

## 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.



תאריך: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## בקשה להחזר עבור הוצאות קבועות בגין השתתפות עצמית- משפחה \_\_\_\_\_

### פרטי התקשרות:

	שם פרטי:	שם משפחה:
	כתובת:	
מס' תעודת זהות: (9 ספרות)	טלפון:	כתובת דואר אלקטרוני:

### פרטי הבקשה:

אבקש לחשב זכאותי להחזר עבור הוצאות רפואיות קבועות בהתייחס להכנסותיי / הוצאותיי מידי חודש.

הוצאות עבור:	שם בן משפחה:	פירוט:	סכום:
תרופות			
התפתחות הילד			
פסיכותרפיה			
חמצן ביתי			

	פירוט:	סכום:	* מצורפות קבלות
	סה"כ הוצאות משפחתיות קבועות לחודש:		

אני מתחייב/ת לדווח ל"מכבי", מיידית על כל שינוי בהכנסותי ובהכנסות בני משפחתי. **התימה:** \_\_\_\_\_

### \*יש לצרף לטופס הבקשה:

- טופס הצהרת הכנסות חתום
- תלושי שכר אחרונים או כל אישור מקביל אחר על גובה ההכנסה הכוללת.

RefundnRequest\_03

### לשימוש המרכז הרפואי בלבד:

הוחזר עבור תרופות במרכז הרפואי: \_\_\_\_\_ סך: \_\_\_\_\_ ש"ח לחודש: \_\_\_\_\_  
שם המש"ר/ית: \_\_\_\_\_ התימה: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_