



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות

בקשה למתן טיפול רפואי לנפגע עבודה -  
עצמאי אל קופ"ח/ח"ביה"ח  
מועססה התأمين الوطني  
إدارة المخصصات

طلب لتلقي علاج طبي لمصاب عمل - مستقل  
الى صندوق المرضى / مستشفى

עמוד 1 מתוך 2

**תאריך מילוי הטופס**  
תאריך تعبئة النموذج

|     |      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| שנה | שנה  | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה |
| יום | שנה  | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה |
| יום | חודש | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה |

**תאריך קבלת הטופס בקופה**  
תאריך تلقي النموذج في الصندوق

|     |      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| שנה | שנה  | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה |
| יום | שנה  | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה |
| יום | חודש | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה |

נא עיין בדברי ההסבר שבמוד 3 לפני מילוי הטופס الرجاء قراءة الشرح في الصفحة الثانية قبل تعبئة النموذج

1

תאריך הפגיעה تاريخ الإصابة

|     |      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| שנה | שנה  | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה |
| יום | שנה  | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה |
| יום | חודש | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה | שנה |

2

פרטי התובע تفاصيل مقدم الطلب

|                                      |               |   |                      |
|--------------------------------------|---------------|---|----------------------|
| שם פרטי الإسم الشخصي                 |               | שם משפחה إسم العائلة  |                      |
| ת.ז. رقم الهوية<br>ס"ב الرقم الإضافي |               | מין الجنس   |                      |
| תאריך לידה تاريخ الميلاد             |               | <input type="checkbox"/> זכר<br><input type="checkbox"/> נקבה |                      |
| <b>כתובת العنوان</b>                 |               |   |                      |
| מיקוד<br>الرمز البريدي               | יישוב<br>بلدة | דירה<br>شقة   | מס' בית<br>رقم البيت |
| רחוב / תא דואר<br>شارع / صندوق بريد  |               | כניסה<br>مدخل   |                      |
| טלפון קווי<br>هاتف أرضي              |               | טלפון נייד<br>هاتف خليوي                                      |                      |

3

פרטי התאונה تفاصيل الحادث

אני מבקש לקבל עזרה רפואית בגין פגיעה בעבודה שארעה לי. אطلب تلقي مساعدة طبية مقابل إصابة في العمل حدثت لي

בתאריך بتاريخ \_\_\_\_\_ בשעה الساعة \_\_\_\_\_ כאשר עבדתי ב \_\_\_\_\_ عندما عملت في \_\_\_\_\_

סוג העבודה نوع العمل \_\_\_\_\_

מקום התאונה مكان العمل:  במפעל / مصنع  ת. דרכים בעבודה / حادث طرق في العمل  תאונה בדרך ללא רכב / حادث في الطريق بدون مركبة  ת. דרכים בדרך לעבודה/מהעבודה / حادث طرق في الطريق الى العمل او من العمل  אחר / غير ذلك \_\_\_\_\_

כתובת מקום התאונה عنوان مكان الحادث \_\_\_\_\_

נסיבות הפגיעה / תאור התאונה / ظروف الحادث / وصف الحادث \_\_\_\_\_

האיבר שנפגע / عضو الجسم الذي أصيب \_\_\_\_\_

تمت صياغة هذا النموذج بالذكر ولكنه موجه للنساء والرجال على حد سواء

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד

הצהרה **ת**סריח

4

אני החתום מטה מצהיר כי אני רשום במוסד כעובד **עצמאי** וכי כל הפרטים שמסרתי לעיל הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהווים עבירה על החוק. ידוע לי שאם התביעה לא תוכר ע"י המוסד לביטוח לאומי – קופת החולים רשאית לחייב אותי בהוצאות הטיפול הרפואי. **א**נא המוקע אדנא אסרח באנני מסגל פי המוססה כעامل מסתقل ואנ גמייח התפאסיל התי קדמתה אעלה סחיכה וכאמלה. אערפ אנ תפדימ תפאסיל גייר סחיכה או איהא מעפטיא יעתייר מאלפה קאנונייה. אערפ אנה אדא למ תעיל מוססה התאמין הוطني طلبي – فانه يحق لصندوق المرضى إلزامي بتكاليف العلاج الطبي.

\_\_\_\_\_ x

חתימה התוקיע

\_\_\_\_\_

שם המבקש אסמ מקדם الطلبي

5

למילוי ע"י המוסד הרפואי לתעינה מן קיל המוססה الطيبية

הנפגע חבר בקופת חולים המصاب عضو في صندوق المرضى  כללית כללית  מאוחדת مؤحديت  מכבי مكابي  לאומית لئوميت

הנפגע אינו חבר בקופת חולים המصاب ليس عضواً في صندوق المرضى

ماهية الحادث (تشخيص طبي) :

מהות התאונה (אבחנות רפואיות)

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

### עצמאי נכבד

- ✎ עובד עצמאי שנפגע בעבודתו (או בדרכו הישירה לעבודתו וממנה), זכאי לטיפול רפואי על חשבון הביטוח הלאומי.
- ✎ תנאי לקבלת טיפול רפואי כאמור הוא, שהינך רשום במוסד כעובד עצמאי.
- ✎ לשם קבלת הטיפול הרפואי עליך לפנות לקופת החולים בה הינך חבר (שירותי בריאות כללית, קופ"ח לאומית, קופ"ח מאוחדת, מכבי שירותי בריאות).
- ✎ רק במקרה של צורך דחוף ולשם הגשת עזרה ראשונה בלבד, מותר לפנות חדר מיון או לשירות רפואי קרוב אחר.
- ✎ המשך הטיפול הרפואי יינתן אך ורק ע"י השירות הרפואי המוסמך (קופות החולים) אשר יחזיר לך את הוצאותיך בעד הטיפול הראשוני. אין מחזירים הוצאות בעד כל טיפול נוסף שניתן ע"י שירות רפואי לא מוסמך.
- ✎ לא יוחזרו הוצאות טיפול רפואי פרטי
- ✎ לקבלת הטיפול הרפואי בקופת חולים עליך למלא טופס זה
- ✎ יש למלא את הטופס על כל פרטיו, ובמיוחד להקפיד על מילוי נכון של פרטיך האישיים, תאריך הפגיעה, שעת הפגיעה ושם קופת החולים בה הינך חבר.
- ✎ אין להשתמש בטופס זה במקרים של מחלה רגילה או תאונה שהתרחשה שלא במסגרת העבודה.
- ✎ שימוש בטופס זה שלא כדין יחייב אותך בתשלום תמורת הטיפול הרפואי.
- ✎ טופס זה אינו מהווה אישור הכרה בפגיעה/כפגיעה בעבודה, והחלטה על כך היא בידי המוסד לביטוח לאומי.
- ✎ לתשומת לבך! מסירת פרטים לא נכונים או העלמת מידע מהווים עבירה על החוק.

### חצרה המסתל המחترم

- ✎ עמל מסתל יטב אטא עמלה ( או فی طریقه المباشرة الى عمله او منه )، يستحق علاجاً طبياً على حساب التأمين الوطني.
- ✎ شرط تلقي العلاج الطبي هو ان تكون مسجلاً في مؤسسة التأمين الوطني كعامل مستقل.
- ✎ من أجل تلقي العلاج الطبي يجب عليك التوجه الى صندوق المرضى الذي أنت عضو فيه ( خدمات الصحة الشاملة كلاليت، صندوق المرضى لنوميت، صندوق المرضى متوحيبت، مكابي خدمات صحية ).
- ✎ فقط في حالات الحاجة الطارئة ومن أجل تلقي الإسعاف الأولي فقط، يسمح التوجه الى غرفة الطوارئ او الى خدمة طبية قريبة أخرى.
- ✎ تُمنح بقية العلاج الطبي فقط من قبل الخدمة الطبية المخولة ( صناديق المرضى ) التي ترجع لك تكاليف العلاج الأولي.
- ✎ لا يتم إرجاع تكاليف أي علاج آخر تمنحه خدمة طبية غير مخولة.
- ✎ لا يتم إرجاع تكاليف علاج طبي خاص
- ✎ من أجل تلقي العلاج الطبي في صندوق المرضى يجب عليك تعبئة هذا النموذج.
- ✎ يجب تعبئة جميع التفاصيل في النموذج، خصوصاً التأكيد على تعبئة صحيحة للتفاصيل الشخصية، تاريخ الإصابة، ساعة الإصابة واسم صندوق المرضى الذي أنت عضو فيه..
- ✎ ممنوع استعمال هذا النموذج في حالات المرض الاعتيادي او حادث ليس في إطار العمل.
- ✎ استعمال هذا النموذج ليس وفقاً للقانون يلزمك بالدفع مقابل العلاج الطبي .
- ✎ لا يعتبر هذا النموذج اعترافاً بالإصابة على أنها إصابة عمل، والقرار بشأن ذلك هو بصلاحيه مؤسسة التأمين الوطني.
- ✎ نلفت انتباهك ! تقديم تفاصيل غير صحيحة او إخفاء معلومات يعتبر مخالفة قانونية.