

הגשת קבילה לנציבות קבילות הציבור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי

הנחיות

- טופס זה משמש להגשת קבילה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד – 1994 בכל הקשור לאספקת שירותים ותרופות הכלולים בסל הבריאות מקופות החולים ומי מטעמם (כגון: מכונים רפואיים, בתי חולים ועוד).
- הנושאים הרלוונטיים הם:

1. זכאות לתרופות, בדיקות, טיפולים וניתוחים בתחומי הבריאות השונים לרבות החזר כספי במקרה שתוכר הזכאות (למעט תלונות על רשלנות רפואית ו/או התנהגות לקויה של הצוות המטפל. תלונות אלו יש להפנות לאגף השירות).
2. אופן מתן השירות, זמן ההמתנה לקבלת השירות וכו'.
3. שב"ן (שירותי בריאות נוספים) המוצעים על ידי קופות החולים.

- יש לצרף מסמכים רפואיים ואחרים התומכים בקבילה כמפורט בסעיף צירוף מסמכים.
- יש לצרף יפוי כוח מתאים וויתור על סודיות רפואית במידה והקבילה היא באמצעות עו"ד או עמותה מייצגת.
- הודעה על פתיחת הקבילה ומספרה בנציבות תישלח תוך 7 ימי עבודה מתאריך קבלתה בנציבות.
- לבדיקת סטאטוס הטיפול בקבילה, או במידה וקיים מידע נוסף או הבעיה באה על פתרונה, נא לפנות ל"קול הבריאות" - מוקד השירות הטלפוני של משרד הבריאות *5400, 08-6241010.
- טופס זה נכתב בלשון זכר, אך מתייחס לשני המינים כאחד.
- ניתן להעביר את הקבילה באמצעות:

○ דואר אלקטרוני: kvilot@moh.health.gov.il

○ פקס: 02-5655981

○ דואר: משרד הבריאות, נציבות קבילות הציבור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, רחוב ירמיהו 39, ירושלים



מטרת הפנייה

נא לסמן: פנייה חדשה תוספת לקבילה קיימת שמספרה _____ (חובה לציין מספר)
תאריך מילוי הקבילה הקיימת _____

פרטי הפונה

האם הינך מייצג אדם אחר? כן לא

שם פרטי _____ שם משפחה _____ תעודה זהות _____

שייך לקופת חולים: כללית מכבי לאומית מאוחדת

סוג הפונה (במידה והנך מייצג אדם אחר) קרוב משפחה עמותה עו"ד אפטרופוס

שם הפונה (משרד או עמותה) _____

פרטי מקבל השירות- במקרה שאיננו הפונה

שם פרטי _____ שם משפחה _____ תעודה זהות _____

טלפון _____ - _____ כתובת דוא"ל _____@_____

ישוב _____

שייך לקופת חולים: כללית מכבי לאומית מאוחדת

פרטי התקשרות- של הפונה

ישוב _____ רחוב _____ מספר בית _____

מספר דירה _____ מיקוד _____ תא דואר _____

הערות לכתובת _____

טלפון ראשי _____ - _____ טלפון נוסף _____ - _____ פקס _____ - _____

כתובת דוא"ל _____@_____



פרטי הקבילה

סוג המוסד עליו הינך מתלונן:

בית חולים

סוג בית החולים: גריאטרי/שיקומי פסיכיאטרי כללי

שם בית החולים: _____

יחידת מטה במשרד הבריאות

שם היחידה: גריאטריה שיקום וניידות בריאות הנפש בריאות הציבור

קופת חולים

שם המוסד: _____ אחר

נושא הקבילה: בדיקה ניתוח טיפול תרופה חדר מיון אחר

האם עניין הקבילה הוא החזר כספי על טיפול שבוצע? כן לא

האם מקבל הטיפול בחיים? כן לא

פרטי הקבילה בתמצית (ניתן לצרף קבילה מפורטת בסעיף צירוף מסמכים)



צירוף מסמכים

יש לצרף לטופס זה את המסמכים הבאים:

- מסמכים רפואיים התומכים בקבילה
- תצלומי קבלות – במקרה של החזרים כספיים
- גיליון שחרור מחדר מיון – אם הקבילה היא לגבי חדר מיון
- ייפוי כוח- אם סומן שמייצג אדם אחר
- ויתור על סודיות רפואית – אם סומן שמייצג אדם אחר
- העתק צו אפוטרופסות – אם סומן שהפונה הוא אפוטרופוס
- העתק צו ירושה או צו קיום צוואה- אם מקבל השירות נפטר
- מכתב קבילה – אם ברצונך לצרף
- התכתבויות רלוונטיות בנושא הקבילה

חתימת הפונה
(במידה ואינך מקבל השירות)

חתימת מקבל השירות

תאריך