

## Vinograd Mordechay

**From:**  
**Sent:**  
**To:**  
**Subject:**  
**Attachments:**

<Kolin Zipora <kolin@granit-ins.co.il  
Wednesday, February 27, 2019 9:11 AM  
Vinograd Mordechay  
רפואה משלימה  
טופס תביעה.pdf

[External Email]

שלום,

להלן פרטי ההתקשרות לפני פרמיום.

- טלפון : 03-5688145
- מייל : [TviotL@Femi.com](mailto:TviotL@Femi.com)
- אתר אינטרנט : [www.femi.com](http://www.femi.com)
- כתובת למשלוח תביעות : המשביר 1 א.ת. חולון מיקוד 58852214

על מנת להגיש תביעות, יש לשלוח ישירות לפני פרמיום בדואר רשום(ולשמור העתקים) את המסמכים:

- מכתב הפנייה (מרופא/רופא משפחה) לטיפול ברפואה משלימה ✓
- קבלות מקוריות בצירוף: עלות, תאריך טיפול וחתימת המטפל/מטפלת. ✓
- צילום צ'ק(מבוטל) ריק ✓
- טופס תביעה(המצ"ב) ✓
- צילום תעודת התמחות של המטפל/ת ✓

בברכת רפואה שלמה.

**בברכה, קולין**

רמון גרניט - סוכנות לביטוח.  
טל: 04-8608105 פקס: 073-3801869  
רח פליים 2, בניין אורן 1, חיפה 33095

## התקבל

28-03-2019

פמי מזכירות

הודעה על תביעה - רפואה משלימה/אלטרנטיבית

סוכן - קבוצת גרנט קולקטור ציב באמצעות חב' ביטוח איילון

פרטי המבוטח/ת

022270490		מכס' 3	
מס' זהות		שם פרטי + שם משפחה	
קולקטור ציב בחברת איילון		052-6002631	3
שם כתב השירות	מס' טלפון נייד	מקום עבודה	תאריך לידה
vinograd, mordechai @il.zm.com	מס' פקס	12	1.2.1966
כתובת דוא"ל	מס' דירה	מס'	רחוב
	ישוב		

## ביטוחים נוספים

1992	שם התוכנית	שם הקופה	האם יש לך ביטוח משלים בקופ"ח
תחילת ביטוח			<input checked="" type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
1995	שם התוכנית	שם החברה	האם יש לך ביטוח רפואי במקום העבודה
תחילת ביטוח			<input checked="" type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
	שם התוכנית	שם החברה	האם יש לך ביטוח רפואי במקום אחר
תחילת ביטוח			<input checked="" type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן

## ריכוז הוצאות בגין טיפולים רפואיים - למילוי על יד המבוטח/ת

תאריך	סוג הטיפול: רפואה משלימה
28-03-2019	מכס' 3

## אבקש להעביר את תשלומי הביטוח שמגיעים לי או לבני משפחתי

מכס' 3	42314619	מס' חשבון	מס' סניף	מס' סניף	מס' סניף
ע"ש	מס' זהות	שם החותם	תאריך	חתימה	
מכס' 3	022270490	מכס' 3			



מסמך חתום  
דיגיטלי  
cosign מכבי

## מכבי שירותי בריאות

שם: ד"ר ריטר עמוס  
תחום שירות: מומחה ברפואת המשפחה  
כתובת: יותם 6, חיפה  
טלפון: 04-8340280  
פקס: 04-8242899

פרטי הנבדק:

שם משפחה: וינוגרד שם פרטי: מרדכי ת.ז.: 22270490

ת.לדה: 01/02/1966 מין: ז טלפון: 048225590 טל. עבודה/נייד: 0526002631  
כתובת: חוהית 12, חיפה מיקוד 3299210



## אישור רפואי

מיועד ל: כל המעוניין

תלונות:

הפקת טפסים על פי הזמנה מאתר מכבי ...  
כאב גב

אבחנה:

- ELECTRONIC FORMS
- BACKACHE

בעיות ידועות:

- HYPERTENSION (29/10/2006)
- PAROXYSMAL ATRIAL FIBRILLATION (02/2017)
- HYPERCHOLESTEROLEMIA UNS (07/2010)

רגישויות:

26/09/2016 - לא ידוע -  
26/11/2017 - no -

תרופות קבועות:

ACETOSAL 300MG X 30 1X1X90  
PROFEX 300MG X 30 1X3X90  
CARDILOC 2.5MG X 30 1X1X90

הערות:

אין מניעה לטיפול ברפואה משלימה

רישום רפואי זה כפוף לתנאים שלהלן:

הנתונים אשר באישור זה מבוססים על הרישומים שבכרטיס הרפואי, על שמו של הנ"ל במרפאה. רישומים אלה בחלקם מידע שנמסר לרופא המטפל על ידי החולה ובחלקן תוצאות של בדיקות שנעשו על ידי רופאים. קופת חולים, רפואיה וועבדיה האחרים אינם אחראים לאמיתות העובדות שנרשמו לפני / או מפי הוריו או אפוטרופוסו של הנער. ה שיעליו ניתן האישור הזה לפני או בעת הגשת הטיפול הרפואי, או הבדיקה הרפואית ע"י הרופא. כן אין הם אחראים אסביקוראן טיפול או בדיקה מסוימת לא מצאו את ביטויים ברישומים שבכרטיס הרפואי הנ"ל.

03/03/2019

חתימה וחומת הרופא

תאריך

# מכבי טבעי

## רפואה משלימה מבית מכבי שירותי בריאות

מרפאת חיפה, שד' שמחה גולן רבין 54 גרנד קניון, (קומה 5-), טל 04-8119300, פקס: 04-8329325.  
שעות פעילות: א'-ה' 08:00-21:00, ו' 08:00-14:00

כרטיס טיפולים ל: יונגד מרדכי [22270490]

#	מרפאה	תאריך	יום	שעה	רופא/מטפל	טיפול
1	חיפה	21/03/2019	ה	16:40	ביטון רעות	טווינא
2	חיפה	21/03/2019	ה	17:00	ביטון רעות	טווינא
3	חיפה	28/03/2019	ה	16:40	ביטון רעות	טווינא
4	חיפה	28/03/2019	ה	17:00	ביטון רעות	טווינא
5	חיפה	04/04/2019	ה	16:40	ביטון רעות	טווינא
6	חיפה	04/04/2019	ה	17:00	ביטון רעות	טווינא
7	חיפה	11/04/2019	ה	16:40	ביטון רעות	טווינא
8	חיפה	18/04/2019	ה	16:40	ביטון רעות	טווינא
9	חיפה	02/05/2019	ה	16:40	ביטון רעות	טווינא
10	חיפה	16/05/2019	ה	16:40	ביטון רעות	טווינא
טווינא : 10						

לתשומת ליבך,

- בהגיעך למרפאה יש להעביר את כרטיס חבר "מכבי" בעמדת השירות. המטפל יזמין אותך לחדר הטיפול.
- אנו מבקשים להקדים ולהגיע 10 דקות לפני תחילת הטיפול.
- מומלץ להגיע לטיפולים בבגדים נוחים.
- שמירה על רצף הטיפול חשובה להשגת שיפור בבריאותך. אם ברצונך לשנות את מועד הטיפול, יש להודיע על כך 24 שעות מראש ולתאם תור חלופי.
- מכבי טבעי שומרת לעצמה את הזכות לשנות את מועדי הטיפול ו/או את המטפל, בתאום עמך.
- הטיפולים שנקבעו הינם אישיים ואינם ניתנים להעברה.
- בברכת בריאות שלמה,
- צוות מרפאת "מכבי טבעי חיפה".
- התחדשנו! ניתן לזמן, לשנות ולבטל תורים באיזור האישי באתר מכבי טבעי [www.maccabitevi.co.il](http://www.maccabitevi.co.il)

מ.ר גורם מפנה



104076

שם: פויאר מיכל

תחום שירות: פיזיותרפיסטית

כתובת: גולן שמחה 54, חיפה

טלפון: 04-8119200

פקס: 073-2132014

קוד הפניה: 118302544

פרטי הנבדק

ת.ז.: 22270490

שם פרטי: מרדכי

שם משפחה: זינוגרד

טל.עבודה/נייד: 0526002631

טלפון: 048225590

מין: ז

ת.לידה: 01/02/1966

ת.לידה:



מיקוד 3299210

חופית 12, חיפה

כתובת:

0022270490

מרפאת מכבי טבעי

שם המכון:

מכבי טבעי - דרך שמחה גולן 54 גרנד קניון צמוד לפיזיותרפיה "מכבי" חיפה 04-8119300

סיבת הפנייה:

נאבים בטרפזיום RT

משך הבעיה:

כרוני

אבחנת רופא מפנה:

• BACKACHE

אבחנת פיזיותרפיסט:

• THORACIC SPINE PAIN

בעיות פעילות:

- HYPERTENSION (29/10/2006)
- PAROXYSMAL ATRIAL FIBRILLATION (02/2017)
- HYPERCHOLESTEROLEMIA UNS (07/2010)

מעשנת: לא

רגישויות:

לא ידוע

כן

תרופות קבועות:

- ACETOSAL 300MG X 30 {1X1X90}
- PROFEX 300MG X 30 {1X3X90}
- CARDILOC 2.5MG X 30 {1X1X90}

מופנה לרופא מייעץ לקביעת מסלול הטיפול

25/02/2019

  
 חתימה ותותמת  
 פיזיותרפיסט

תאריך

יש להתקשר למרפאה לקביעת פגישת יעוץ עם רופא המרפאה

יש להביא תוצאות של בדיקות רלוונטיות

\*\* נא להצטייד בכרטיס מגנטי \*\*

תאריך הדפסה: 25/02/2019

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורס מפנה



104076

שם: פואר מיכל

תחום שירות: פידיוטרפיסטית

כתובת: גולן שמחה 54, חיפה

טלפון: 04-8119200

פקס: 073-2132014

קוד הפניה: 118302544

פרטי הנבדק

שם משפחה: וינוגרד	שם פרטי: מרדכי	ת.ז.: 22270490
ת.לידה: 01/02/1986	מין: ז	טלפון: 048225590
כתובת: חוהית 12, חיפה	מיקוד: 3299210	טל.עבודה/נייד: 0526002631

0022270490

מרפאת מכבי טבעי

מידע ניתן לקבל במדריך השירותים האינטרנטי של מכבי:

[www.maccabi4u.co.il](http://www.maccabi4u.co.il)

תוקף ההפניה ל-80 יום, מתאריך - 25/02/2019 עד תאריך - 26/05/2019

# מכבי טבעי

רפואה משלימה מבית מכבי שירותי בריאות  
קבלה 210900057134 - מקור

קרן מכבי, מס' עמותה: 580070993

מדינה: ישראל  
תאריך: 25/02/2019  
עבור: יונגד מרדכי, ת"ז: 22270490, ח.פ.: , כתובת: חותית 12, חיפה  
הערות:  
מקושר ל:  
סוג:

סוג תשלום	חברת אשראי	סוג עסקה	כרטיס	סכום
אשראי	לאומיקארד	תשלומים(2)	03510	658.00 ₪
סה"כ: 658.00 ₪				

מספר שובר: 70001050 , עסקה טלפונית: לא , מספר עסק:

- יש להגיע עם כרטיס חבר "מכבי" לכל הטיפולים, ולכל פגישות הייעוץ במרפאה.
- יש להודיע לפחות 24 שעות מראש על ביטול טיפול.
- מחירי הטיפולים הינם על פי מחירון מכבי טבעי. ההטבות של שירותי הבריאות הנוספים תהיינה בתוקף – בכפוף לזכאות המבוטח בשב"ן בעת מימוש הטיפולים. בכל שינוי בתכנית הטיפולים יתכן שינוי בעלות הטיפולים.
- הטבת מבצע 9+1 (במידה ונרכשה), תהיה בתוקף במידה והושלמה הסדרה במלואה והינה בשווי הטיפול בעלות הנמוכה ביותר. ההטבה הינה בכפוף לתקנון המבצע.
- למטופל אחריות בלעדית להודיע על הפסקת הטיפול ולבקש קבלת החזר יתרת הכספים ששולמו וסרם ניתן טיפול בגינם. במידה והמטופל יודיע על הפסקת הטיפולים - היגרה הכספית תוחזר במלואה (בערכי קרן בלבד).
- האמור לעיל הינו בכפוף לתקנון שירותי הבריאות הנוספים של מכבי שירותי בריאות, ולתקנון מכבי טבעי.

חתימה:

הופק על ידי: בקלוב ויקטוריה 17:49 25/02/2019

מקור

# מכבי טבעי

רפואה משלימה מבית מכבי שירותי בריאות  
קבלה 210900057136 - מקור

קרן מכבי, מס' עמותה: 580070993

מדינת ישראל: **מדינת ישראל**  
תאריך: 25/02/2019  
עבור: **יונגרד מרדכי, ת"ז: 22270490, ח.פ., כתובת: חותית 12, חיפה**  
הערות:  
מקושר ל:  
סוג:

סוג תשלום	חברת אשראי	סוג עסקה	כרטיס	סכום
אשראי	לאומיקארד	רגיל	03510	92.00 ₪
				<b>סה"כ: 92.00 ₪</b>

מספר שובר: 70001052, עסקה טלפונית: לא, מספר עסק:

- יש להגיע עם כרטיס חבר "מכבי" לכל הטיפולים, ולכל פגישות הייעוץ במרפאה.
- יש להודיע לפחות 24 שעות מראש על ביטול טיפול.
- מחירי הטיפולים הינם על פי מחירון מכבי טבעי. ההטבות של שירותי הבריאות הנוספים תהיינה בתוקף – בכפוף לזכאות המבוטח בשב"ן בעת מימוש הטיפולים. בכל שינוי בתכנית הטיפולים יתכן שינוי בעלות הטיפולים.
- הטבת מבצע 9+1 (במידה וגורשה), תהיה בתוקף במידה והושלמה הסדרה במלואה והינה בשווי הטיפול בעלות הנמוכה ביותר. ההטבה הינה בכפוף לתקנון המבצע.
- למטופל אחריות בלעדית להודיע על הפסקת הטיפול ולבקש קבלת החזר יתרת הכספים ששולמו וטרם ניתן טיפול בגינם. במידה והמטופל יודיע על הפסקת הטיפולים – היתרה הכספית תוחזר במלואה (בערכי קרן בלבד).
- האמור לעיל הינו בכפוף לתקנון שירותי הבריאות הנוספים של מכבי שירותי בריאות, ולתקנון מכבי טבעי.

חתימה:

מכבי טבעי  
ד"ר חתומה  
ד"ר חתומה  
54  
04-8119300

הופק על ידי: בקלוב ויקטוריה 25/02/2019 17:51

מקור



# וזאת לתעודה

כי

רעות ביטון

מסמך זה מסמך מ. ק. ד. ל. ד. ג. ח.:

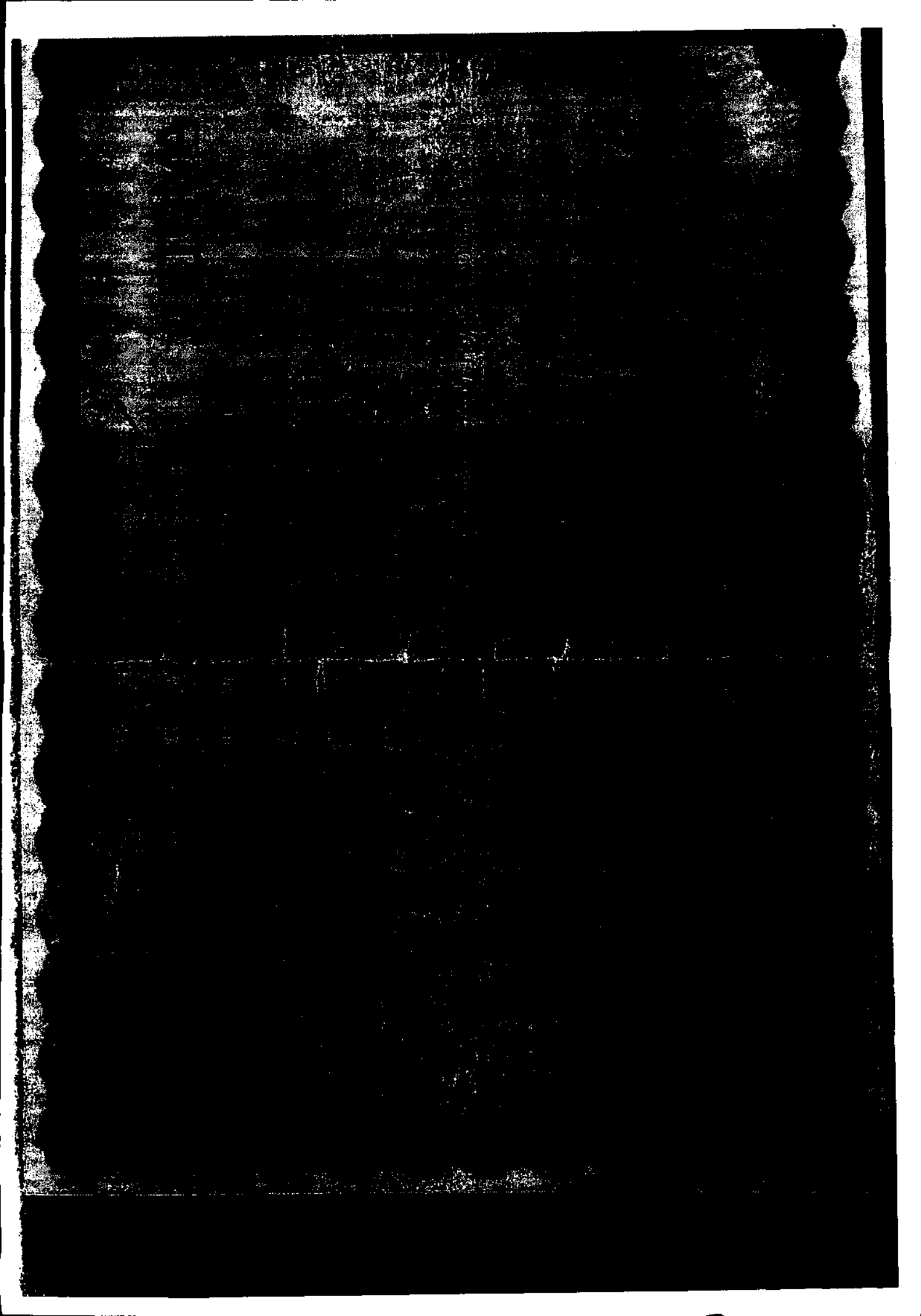
2015

מ. ק. ד. ל. ד. ג. ח.

מ. ק. ד. ל. ד. ג. ח.



ממורה  
מ. ק. ד. ל. ד. ג. ח.



*[Handwritten signature]*

סכום	
תאריך	
למקודת	
PAY TO	
פרטים	
DETAILS	

N) זה"ב  
200 0004 2314 619

31125      42314619

**לאומי**  
**leumi**  
סניף נוח למזון  
חיפה גלבוע 36, 03-9545522  
5231125 10 88231 8242314619

PAY TO THE ORDER OF

**שלמו לפקודת**

**FD-302**  
1005-15

N.I.S.

**SIGNATURE**

**DATF**

תאריך

[illegible]

Cheque No. חש"ב Bank בנק Branch חש"ב X X X X Account No. חש"ב

**ימגד מרדכי ואהובה**  
ת.ז. 022270490 24513764  
חוחית 12 חיפה  
טלפון 04-8225590

בבית לאומי לישראל בע"מ

33211 10/10/10

12 10/10/10  
4-10

HAIFA  
0728991  
25/03/2019 10:06  
ש"מ 1 תר"ט  
Postage  
1'7 0.150



התקבל  
28-03-2019  
כמי מזכירות