאלי, פסיכולוג, מורשה חתימה בבנק. לכן ועל מנת לחסוך זמן, מומלץ להחתיים עד העונה להתניה הנ"ל.**

- במקרה של יורשים על היורשים יש לחתום בצירוף צו ירושה או צו קיום צוואה

	X
תאריך	חתימת המבוטח

במקרה שמונה אפוטרופוס על פי החוק, לצרף את צו המינוי שלו ולהחתימו:

פרטי האפוטרופוס	שם פרטי ומשפחה	תאריך	ת.ז.	X חתימה

במקרה של קטין יש להחתיים את שני ההורים (האפוטרופוסים הטבעיים של הקטין)

פרטי האב	שם פרטי ומשפחה	תאריך	ת.ז.	X חתימה
פרטי האם	שם פרטי ומשפחה	תאריך	ת.ז.	X חתימה

במקרה עד לחתימה (עו"ד, רופא מטפל, פסיכולוג, פסיכיאטר, עובד סוציאלי, סוכן ביטוח - סמן בעיגול את התחום)

פרטי העד	שם פרטי ומשפחה	תאריך	ת.ז.	X חתימה

מבוטח יקר/ה,

בנוסף לטופס התביעה יש לצרף מסמכים רלוונטיים לפי נושא.
את המסמכים יש לשלוח למדנס כאשר קבלות מקור נדרש לשלוח בדואר (רצוי רשום) או לחילופין עותק קבלה במייל / בפקס.

מוקד שירות לקוחות חבר: 073-2128119 / 2342 * פקס: 03-6380014 מייל: hever@madan.es.com
מוקד שירות לקוחות צוות: 1-700-700-251 פקס: 03-6380399 מייל: zevet@madan.es.com

כתובת למשלוח מסמכים:

לכבוד מדנס סוכנות לביטוח (יש לציין קולקטיב חבר/ צוות על גבי המעטפה)
רח' השלושה 2 תל אביב מיקוד 6706057

פיצוי בגין ניתוח*

1. מכתב שחרור
2. דו"ח ניתוח
3. בעת ביצוע ניתוח פרטי יש לצרף קבלות מקוריות או לחילופין עותק קבלה במייל / בפקס (בכפוף למילוי דרישה לתגמולי ביטוח בגין קבלות/חשבוניות שאין לקבל בגינם החזר מגורם נוסף)
- * למבוטחי חבר בעבור מקרה ביטוח שארע עד 31.3.2018 בלבד.

תרופות אשר אינן בסל הבריאות**יש להעביר מסמכים לבדיקת זכאות טרם רכישת התרופה**

1. מכתב מהרופא המטפל המפרט אבחנה רפואית של הבעיה בגינה הומלץ טיפול תרופתי
2. צילום מרשם עדכני הכולל: מינון ותדירות נטילת התרופה
3. טופס 29 ג – במקרה וקיים למבוטח
4. קבלות מקוריות או לחילופין עותק קבלה במייל / בפקס (בכפוף למילוי דרישה לתגמולי ביטוח בגין קבלות/חשבוניות שאין לקבל בגינם החזר מגורם נוסף)

החזר הוצאות רפואיות כגון שכר רופא מנתח, הוצאות בית חולים, תותב/אביזר מושתל, התייעצות עם רופא מומחה

לפני ואחרי ניתוח:

1. טופס שחרור מבית חולים הכולל את כל העמודים מטופס זה
2. קבלות מקוריות או לחילופין עותק קבלה במייל / בפקס (בכפוף למילוי דרישה לתגמולי ביטוח בגין קבלות/חשבוניות שאין לקבל בגינם החזר מגורם נוסף)

פיזיותרפיה במהלך אשפוז:

1. מכתב שחרור מבית החולים בו בוצע הניתוח
2. המלצה רפואית לביצוע הטיפולים
3. דוח טיפולים וקבלות מקוריות או לחילופין עותק קבלה במייל / בפקס (בכפוף למילוי דרישה לתגמולי ביטוח בגין קבלות/חשבוניות שאין לקבל בגינם החזר מגורם נוסף).

אחות פרטית במהלך אשפוז:

1. מכתב שחרור מבית החולים בו בוצע הניתוח
2. קבלות מקוריות או לחילופין עותק קבלה במייל / בפקס (בכפוף למילוי דרישה לתגמולי ביטוח בגין קבלות/חשבוניות שאין לקבל בגינם החזר מגורם נוסף)

שירותי אמבולנס:

1. מכתב שחרור מבית החולים בו בוצע הניתוח
2. קבלה מקורית או לחילופין עותק קבלה במייל / בפקס (בכפוף למילוי דרישה לתגמולי ביטוח בגין קבלות/חשבוניות שאין לקבל בגינם החזר מגורם נוסף)
3. למבוטחי חבר - נדרש מכתב דחייה מקופ"ח בגין ההוצאה

טיפולים מחליפי ניתוח:

1. המלצה לביצוע הניתוח שאותו מחליף הטיפול
2. מכתב הפניה לטיפול מחליף הניתוח
3. קבלה מקורית (במידה ושולם עבור הטיפול) או לחילופין עותק קבלה במייל / בפקס (בכפוף למילוי דרישה לתגמולי ביטוח בגין קבלות/חשבוניות שאין לקבל בגינם החזר מגורם נוסף)

ניתוח עתידי

1. יש להעביר מסמכים לטובת אישור עקרוני טרם ביצוע הניתוח
2. הפניה הכוללת המלצה עם הסיבה הרפואית, מועד ביצוע הניתוח ומנתח באם נבחר