

טופס תביעה עבור הוצאות רפואיות בחו"ל

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	מס' פוליסה
תאור ונסיבות המקרה			

תשלום לרופא (ללא אישפוז)

סכום	סוג מטבע	סיבת ההוצאה ומהות הטיפול

סה"כ סיכום לסעיף זה

תרופות לפי מרשם רופא

סוג התרופה	מקום קניה	סיבת ההוצאה	סוג מטבע	סכום

סה"כ סיכום לסעיף זה

הוצאות בעת אשפוז

סיבת האשפוז (מהות הטיפול)	מקום האשפוז	סוג מטבע	סכום

סה"כ סיכום לסעיף זה

שם המשרד

סה"כ התביעה

הצהרת המבוטח

אני החתום מטה מצהיר בזה כי הוצאות אלה שולמו על ידי בפועל לבתי חולים/או רופאים ו/או בתי מרקחת. כל זאת לפי הוראות רופא. הוצאות אלה אינן קשורות לכל מחלקה או מום מהם סבלתי בעבר טרם צאתי לחו"ל.

כתובת _____ טל' _____ וזאת חתימתי _____

אישור הרופא לתשלום מקרה זה (לשימוש המשרד בלבד)

האם היתה פניה לחברת IMA : כן לא

מסמכים מצורפים להוכחה (סמן V) : אישור בית-חולים+ דיאגנוזה דו"ח אשפוז, דו"ח חדר מיון.

אישור רופא+דיאגנוזה קבלות טופס הצהרה על כרטיס אשראי בינלאומי

שם הרופא: _____ חתימה: _____

יש לצרף לטופס הנ"ל:

פוליסה + קבלות/חשבוניות מקוריות+ אבחנה רפואית מקורית, דו"ח שחרור ע"י חדר מיון DISCHARGE
SUMMERY מקורי, ADIMITANCE REPORT מקורי.

ולשלוח בדואר לרחוב: יד חרוצים 18 אזור התעשייה פולג, ת.ד. 6137, מיקוד 42161 לידי מחלקת תביעות.