



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות

בקשה למתן טיפול רפואי לנפגע עבודה -
עצמאי אל קופ"ח/ח"ביה"ח
מועססה התאמין الوطني
إدارة المخصصات

طلب لتلقي علاج طبي لمصاب عمل - مستقل
الى صندوق المرضى / مستشفى

עמוד 1 מתוך 2

תאריך מילוי הטופס
תאריך تعبئة النموذج

| | | | | | | | | | |
|-----|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| שנה | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה |
| יום | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה |
| יום | חודש | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה |

תאריך קבלת הטופס בקופה
תאריך تلقي النموذج في الصندوق

| | | | | | | | | | |
|-----|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| שנה | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה |
| יום | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה |
| יום | חודש | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה |

נא עיין בדברי ההסבר שבמעמוד 3 לפני מילוי הטופס **الرجاء قراءة الشرح في الصفحة الثانية قبل تعبئة النموذج**

1

תאריך הפגיעה תאריך الإصابة

| | | | | | | | | | |
|-----|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| שנה | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה |
| יום | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה |
| יום | חודש | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה |

2

פרטי התובע تفاصيل مقدم الطلب

| | | | | | | | |
|------------------------------------|--|----------------------------|--|-------------------------|--|-----------------------|--|
| שם משפחה / اسم العائلة | | שם פרטי / الإسم الشخصي | | ת.ז. / رقم الهوية | | ס"ב / الرقم الإضافي | |
| מין / الجنس | | תאריך לידה / تاريخ الميلاد | | מס' בית / رقم البيت | | מיקוד / الرمز البريدي | |
| זכר / ذكر | | שנה / سنة | | כניסה / مدخل | | יישוב / بلدة | |
| נקבה / أنثى | | שנה / سنة | | דירה / شقة | | מיקוד / الرمز البريدي | |
| טלפון קווי / هاتف أرضي | | | | טלפון נייד / هاتف خليوي | | | |
| רחוב / תא דואר / شارع / صندوق بريد | | | | מס' בית / رقم البيت | | | |
| כתובת / العنوان | | | | מס' בית / رقم البيت | | | |

3

פרטי התאונה تفاصيل الحادث

אני מבקש לקבל עזרה רפואית בגין פגיעה בעבודה שארעה לי אצל מועססה / مساعدة طبية مقابل إصابة في العمل حدثت لي
במתאריך / بتاريخ _____ בשעה / الساعة _____ כאשר עבדתי ב / عندما عملت في _____
סוג העבודה / نوع العمل _____
מקום התאונה / مكان العمل : במפעל / في مصنع ת. דרכים / בעבודה / حادث طرق في العمل תאונה בדרך / ללא רכב / حادث في الطريق بدون مركبة
 ת. דרכים בדרך / לעבודה / מהעבודה / حادث طرق في الطريق الى العمل او من العمل אחר / غير ذلك _____
כתובת מקום התאונה / عنوان مكان الحادث _____
נסיבות הפגיעה / תאור התאונה / ظروف الحادث / وصف الحادث _____
האיבר שנפגע / عضو الجسم الذي أصيب _____

תמת צביאגה הזא הנמזג באלמזכר ולכנה מווגה ללנשא ואלרגאל עלו חד סווא

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד

הצהרה **ת**סריח

4

אני החתום מטה מצהיר כי אני רשום במוסד כעובד **עצמאי** וכי כל הפרטים שמסרתי לעיל הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווים עבירה על החוק. ידוע לי שאם התביעה לא תוכר ע"י המוסד לביטוח לאומי – קופת החולים רשאית לחייב אותי בהוצאות הטיפול הרפואי. **א**נא המוקע אדנא אסרח באנני מסגל פי המוססה כעאמל מסתقل ואנ כמיכ התפאסיל התי קדמתה אעלה סחיכה וכאמלה. אערפ אנ תפדימ תפאסיל גייר סחיכה או איהא מעפיתא יעטריר מאלפה קאנונית. אערפ אנה אדא למ תעיל מוססה התאמין הוطني طلبي – فانه يحق لصندوق المرضى إلزامي بتكاليف العلاج الطبي.

_____ x

חתימה התוקיע

שם המבקש אסמ מקדם الطلبي

5

למילוי ע"י המוסד הרפואי לתעינה מן קיל המוססה الطيبية

הנפגע חבר בקופת חולים המصاب عضو في صندوق المرضى כללית כללית מאוחדת مؤحديت מכבי مكابي לאומית لئوميت

הנפגע אינו חבר בקופת חולים המصاب ليس عضواً في صندوق مرضى

ماهية الحادث (تشخيص طبي) :

מהות התאונה (אבחנות רפואיות)

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

עצמאי נכבד

- ✎ עובד עצמאי שנפגע בעבודתו (או בדרכו הישירה לעבודתו וממנה), זכאי לטיפול רפואי על חשבון הביטוח הלאומי.
- ✎ תנאי לקבלת טיפול רפואי כאמור הוא, שהינך רשום במוסד כעובד עצמאי.
- ✎ לשם קבלת הטיפול הרפואי עליך לפנות לקופת החולים בה הינך חבר (שירותי בריאות כללית, קופ"ח לאומית, קופ"ח מאוחדת, מכבי שירותי בריאות).
- ✎ רק במקרה של צורך דחוף ולשם הגשת עזרה ראשונה בלבד, מותר לפנות חדר מיון או לשירות רפואי קרוב אחר.
- ✎ המשך הטיפול הרפואי יינתן אך ורק ע"י השירות הרפואי המוסמך (קופות החולים) אשר יחזיר לך את הוצאותיך בעד הטיפול הראשוני. אין מחזירים הוצאות בעד כל טיפול נוסף שניתן ע"י שירות רפואי לא מוסמך.
- ✎ לא יוחזרו הוצאות טיפול רפואי פרטי
- ✎ לקבלת הטיפול הרפואי בקופת חולים עליך למלא טופס זה
- ✎ יש למלא את הטופס על כל פרטיו, ובמיוחד להקפיד על מילוי נכון של פרטיך האישיים, תאריך הפגיעה, שעת הפגיעה ושם קופת החולים בה הינך חבר.
- ✎ אין להשתמש בטופס זה במקרים של מחלה רגילה או תאונה שהתרחשה שלא במסגרת העבודה.
- ✎ שימוש בטופס זה שלא כדין יחייב אותך בתשלום תמורת הטיפול הרפואי.
- ✎ טופס זה אינו מהווה אישור הכרה בפגיעה/כפגיעה בעבודה, וההחלטה על כך היא בידי המוסד לביטוח לאומי.
- ✎ לתשומת לבך! מסירת פרטים לא נכונים או העלמת מידע מהווים עבירה על החוק.

חצרה המסתל המחترم

- ✎ עמל מסתל יטב אטא עמלה (או فی طریقه المباشرة الى عمله او منه)، يستحق علاجاً طبياً على حساب التأمين الوطني.
- ✎ شرط تلقي العلاج الطبي هو ان تكون مسجلاً في مؤسسة التأمين الوطني كعامل مستقل.
- ✎ من أجل تلقي العلاج الطبي يجب عليك التوجه الى صندوق المرضى الذي أنت عضو فيه (خدمات الصحة الشاملة كلاليت، صندوق المرضى لنوميت، صندوق المرضى متوحيبت، مكابي خدمات صحية).
- ✎ فقط في حالات الحاجة الطارئة ومن أجل تلقي الإسعاف الأولي فقط، يسمح التوجه الى غرفة الطوارئ او الى خدمة طبية قريبة أخرى.
- ✎ تُمنح بقية العلاج الطبي فقط من قبل الخدمة الطبية المخولة (صناديق المرضى) التي ترجع لك تكاليف العلاج الأولي.
- ✎ لا يتم إرجاع تكاليف أي علاج آخر تمنحه خدمة طبية غير مخولة.
- ✎ لا يتم إرجاع تكاليف علاج طبي خاص
- ✎ من أجل تلقي العلاج الطبي في صندوق المرضى يجب عليك تعبئة هذا النموذج.
- ✎ يجب تعبئة جميع التفاصيل في النموذج، خصوصاً التأكيد على تعبئة صحيحة للتفاصيل الشخصية، تاريخ الإصابة، ساعة الإصابة واسم صندوق المرضى الذي أنت عضو فيه..
- ✎ ممنوع استعمال هذا النموذج في حالات المرض الاعتيادي او حادث ليس في إطار العمل.
- ✎ استعمال هذا النموذج ليس وفقاً للقانون يلزمك بالدفع مقابل العلاج الطبي .
- ✎ لا يعتبر هذا النموذج اعترافاً بالإصابة على أنها إصابة عمل، والقرار بشأن ذلك هو بصلاحيه مؤسسة التأمين الوطني.
- ✎ نلفت انتباهك ! تقديم تفاصيل غير صحيحة او إخفاء معلومات يعتبر مخالفة قانونية.