



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נפגעי פעולות איבה
מוססה التأمين الوطني
إدارة المخصّصات
قسم مصابي العمليات العدائية

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

מס' זהות / דרכון									
סוג המסמך		דפים							

**בקשה לטיפול רפואי
בחו"ל
طلب لتلقي علاج طبي في
خارج البلاد**

פרטי המבקש

1

תفاصيل مقدم الطلب

אני החתום מטה, מבקש לאשר לי את הטיפול בחו"ל המצוין בטופס זה, על פי התקנות והנהלים בדבר נסיעה רפואית מוכרת.
أنا الموقع أدناه، أطلب بهذا، الموافقة على تلقي العلاج في خارج البلاد كما هو مفصّل في هذا الطلب ووفقاً للقوانين والإجراءات المتعلقة بالسفر الطبي المعترف به.

שם משפחה اسم العائلة	שם פרטי الاسم الشخصي	מספר זהות رقم الهوية ב"ס
תאריך הפגיעה تاريخ الإصابة	סניף فرع	שנה سنة
חודש شهر	יום يوم	

**הטיפול הרפואי המבוקש
العلاج الطبي المطلوب**

ייתן ע"י: שם הרופא
سوف يعطى من قبل: اسم الطبيب

שם המוסד הרפואי
اسم المركز الطبي


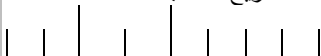
תאריך
تاريخ

חתימת המבקש *
توقيع مقدّم الطلب

אנא צרף לבקשה מסמכים רפואיים מעודכנים
الرجاء ارفاق مسانداة طبية حديثة مع الطلب

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד
كتبت هذه الإستمارة بصيغة المذكر لكنّها موجّهة للنساء والرجال على حدّ سواء

2 **ניתוב בקשה לטיפול בחו"ל**
توجيه طلب العلاج في خارج البلاد

מספר זהות رقم الهوية ב.0 	שם פרטי الاسم الشخصي	שם משפחה اسم العائلة
עובד שיקום موظف التأهيل	פקיד תביעות موظف المخصّصات	סניף الفرع
פגימות מוכרות الإصابات المُعترف بها		תאריך הפגיעה تاريخ الاصابة 
		שנה سنة
		חודש شهر
		יום يوم
אחוז נכות _____ : <input type="checkbox"/> זמנית , עד לתאריך _____ <input type="checkbox"/> צמיתה, מתאריך _____ نسبة العجز _____ مؤقتة، حتى تاريخ _____ دائمة، من تاريخ _____		
הטיפול המבוקש _____ العلاج المطلوب _____		

3 **המלצת מנהל מחלקה רפואית**
توصية مدير القسم الطبي

שם המוסד اسم المركز	שם המנהל اسم المدير

פרטי המוסד המטפל בחו"ל
 تفاصيل المركز المعالج في خارج البلاد

שם המוסד اسم المركز		
מדינה الدولة	עיר المدينة	
מספר פקס رقم الفاكس	טלפון נייד الهاتف الخليوي	טלפון קווי رقم الهاتف
שם הרופא המטפל בחו"ל اسم الطبيب المعالج في خارج البلاد		
אחר آخر	תאריך ניתוח تاريخ العملية الجراحية	תאריך אשפוז تاريخ الاستشفاء
הערות ملاحظات	עלות משוערת (טיפול בלבד) تقدير التكلفة (فقط العلاج)	שהות משוערת עד תאריך مدة الإقامة المقدرة حتى تاريخ
אישור גמלאות موافقة المخصّصات		אישור רופא המוסד موافقة طبيب المؤسسة
לידיעת: <input type="checkbox"/> נפ"א <input type="checkbox"/> קונסוליה <input type="checkbox"/> רופא אמון <input type="checkbox"/> כספים معلوم لدى: <input type="checkbox"/> אصابات العمليات העדائية <input type="checkbox"/> القنصلية <input type="checkbox"/> الطبيب <input type="checkbox"/> قسم المالية		



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נפגעי פעולות איבה
מוססה التأمين الوطني
إدارة المخصصات
قسم مصابي العمليات العدائية

כתובת למכתבים:
عنوان البريد:
שד' ויצמן 13
ירושלים 91909
טלפון: 02 - 6463223
פקס: 02 - 5382417

מכתב לקונסוליה בחו"ל (1)
مکتوب للقنصلية في خارج البلاد (1)

אל:
الى:

קונסולית ישראל ב
القنصلية الإسرائيلية في

תאריך
تاريخ

פרטי המבוטח

تفاصيل المؤمن

שם פרטי الاسم الشخصي	שם משפחה اسم العائلة	מספר זהות رقم الهوية ב.0
נכות מוכרת العجز المعترف به	טיפול العلاج	
מטרת הנסיעה هدف السفر	שם המוסד הרפואי בחו"ל اسم المركز الطبي في خارج البلاد	שם הרופא המנתח או המטפל اسم الطبيب الجراح أو المُعالج
עיר المدينة	מדינה الدولة	
טלפון קווי رقم الهاتف	טלפון נייד الهاتف الخليوي	מספר פקס رقم الفاكس

מלווים
المرافقين

מלווה: مرافق:	<input type="checkbox"/> לא נחוץ غير ضروري	<input type="checkbox"/> מהארץ من البلاد	<input type="checkbox"/> יש להסדיר يجب احضار
מתורגמן: مترجم	<input type="checkbox"/> לא נחוץ غير ضروري	<input type="checkbox"/> מהארץ من البلاد	<input type="checkbox"/> יש להסדיר يجب احضار

רופא אמון:
الطبيب:
 שם
الاسم

שהות משוערת: מתאריך _____ עד תאריך _____
مدة الإقامة المقترنة: من تاريخ _____ حتى تاريخ _____

הארכת שהות
تمديد المكوث

סיבה السبب	עד תאריך حتى تاريخ	המלצה التوصية
אישור רופא: موافقة الطبيب:	תאריך تاريخ	שם الاسم
	חתימה * التوقيع	



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נפגעי פעולות איבה
מؤسسة التأمين الوطني
إدارة المخصصات
قسم مصابي العمليات العدائية

כתובת למכתבים:
عنوان البريد:
שד' ויצמן 13
ירושלים 91909
טלפון: 02 - 6463223
פקס: 02 - 5382417

מכתב לקונסוליה בחו"ל (2)
مکتوب للقنصلية في خارج البلاد (2)

אל:
الى:

קונסוליית ישראל ב:
القنصلية الإسرائيلية في

תאריך
تاريخ

פרטי הנכה

تفاصيل المعاق

שם משפחה اسم العائلة	שם פרטי الاسم الشخصي	מספר זהות رقم الهوية ב.ו.
-------------------------	-------------------------	---------------------------------

פרטי הנסיעה

تفاصيل السفر

מטרת הנסיעה هدف السفر	תאריך הטיפול تاريخ العلاج
--------------------------	------------------------------

טיסה מהארץ

السفر من البلاد

חברה: الشركة:	מס' טיסה: رقم الرحلة	יעד: وجهة الرحلة
תאריך יציאה: تاريخ المغادرة:	שעת המראה: ساعة الإقلاع:	שעת נחיתה: ساعة الهبوط:
שהיית ביניים: المكوث في توقف الوسط (ما بين المغادرة والهبوط):		

טיסת המשך

رحلة الاستمرار

חברה: الشركة:	מס' טיסה: رقم الرحلة	יעד: وجهة الرحلة
תאריך יציאה: تاريخ المغادرة:	שעת המראה: ساعة الإقلاع:	שעת נחיתה: ساعة الهبوط:

מלווים

المرافقون

שם الاسم	קרבה نوع القرابة
שם الاسم	קרבה نوع القرابة

טיפול קונסוליה

لعلاج الموضوع في القنصلية

קונסוליה: القنصلية:	הזמנת מלון מתאריך حجز فندق من تاريخ	עד תאריך حتى تاريخ	מספר חדרים: عدد الغرف:
	הזמנת רכב מתאריך حجز سيارة من تاريخ	עד תאריך حتى تاريخ	סוג רכב: نوع السيارة
	תוספות الإضافات	מקום קבלת הרכב: مكان استلام السيارة:	

רשימת בקרה, טיפול רפואי מאושר בחו"ל
قائمة التحكم, العلاج الطبي الموافق عليه في خارج البلاد

פרטי התובע تفاصيل مقدم الطلب		
שם משפחה اسم العائلة	שם פרטי الاسم الشخصي	מספר זהות رقم الهوية ב.ו.
תאריך ביצוע تاريخ التنفيذ	חתימת מבצע توقيع المنفذ	
		בקשת הנפגע طلب المصاب
		המלצת מנהל מחלקה רפואית توصية مدير القسم الطبي
		פניית הרופא למוסד רפואי בחו"ל توجه الطبيب للمركز الطبي في خارج البلاد
		הסכמת מוסד בחו"ל موافقة المؤسسة في خارج البلاد
		מכתב מרופא בחו"ל مكتوب من الطبيب في خارج البلاد
		הצעת מחיר, תאריך ושהות المبلغ المقترح, التاريخ والمكوث
		בדיקת הצעת מחיר فحص المبلغ المقترح
		אישור הצעת מחיר الموافقة على المبلغ المقترح
		נפ"א – מכתב למטופל إصابات الاعمال العدائية – مكتوب للمصاب
		אישור רופא המוסד موافقة طبيب المؤسسة
		אישור אגף נפ"א موافقة قسم إصابات الأعمال العدائية
		אישור כספים موافقة قسم المالية
		תנאי טיסה شروط الطيران
		יידוע הקונסוליה ע"י אגף נפ"א إبلاغ القنصلية بواسطة قسم الاعمال العدائية
		יידוע רופא אמון ע"י אגף נפ"א إبلاغ الطبيب بواسطة قسم الاعمال العدائية
		אישור משך שהות موافقة تمديد المكوث
		הזמנת טיסה حجز الطيران
		העברת כספים לקונסוליה تحويل الأموال للقنصلية
		העברת כספים לנפגע تحويل الأموال للمصاب
		מכתב לקונסוליה مكتوب للقنصلية