



המוסד לביטוח לאומי

משרד ראשי
אגף נפגעי פעולות איבה

1 במרץ 2011

הנדון: תשלומים בגין הוצאות ריפוי

אנו עדים לקשיים באספקת ציוד רפואי לנפגעי פעולות איבה, יש להנחות את המבוטחים לרכוש את הציוד הנדרש שאושר על ידי רופא המוסד בקופות החולים או בבתי המרקחת פרטיים. אופן התשלום למקרים אלה : פקיד תביעות בסניף ישלם למבוטח את החזר התשלום כנגד קבלה (לאחר אישור רופא המוסד).

במקרים חריגים בהם מבוטחים מציינים כי אינם מאתרים את הציוד בבתי המרקחת או טוענים שאין בידם כסף זמין לרכישת הציוד : יש לפעול על פי התהליך הבא :



פקיד התביעות יפיק התחייבות במערכת ספקים
לחברת התרופות



חברת התרופות
תספק את השירות לנפגע בדיוור ישיר עד לבית המבוטח
ותעביר את החשבונית לבקרה ולתשלום.

בברכה

גליה סרוסי
מנהלת תחום
נפגעי פעולות איבה



המוסד לביטוח לאומי
 משרד ראשי
 אגף נפגעי פעולות איבה

נספח א 1

טופס הזמנת תרופות לתקופה _____

שם ושם משפחה: _____ מס. תיק: _____

כתובת: _____

טלפון: _____ נייד: _____ פקס: _____

האבחנות שהוכרו: _____

להלן רשימת התרופות המאושרות לנפגע הנ"ל:

מס חודשים	כמות לחודש	מינון יומי	שם התרופה (כולל מינון ליחידה)	
				1
				2
				3
				4
				5
				6
				7
				8
				9
				10
				11
				12
				13
				14

אין לספק מוצר מעבר לכמויות הרשומות לעיל

תאריך: _____

שם הפקיד המטפל, _____ טלפון: _____ תמיכת הטיפול המאשר: _____



טופס הזמנה לקטוע לתקופה

שם ושם משפחה: _____ מס. תיק: _____

כתובת: _____

טלפון: _____ נייד: _____ פקס: _____

* נא לסמן בעיגול את הגודל המתאים. ** סוג קטיעה: יד, רגל מיקום: מתחת, מעל (מרפק, ברך)

פריט	אורך / סוג	עובי	רוחב	כמויות לתקופה
גרם לגדם מצמר DAW	25 30 35 40 45 50 55 60 65	3 5	1 2 3 4 5	
גרם לגדם ניילון DAW	25 30 35 40 45 50 55 60 65		1 2 3 4 5	
גרם לגדם כותנה דקה	30 35 40 45 50 60			
גרם לגדם כותנה רגילה				
גרם מגבת פרוטה	30 35 40 45 50			
גרם גדם כותנה דקה עם חור	30 35 40 45			
גרם גדם מגבת פרוטה עם חור	30 35 40 45			
גרם ניילון עם חור	30 35 40 45			
גרם סיליקון אוטובוק / סלפוס	ניילון / ניילון כפול		1 2 3 4 5 6 7 8	
גרם סיליקון אוטובוק / סלפוס	כותנה 5 / 3 כותנה כפול		1 2 3 4 5 6 7 8	
ברכיה לפרוטזה 501H DAW			34 36 38	
ברכיה ALPS סיליקון				
ברכיה אוטובוק עם סיליקון			1 2 3	
ברכיה MDEI KNEE SUPPORT			1 2 3 4 5	
ברכיה+סיליקון SILIPUS			1 2 3 4 5	

אין לספק מוצר מעבר לכמויות הרשומות לעיל

תאריך: _____

שם הפקיד המטפל: _____ טלפון: _____ חתימת הרופא המאשר: _____



טופס הזמנה לקטוע לתקופה

שם ושם משפחה: _____ מס. תיק: _____

כתובת: _____

טלפון: _____ נייד: _____ פקס: _____

שם פריט	כמות מירבית שנתית	כמות לאספקה לתקופה	הערות
משחה לגדם PC 30 100 ml	6		
משחה לגדם APLS 118 ml	6		
תחליב לגדם ALPS 118ml	6		
קרמה תחליב קלאסי / פסיפלורה	3		
תחליב לגדם DERMA / ALPS CLEAN 500 ml	6		
משחה לגדם HOSMAR 3.75oz	3		
תכשיר לחיטוי הגדם PREVENT 125ml	12		
תכשיר לחיטוי הגדם REPAIR 250ml	6		
סבון נוזלי SEBAMED 200ml	30		
קמיל בלו, קרמה, קמילוטורקט 500 מל	12		
מטליות לחיטוי הגדם	24		
טלק מסננת 100 גרם / בייבי פסטה טלק	3		

אין לספק מוצר מעבר לכמויות הרשומות לעיל

תאריך: _____

שם הפקיד המטפל: _____ טלפון: _____ החימת הרופא המאשר: _____



המוסד לביטוח לאומי
 משרד ראשי
 אגף נפגעי פעולות איבה

נספח א 1

טופס הזמנת תרופות לתקופה

שם ושם משפחה: _____ מס. תיק: _____

כתובת: _____

טלפון: _____ נייד: _____ פקס: _____

האבחנות שהוכרו: _____

להלן רשימת התרופות המאושרות לנפגע הנ"ל:

שם התרופה (כולל מינון ליחידה)	מינון יומי	כמות לחודש	מס חודשים
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			

אין לספק מוצר מעבר לכמויות הרישומות לעיל

האריך: _____

יום הפקדת המספר _____ טלפון _____ תחנת היפוא המאשיה



טופס הזמנת אביזרים רפואיים לתקופה

שם ושם משפחה: _____ מס. תיק: _____

כתובת: _____

טלפון: _____ נייד: _____ פקס: _____

האבחנות שהוכרו: _____

להלן רשימת האביזרים המאושרים לנפגע הנ"ל.

שם האביזר	כמות ליום	כמות לחודש	
			1
			2
			3
			4
			5
			6
			7
			8
			9
			10
			11
			12
			13
			14

אין לספק מוצר מעבר לכמויות הרשומות לעיל

תאריך: _____

שם הפקיד המטפל: _____ טלפון: _____ חתימת הרופא המאשר: _____