



## 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 לממנו. 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](http://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

