

טופס בקשה לאישור טיפול רפואי שאינו בסל הבריאות

מבוטח המבקש טיפול רפואי שאין הוא זכאי לקבלו בהתאם לסל הבריאות, רשאי לפנות לוועדת החריגים של מאחדת בבקשה לאישור הטיפול. הוועדה בוחנת את הבקשות בהתאם לקריטריונים שנקבעו בפסיקת בתי המשפט ובחוזר משרד הבריאות בנושא.

לצורך דיון מושכל בוועדת החריגים, על המבקש להציג בפני הוועדה – באמצעות הרופא המטפל בו - מידע רלבנטי בנוגע למצבו הרפואי, לטיפולים רפואיים שניתנו לו וכן לטיפול המבוקש.

לאור האמור, נבקשך למלא את חלק א' בטופס שלהלן, ולבקש מהרופא המטפל בך למלא את חלק ב'. את הטופס המלא יש להעביר למזכירות במרפאה שלך.

הערה: אם המבקש הוא קטין או פסול-דין, יחתום על הטופס בשמו אחד מהוריו או האפוטרופוסים שלו.

בברכה,

פרופ' מאיר להב
יו"ר ועדת החריגים

הדברים האמורים לעיל מנוסחים בלשון זכר מטעמי נוחות בלבד, אך הם מיועדים לבני שני המינים כאחד.

חלק א' (ימולא ע"י המבוטח)

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ תעודת זהות: _____

כתובת: _____ דואר אלקטרוני: _____

מספר טלפון: _____

הטיפול המבוקש (תרופה או פרוצדורה רפואית): _____

האבחנה (המחלה) בעטיה מוגשת הבקשה: _____

פרטי הרופא שיזם את הבקשה:

שם הרופא: _____

מקום עבודת הרופא: _____

מספר טלפון: _____

תאריך: _____ חתימה: _____

• באפשרותך לצרף לטופס זה מכתב נלווה עבור ועדת החריגים לתמיכה בבקשתך

חלק ב' (ימולא ע"י הרופא המטפל)

בהתאם לחוזר משרד הבריאות בנושא ועדות החריגים מחודש ספטמבר 2023, ועדת החריגים בוחנת את הבקשות שבפניה לאור שיקולים שונים המפורטים בחוזר. על-מנת שלא לפגוע בזכותו של המבוטח, ועל-מנת לאפשר דיון מושכל בוועדה, נודעת חשיבות רבה שהרופא המטפל במבוטח ומכיר את מצבו הרפואי והטיפוליים שניתנו לו, יציג בפני הוועדה מידע מפורט ככל הניתן ביחס לנושאים המפורטים להלן. היעדר התייחסות לנושאים אלו, או התייחסות חלקית בלבד, עלולה להביא לדחיית הבקשה מטעם זה בלבד, לאור הצורך בקבלת הבהרות והשלמת הפרטים החסרים. לאור האמור נודה לקבלת התייחסותך המפורטת לטיפול הרפואי שהינך מבקש מוועדת החריגים לאשר.

ככל שהמקום בטופס איננו מספיק, באפשרותך לצרף מכתב נלווה ובו התייחסות מפורטת לכל הנושאים שלהלן וכן אסמכתאות רלבנטיות:

שם הרופא: _____ מקום עבודת הרופא: _____

מספר טלפון: _____ כתובת דוא"ל: _____

1. הסבר מפורט על אודות מצבו הרפואי של המבוטח, ובכלל זה מהלך מחלתו, קיומן של מחלות רקע נוספות והשפעתן על מהלך המחלה ועל מצבו של המבוטח

2. פירוט הטיפולים שבסל שירותי הבריאות שניתנו למבוטח ותגובתו אליהם

3. פירוט חלופות טיפוליות נוספות במסגרת סל שירותי הבריאות שטרם ניתנו והסיבות לכך

4. תיאור הטיפול המבוקש והנימוקים למתן הטיפול (נא להתייחס למטרת הטיפול, ליעילות הטיפול ומידת הביסוס הרפואי לכך, וכן לבטיחות הטיפול, תוך צירוף ספרות רפואית רלבנטית או הפניה אליה)

5. תיאור תכנית הטיפול, לרבות מינון ומשך הזמן לנתינתו וכן קריטריונים להערכת התגובה לטיפול

6. הערכה בדבר מספר החולים המצויים במצב רפואי דומה לזה של המבוטח

7. נסיבות ייחודיות של המקרה ככל שישנן

8. נא לציין פרטים ליצירת קשר (כתובת דוא"ל ומספר טלפון)

9. נא לציין אם ברצונך לטעון בפני הוועדה

הדברים האמורים לעיל מנוסחים בלשון זכר מטעמי נוחות בלבד, אך הם מיועדים לבני שני המינים כאחד.