

טופס מותאם למילוי במחשב

איך ממלאים את הטופס?

שולחים



שלחו את הטופס בדואר אלקטרוני או בפקס, בהתאם להנחיות המפורטות מטה.

ממלאים



מלאו את הטופס. אם יש צורך בחתימה, מלאו את שמכם וסמנו בתיבת הסימון לצד שמכם.

אל תשכחו לשמור (save)

בטפסים בהם נדרשת חתימה ידנית לא ניתן להתום דרך המחשב. הדפיסו את המסמך וחתמו עליו בעט.

שומרים



הורידו את הקובץ ושמרו אותו על המחשב, באמצעות כפתור Download

הקובץ לא נפתח? יש לפתוח את הקובץ באמצעות הגרסה העדכנית של תוכנת אדובי רידר (Adobe Reader). אם התוכנה אינה מותקנת על המחשב שלכם, [הורידו אותה בחינם מאתר Adobe](#)



אם התוכנה מתריעה שיש להוריד חבילת גופנים (fonts), אשרו והתקינו אותה לפי ההוראות. לא הצלחתם? למידע נוסף על פתיחת קבצי PDF והתקנת תוכנת אדובי רידר <

אנא שימו לב לכך שמידע הנשלח באמצעות דואר אלקטרוני עלול להיחשף בפני גורמים לא רצויים ברשת האינטרנט. בעצם משלוח מידע למכבי שירותי בריאות באמצעות דואר אלקטרוני, הנכם פוטרם את מכבי שירותי בריאות מאחריות לדליפת המידע לגורמים לא רצויים ברשת האינטרנט, וזאת בטרם הגיע המידע אל מכבי שירותי בריאות.



הנדון: טופס הצהרה על אובדן קבלה / חשבונית מקורית

חלק א' - הצהרה עבור החזרי סל והחזרי שב"ן

אני הח"מ _____, נושא/ת ת.ז. _____, מאשר/ת, מצהיר/ה ומתחייב/ת בזאת כלפי מכבי בעל/ת כתובת _____ שירותי בריאות (להלן: "מכבי") כלהלן:

- אני מצהיר/ה כי במהלך _____ או בסמוך לכך, עברתי טיפולים רפואיים (להלן "הטיפולים") והוצאתי הוצאות כספיות שונות (להלן "ההוצאות") בגין _____ (נא להשלים).
 - אני מצהיר/ה כי המצאתי למכבי את כל המסמכים אשר היו בידי בקשר לטיפולים ולהוצאות, וכי אין בידי מסמכי מקור ו/או מסמכים נוספים בגין ההוצאות מהסיבה הבאה: _____
 - ידוע לי כי החזר עבור טיפולים והוצאות אלה ללא קבלה מקורית הינו הליך חריג.
 - ידוע לי כי זכויותי בגין הטיפולים וההוצאות, נקבעות עפ"י הוראות חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 ו/או תקנון שירותי הבריאות הנוספים "מכבי כסף"/"מכבי זהב"/"מכבי שלי" (להלן שב"ן), באם וככל הקיימות זכויות כאמור בידי.
 - אני מצהיר/ה כי ההוצאות שולמו על ידי באופן אישי, כי לא קיבלתי החזר, תשלום ו/או שיפוי כלשהו בגין ההוצאות ו/או חלקן. לא דרשתי ו/או תבעתי מצד שלישי כלשהו תשלום ההוצאות, ולא ידוע לי על תשלום כלשהו מן ההוצאות, לו אני זכאי/ת ו/או אהיה זכאי/ת בעתיד.
- חתימת המצהיר/ה: _____

חלק ב' - הצהרה עבור החזרי שב"ן בלבד

- יש/אין ברשותי פוליסת ביטוח פרטית בחברת _____.
- באם התברר כי קיבלתי ו/או אקבל בעתיד שיפוי ו/או פיצוי מצד שלישי כלשהו בגין ההוצאות, אני מתחייב/ת להודיע על כך מיידית למכבי ולהשיב למכבי את ההוצאות בהן נשאה, בתוך 30 יום ממועד קבלת הכספים מן הצד השלישי, כערכן בשקלים במועד התשלום בפועל ו/או במועד קבלתן על ידי, לפי הגבוה מבניהם, ועד תקרת החזר שקיבלתי ממכבי.
- הריני לייפות את כוחו של מכבי / השב"ן, לפנות בשמי לכל צד ג', לרבות כל חברת ביטוח, לשם בירור זכאותי להשתתפות בהוצאות מימון הטיפולים.
- ידוע לי כי במקרה בו אמצא זכאי/ת לשירות מכל צד ג' כמצוין בסעיף 7 לעיל, השתתפותו של השב"ן בהוצאה יהיה כפוף לחתימתי על מסמך המחאת/העברת זכויות לטובת השב"ן, לתביעה בשמי ובמקומי את אותו צד ג'.

לתשומת הלב :

- להחזרי סל יש לחתום על חלק א' בלבד, להחזרי שב"ן יש לחתום על חלקים א' ו-ב'.
- במידה והתקבל שיפוי על ההוצאות מצד שלישי כלשהו יש לצרף אישור הכולל את גובה השיפוי אשר התקבל.

במקרה של קטין יחתום מי שהנו ההורה והאפוטרופוס הטבעי של הקטין:

שם ההורה / האפוטרופוס: _____ ת.ז. _____

חתימת המצהיר/ה: _____

אישור התימה - לשימוש פנימי:

תאריך:	שם המש"ר/ית:	חתימה וחותמת המש"ר/ית: