

نموذج مُلاءم للملء عن طريق الكمبيوتر טופס מותאם למילוי במחשב

كيف نملاً النموذج

نُرسل



أرسلوا النموذج عن طريق
البريد الإلكتروني أو الفاكس،
بحسب الإرشادات
المبيّنة أدناه.

ملء



املأوا النموذج.
إذا كانت هناك حاجة إلى توقيع،
قوموا بملء الاسم وأشيروا في
مربع التّأشير الذي يظهر بجانب الاسم.

لا تنسوا أن تحفظوا (save)

في النّماذج التي تتطلّب توقيعاً يدوياً
لا يمكن التّوقيع من خلال جهاز الكمبيوتر.
اطبعوا المستند ووقّعوه بقلم.

نحفظ



قوموا بتنزيل الملف واحفظوه
في الحاسوب بواسطة
النّقر على الزّر
Download

طلب الانضمام إلى الخدمات الصحية الإضافية
בקשת הצטרפות לשירותי הבריאות הנוספים (להלן השב"ן)

تفاصيل الطلب: (يرجى وضع علامة X في المكان المناسب)

تفاصيل الطلب: (يرجى وضع علامة X في المكان المناسب)

מכבי שילי מכבי זהב	מכבי זהב
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

أنا الموقع/ة أدناه، أرغب في الانضمام إلى برنامج التأمين المكمل ابتداء من:

التاريخ (تاريخ الطلب) الأول من الشهر القادم

الجزء أ- الخدمات المطلوبة، البيانات الشخصية والعائلية- الرئيسية/ة، الزوج/ الزوجة والأولاد دون سن 18

تفاصيل الشخص الرئيسي في العائلة:

اسم الشخص:	اسم العائلة:

تفاصيل أفراد الأسرة:

رقم الهوية	الاسم الشخصي	اسم العائلة	تاريخ الولادة	الجنس
				الرئيسي/ة
				الزوج/ة
				الولد/ البنت 1
				الولد/ البنت 2
				الولد/ البنت 3
				الولد/ البنت 4
				الولد/ البنت 5
				الولد/ البنت 6
				الولد/ البنت 7
شارع	رقم البيت	دخول	اسم البلدة	رمز بريدي
				صندوق البريد
رقم الهاتف	رقم الهاتف الثَّقال	عنوان البريد الإلكتروني		
				عنوان السَّكن
				الرئيسي/ة
				الزوج/ة

1994 بين الصَّحي الرِّسِّي مأي لا نوا ف تا يلعب ن م

מתוך הוראות חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד—1994

يرجى الملاحظة:

- يجب أن لا يكون الانضمام إلى الخدمات الصحية الإضافية مشروطاً بآية شروط، والانضمام إلى برنامج الخدمات الصحية الإضافية ليس إلزامياً.
 - بموجب القانون، يحق للصندوق تغيير شروط البرنامج من وقت لآخر.
 - تحقيق المزاي في الخدمات الصحية الإضافية خاضع لفترة الانتظار على النحو المحدد في الأنظمة.
- 3- (ج) (1) صندوق المرضى يضم إلى البرنامج أي عضو يرغب في الانضمام إلى البرنامج، بغض النظر عن وضعه الصحي أو الاقتصادي، بحيث أن انضمام العضو أو حقوقه عند الانضمام لن يكونا خاضعين لأي شروط، باستثناء فترات التأهيل المعقولة التي يتم تحديدها لجميع أعضاء البرنامج من أجل تقديم الخدمات المتنوعة في إطاره، شريطة ألا يتم تحديد فترة التأهيل هذه فيما يتعلق بالخدمات التي كانت مشمولة في سلَّه خدمات ومدفوعات الصندوق فيما يتعلق بمن كان عضواً في الصندوق وانضم إلى البرنامج في موعد لا يتجاوز عامًا واحدًا بعد التغيير في سلَّه خدمات ومدفوعات الصندوق.
- (2) يحق للصندوق أن يُحدِّد، فيما يتعلق بفترات التأهيل المنصوص عليها في الفقرة (1)، تعليمات مختلفة تتعلق بالانتقال من برنامج تابع لصندوق آخر.
- (د) مع مراعاة أحكام البند الفرعي (ج)، فإن صندوق المرضى لا يُميِّز بين أعضاء البرنامج، سواء في وقت الانضمام إليه أو عند تقديم الخدمات في إطاره.
- (هـ) رسوم البرنامج سوف تكون موحدة لكل فئة عمرية، بغض النظر عن عدد سنوات العضوية في البرنامج، أو الحالة الصحية أو الاقتصادية للعضو.
- (21) (أ) صندوق المرضى سوف يُقدِّم لأي شخص يكون مسؤولاً تجاهه كما هو مذكور في البند 3 (ج) جميع الخدمات الصحية التي يحق له الحصول عليها بموجب هذا القانون، سواء بواسطته أو من خلال مقدمي الخدمات، بدون أي تمييز، ولن يشترط تقديم الخدمات المشمولة في سلَّه خدماته بالانضمام أو بالعضوية في البرنامج بخدمات إضافية بموجب البند 10.

- لغرض الاعتراف بأقدمية سابقة و/ أو الحصول على إعفاء من فترات الانتظار في الخدمات الصحية الإضافية، ينبغي تقديم شهادة عضوية في الخدمات الصحية الإضافية من الصندوق الذي تم تحويلك منه (بالنسبة للمنتقلين من صندوق آخر) أو شهادة قادم جديد (بالنسبة للقادمين الجدد).
- قائمة تفصيل مدفوعات الأعضاء مقابل الخدمات الصحية الإضافية على أنواعها، هي على النحو المحدد في أنظمة الخدمات الصحية الإضافية.

لحضره: الخدمات الصحية الإضافية

לכבוד: שירותי הבריאות הנוספים

1. أنا / نحن وأبناؤنا / أبناؤنا القاصرون المدرجة تفاصيلنا في طلب الانضمام / نتقدم بطلب للانضمام إلى الخدمات الصحية الإضافية كما هو مبين أعلاه.
2. أصرح / نصح وأوافق / نوافق بهذا على أنه بكوني / ننا عضوًا / أعضاء مستحق / ين في الخدمات الصحية الإضافية، تنطبق علي / علينا جميع الالتزامات والحقوق المحددة في أنظمة الخدمات الصحية الإضافية، في الأنظمة الإدارية وفي قرارات مؤسساتها المختصة كما هي و / أو كما يتم تعديلها أو تغييرها من وقت لآخر.
3. أتعهد / نتعهد بالدفع للخدمات الصحية الإضافية و / أو لأي جهة مخولة من قبلها في المواعيد التي يتم تحديدها من قبلها من وقت لآخر، على التوالي، رسوم عضويتي / عضويتنا وعضوية أولادي / أولادنا القاصرين، وكذلك المدفوعات التي سيتم فرضها علي / علينا بموجب أنظمة الخدمات الصحية الإضافية.
4. في حال قررت / قررنا إلغاء انضمامي / انضمامنا إلى الخدمات الصحية الإضافية، لأي سبب من الأسباب، تُعفى مكابي و / أو الخدمات الصحية الإضافية من إعادة رسوم العضوية و / أو رسوم التسجيل إلي / إلينا، إن كان قد تم دفعها بالفعل من قبلي / قبلنا و / أو تم دفع جزء منها.
5. معلوم لي / لنا أن انضمامي / انضمامنا إلى مكابي شلي مشروط بانضمامي / انضمامنا إلى مكابي زهاف وأنه إذا تم إلغاء انضمامي / انضمامنا إلى مكابي زهاف، فسيتم أيضًا إلغاء انضمامي / انضمامنا إلى مكابي شلي.
6. معلوم لي / لنا أن جباية رسوم العضوية، إن وجدت، أو أي مدفوعات أخرى لمكابي مُقابل عضويتي و / أو الخدمات المقدمة لي / لنا من قبلها / أو أي شأن آخر، يمكن أن يتم من خلال صندوق مكابي أو أي هيئة أخرى يتم تحديدها لهذا الغرض، من وقت لآخر، من قبل مكابي - لغرض تنفيذ إجراءات الجباية، وبمجرد توقيعي على هذا الطلب فإنني / إننا أصادق / نصادق على أنه ليس لدي / لدينا أي اعتراضات أو إدعاءات أو متطلبات فيما يتعلق بهوية الهيئة التي تقوم بالجباية كما هو مذكور.
7. معلوم لي / لنا وإنني / إننا أصادق / نصادق بهذا على أنه تم إبلاغي / إبلاغنا بشكل صريح أن عضويتي / عضويتنا في مكابي، بما في ذلك الانضمام إلى الخدمات الصحية الإضافية، ليست مشروطة بأي شكل من الأشكال بعضويتي / عضويتنا في صندوق مكابي و / أو عدم عضويتي / عضويتنا في تأمين الرعاية طويلة الأمد في مكابي وأن انضمامي / انضمامنا إلى أي من الهيئات المذكورة أعلاه هو باختيارنا / اختيارنا بدون الإضرار / أو الانتقاص من حقوقي / حقوقنا في نطاق عضويتي / عضويتنا بأي شكل من الأشكال.
8. كل ما تم التصريح به أعلاه ينطبق أيضًا على أولادي / أولادنا القاصرين المشمولين في هذا الطلب.

التاريخ _____ توقيع الزوج / ة _____ التاريخ _____ توقيع العضو / ة _____

التاريخ: _____ / _____ / _____

المركز الطبي: _____

اسم مُقدم الخدمة:	التاريخ:	التوقيع:
		<input type="checkbox"/>