

11-04-2019

לכבוד

לוי מירה

צור נתן 10, צור נתן

א.ג.נ.,

הנדון: פנייתך לקבלת החזר כספי על שם . לוי מירה ת.ז. 062690045

מספר פניה 1-2421925931

הריני לאשר בתודה קבלת פנייתך שבנדון.

על מנת שנוכל לטפל בפנייתך לקבלת החזר בגין:

בגין עיסוי רפואי בהתייחס לקבלה מס 0706 מתאריך 01/04/2019 נבקשך להשלים את המסמכים הבאים:

- קבלות מקור. במידה ואין ברשותך קבלות מקור יש להעביר אישור על גובה ההחזר / דחיה מקופ"ח או מגורם מבטח אחר
- הפניה מרופא לביצוע הבדיקה / הטיפול הרשומים לעיל
- צילום צ'ק

לתשומת לבך, את המסמכים ניתן להעביר למחלקת התביעות בדואר, בפקס או בדוא"ל.

קבלות מקור יש להעביר באמצעות הדואר בלבד לכתובת הבאה:

פמי פרימיום לידי מחלקת תביעות בריאות

רח' המשביר 1,

חולון, 5885214

מחלקת תביעות בריאות עומדת לרשותך בכל עת בפקס 03-5688141 או בדוא"ל [tviofil@femi.com](mailto:tviofil@femi.com).

פמי פרימיום מאחלת לך ולבני ביתך בריאות טובה.

בברכה,

אורטל קריף

תביעות בריאות

מבוטח יקר, על מנת שנוכל לטפל בפנייתך באופן יעיל נבקשך למלא טופס תביעה בכל בפניה עתידית לטיפול בתביעה. את הטופס ניתן למצוא באתר האינטרנט של פמי פרימיום בע"מ בכתובת: [www.femi.com](http://www.femi.com) או באמצעות פנייה לנציג שירות לקוחות.

הודעה על תביעה - ביטוח רפואי

שם הסוכן \_\_\_\_\_

מבוטח/ת יקר/ה,

מילוי טופס זה יסייע לטפל בתביעתך ולהגיש לך שירות יעיל ומהיר.  
נא להצטייד בטופס בכל פנייה לשירות רפואי ולהקפיד על מילוי כנדרש.  
לצורך מעקב אחר סטטוס התביעה, יש לוודא תקינות מס' ת.ז. וטלפון נייד.

פרטי המבוטח/ת

062690045	18	ליה							
מס' זהות	שם משפחה	שם פרטי	מס' פוליסה						
		0522782719	4.1.19						
שם כתב השירות	מס' פקס	מס' טלפון	מקום עבודה	תאריך לידה					
LEVY MIRAGNETVISION	306 (ת)		10	306 (ת)					
NET.IL כתובת דוא"ל	"שוב	מס' דירה	מס'	רחוב					

ביטוחים נוספים

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

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

תאריך	נא לפרט את סוג הטיפול: יעוץ רפא / רפואה משלימה / פיזיותרפיה / בדיקות הריון / אחר
1.4.19	10.4.19 / 15.4.19
15.4.19	" " " "

(\*) לכל הוצאה יש לצרף את מסמכי המקור בלבד

10.4.19	ליה	62690045	חתימה
תאריך	שם החותם	מס' זהות	




**Pro-Therapy** נדב עיני  
 מטפלים בגוף הבעיה

מקור

חשבונית מס/קבלה מס' 0706

לכבוד

כתובת

[illegible]

כ"ה

\_\_\_\_\_ % מ"ע מ

ס"ח כ כולל מע"מ

במזמן

מס' השיק \_\_\_\_\_ ד"פ \_\_\_\_\_ בנק \_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_ סכום \_\_\_\_\_

מס' השיק \_\_\_\_\_ ז"פ \_\_\_\_\_ בנק \_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_ סכום \_\_\_\_\_

מס' השיק \_\_\_\_\_ ד"פ \_\_\_\_\_ בנק \_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_ סכום \_\_\_\_\_

בכרטיס אשראי / העברה בנקאית.

## חתימה

תאריך

עוסק מורשה  
029022944



בית לטיפולים ולספורטאים - טיפול ושיקום פציעות ספורט, דיקור, שיאצו, רפלקסולוגיה ומגוון עיסויים  
רח' ששת הימים 5, הוד השרון || טלפקס: 073-7424610 || נייד: 052-2815180  
www.Pro-Therapy.co.il || Protherapy.nadav@gmail.com

מקור

חשבונית מס/קבלה מס' 0714

לכבוד מ"ר נדב עיני

כתובת קור (תל)

כמות	פרטים	מחיר יח'	סכום

מקור

ע"מ: מלא/שקלה  
זכר

סה"כ

מע"מ %

סה"כ כולל מע"מ

250

250

במזומן

מס' השיק \_\_\_\_\_ ז"פ \_\_\_\_\_ בנק \_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_ סכום \_\_\_\_\_

מס' השיק \_\_\_\_\_ ז"פ \_\_\_\_\_ בנק \_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_ סכום \_\_\_\_\_

מס' השיק \_\_\_\_\_ ז"פ \_\_\_\_\_ בנק \_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_ סכום \_\_\_\_\_

בכרטיס אשראי / העברה בנקאית

חתימה נדב עיני

תאריך 10.4.19

4/04/2019  
תאריך

ד"ר שושני דוד  
רפואה ראשון/כלל

מ.ר. : 14834

מרפאה : סניף כוכב יאיר

כתובת : מרכז מסחרי כוכב יאיר

טלפון : 09-7499700

לכבוד : לחב ביטוח

העתק

שלום רב,

אישור רפואי

שם...: לוי מירה	ת.ז. : 1-06269004/5
מגדר: נ	ת.לידה: 4/01/1949
גיל : 70Y 3M	כתובת : ד.נ.שרון התיכון צור נתן 45836
	טלפון : 052-2782749 09-7493576

תלונות של כאבים בכתף השמאלית מזה כחודש,  
מופנית לטיפול פיזיותרפיה עם גלי חום ואולטראסאונד לטיפול  
בכאבים

הופק במקור ע"י ד"ר שושני דוד מ"ר: 14834

מכותבים : לחב ביטוח

\*\*\* המסמך מכיל מידע המוגן על פי חוק הגנת הפרטיות \*\*\*

תאריך הדפסה: 4/04/19



XII Meeting No. 1078, 1961

זה

חירה א.	
SENDER	מאת המרسل
אונסב צה (יט)	
ADDRESS	מען عنوان
ד.נ. שרון / בת צ' 45.8.3.6	
CODE	מיקוד رمز
PLACE	יישוב محل الإقامة
ארץ دولة	
COUNTRY	





ישראל ISRAEL  
בכרזת דואר שולח  
HDD HASHARON  
0605999  
16/04/2019 10:21  
י"א 11.80  
Postage  
0.005

לכבוד אל חצרה כ"ה ס"ד.א.א

ה' מ"ח.א.א.א.א.א

ה' מ"ח.א.א.א.א.א

ח"א 5485214

התקבל

28-04-2019

כמי מזכירות

REGISTERED DIV  
RR493101932 IL  
11.14  
11.14  
11.14  
11.14  
www.israelpost.co.il