

נוהל בקשת החזר ימי מחלה עקב פציעה בתפקיד או מחלת שירות.

I. נוהל הגשת הבקשה :

1. מילוי טופס בקשה (נספח א');
2. טופס בקשה נפרד עבור כל אירוע/סיבה רפואית;
3. יש לנמק את סיבת הבקשה והנסיבות הקושרות בין האירוע לשירות הצבאי;
4. יש להקפיד על הגשת מסמכים התואמים באופן מדויק את תקופות החזר המבוקשות **בהתאם לרישומת השלישותית**;
5. עבור כל בקשת החזר חובה לצרף **מסמכים רפואיים התואמים בתאריכים** ואשר מפרטים את ימי המחלה שניתנו;
6. רשימת תיוג של כלל המסמכים הנדרשים לטובת הגשת הבקשה מפורטים בנספח ב'.

II. דרכי תקשורת :

1. במייל צבאי, זימון תורים מקול הלב: "תעסוקתית" Ctrl + k .SMS :052-9990110
2. תיבת מייל אזרחית(עבור הפורשים וגמלאים): Med.Tasukatit@digital.idf.il
3. קביעת תור עבור המשרתים חיל האוויר- What's app :052-9271494
4. קביעת תור עבור המשרתים חיל הים- What's app :052-3468365
5. קביעת תור עבור המשרתים חיל המודיעין- What's app :052-3101135

III. הערות :

1. בקשה אשר תוגש באופן חסר וללא צירוף כלל המסמכים הנדרשים - לא תידון;
2. לאחר שבוצע דיון ענייני בדבר קיומו או העדרו של קשר סיבתי בין ימי המחלה לשירות אין אפשרות לערער על הקביעה אלא אם באמצעות המצאת מסמכים המעידים על הכרה מטעם אגף השיקום / המוסד לביטוח לאומי (נכות בעבודה);
3. הזנה של ההחלטה רפואית (טופס 102) באחריות של הפרט דרך גורמי כ"א ביחידה ומדור תיקוני רשומת מקמש"ר.

נספח ב'

פירוט של כלל המסמכים שיש לצרף לבקשה:

(פניה ללא צירוף כלל המסמכים לא תידון)

- מכתב בקשה אישי מפורט (בנוגע לכל יום/רצף ימים, שפרט מבקש להחזיר);
- נגירת חופשות מחלה/סיפוחים/הצבות/מצבי שרות/ימי מחלה (מידע אשר המפרט את ימי המחלה שירדו ושבינם נדרשת ההכרה. ניתן לקבל מגורמי שלישות/מופת);
- חומר רפואי/אישור מודפס (לא מסמכי מקור), אשר מקשר את הרקע של מימוש בימי מחלה לבין נגירות הרשומות לעיל;
- במידה ומדובר בחבלה/פציעה בתפקיד במהלך ועקב שירות הצבאי (חובה לצרף טופס 141 תקני (דו"ח פציעה));
- במידה ומדובר במחלה אשר נגרמה עקב חשיפה במסגרת התפקיד ל- Covid 19 – באחריות הפרט לאתר מסמך בדבר חקירה אפידמיולוגית (כולל חקירת מגעים).
- במידה ומדור בימי מחלה עקב שהיה בבידוד עקב Covid 19- יש לפנות למוקד באכ"א, "בידוד קורונה" CTRL+K.
- במידה ומדובר במחלת מקצוע/מיקרוטראומה (חובה לצרף אישור רפואי של רופא תעסוקתי);
- במידה וקיימת הכרה מאגף השיקום יש לצרף את החלטה באופן מלא, כולל פירוט אחוזי נכות.

נספח א'

טופס בקשה אישי

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: _____
---------------------------	--------------