



בקשה לקבלת מענק בריאות

תאריך: _____

שם _____ משפחה _____ מס' ת.ז. _____ מס' תיק _____

כתובת מלאה _____ טלפון _____ נייד _____

סיבת הבקשה:

נא לצרף מסמכים מתאימים

עבור מענק בריאות יש לצרף:

- הצהרת מענק בריאות
- סימוכין לתשלום:

קבלות תשלום שתאריכן שנה אחורה בלבד, ניתן להגיש **העתק!**
או הצעת מחיר לטיפול (במקרה כזה הציק ישלח לרופא המטפל).

סוג הטיפולים שניתן להגיש עבורן בקשת מענק:

- טיפולי שיניים
- טיפולים אלטרנטיביים (יש להציג אישור רפואי על בעיה המצריכה טיפול אלטרנטיבי)
- ייעוץ רפואי (בתנאי שכבר מוצתה זכות להחזר על ייעוץ ממשרד הביטחון)
- ניתוח
- טיפול רפואי בתחום אחר

לא ניתן להגיש - קבלות על תרופות, משחות, קרמים, תוספי מזון וכיוצא בזה.

חתימה: _____