

נוהל הגשת בקשה להכרה בהחזר ימי מחלה עקב

"שמירת הריון"

1. נוהל הגשת בקשה:

בקשה להכרה יש להגיש אך ורק בצירוף מסמכים הרפואיים וסגליים המלאים:

א. הפניה רפואית מנומקת (קוד שירות: OCCUP, "בקשה להחזר ימי מחלה עבור נשים בשמירת הריון"):

1) מסלול "ירוק" לדיון ללא נוכחות במפגש אצל רופא תעסוקתי מומחה- במידה ויש אינדיקציה לסימון קריטריון מוביל אחד לפחות, בהתאם לקריטריונים אשר מוגנים בהו"ק 120.021 ;

2) מסלול "צהוב" לדיון אצל רופא תעסוקתי במפגש בנוכחות בהתאם לדרכי תקשורת בהתאם לסיף 2.

ב. במלל של הבקשה יש להקפיד למלא פרטים הבאים:

1) פירוט בקשה אישית/בקשה רפואית (נימוק וטווח תאריכים מדויק (נספח א'));

2) נגררת "חוו"ל" (יש לוודא שתקופה המבוקשת לא חופפת שהייה בחוו"ל);

3) כל מידע רפואי אובייקטיבי אשר נוגע למצב הרפואי בזמן ההיריון לרבות: סיכום פניה למיון, אשפוז, מעקב התפתחות העובר, חוות דעת גניקולוגיות, תוצאות של בדיקות מוניטור עוברי (NST או דו"ח מוניטור) וכיו"ב.

2. דרכי תקשורת (למקרה של מסלול "צהוב"):

א. במייל צבאי, זימון תורים מקול הלב: "תעסוקתית" Ctrl + k .SMS :052-9990110

ב. תיבת מייל אזרחית(עבור הפורשים וגמלאים): Med.Tasukatit@digital.idf.il

ג. קביעת תור עבור המשרתים חיל האוויר- What's app :052-9271494

ד. קביעת תור עבור המשרתים חיל הים- What's app :052-3468365

ה. קביעת תור עבור המשרתים חיל המודיעין- What's app :052-3101135

3. הערות:

א. ניתן לקבל החזר ימי מחלה אך ורק עד שבוע 37 בהריון חד עומרי, ועד שבוע 36 בהריון 36 מרבה עומרי;

- ב. יודגש כי אין בעצם הגשת הבקשה ערבות לכך שהבקשה תתקבל וכי ההכרה תינתן על כל תקופת
השהות בימי מחלה ;
- ג. בקשה אשר תוגש באופן לא מלא בהתאם לנוהל זה- לא תידון ;
- ד. ערעור על החלטה של רופא תעסוקתי ניתן להגיש לרתי"ח רפואה תעסוקתית בלבד בצירוף מכתב
נימוק בכתב.
- ה. הזנה של ההחלטה רפואית (טופס 102) באחריות של הפרט דרך גורמי כ"א ביחידה ומדור
תיקוני רשומת מקמש"ר.

נספח א'

טופס בקשה אישי עבור הרופא

מספר אישי	דרגה	שם מלא	מספר מקצוע	תפקיד
פיקוד / זרוע	יחידה	ותק במקצוע	ותק בתפקיד	
מספר טלפון נייד: _____ מספר חלופי: _____				

הנני מבקש בזאת לבחון הכרה בימי מחלה שניתנו לי במהלך ועקב פגיעת שירות כמפורט להלן:

1. תקופת ההכרה המבוקשת (יש למלא טופס נפרד עבור כל אירוע / מחלה):

מתאריך: ____ / ____ / ____ עד תאריך ____ / ____ / ____ סה"כ _____

מתאריך: ____ / ____ / ____ עד תאריך ____ / ____ / ____ סה"כ _____

מתאריך: ____ / ____ / ____ עד תאריך ____ / ____ / ____ סה"כ _____

מתאריך: ____ / ____ / ____ עד תאריך ____ / ____ / ____ סה"כ _____

מתאריך: ____ / ____ / ____ עד תאריך ____ / ____ / ____ סה"כ _____

סה"כ ימי ההכרה המבוקשים:

2. הסבר מפורט עבור ימי המחלה מבוקשים להחזר:

תאריך: ____ / ____ / ____	חתימה: _____
---------------------------	--------------