

הצהרה לעניין ניפוק תרופות לנוסעים לחו"ל לתקופה של עד 3 חודשים.

אני הח"מ _____ נושא ת.ז. _____ מזהיר

בזאת כדלקמן:

ברצוני לרכוש תרופות המיועדות לטיפול כרוני אותו אני מקבל בישראל, לתקופה העולה על חודש ימי טיפול (עד מקסימום שלושה חודשי טיפול), עקב נסיעה לחו"ל.

תאריך היציאה: _____

תאריך החזרה: _____

1. ידוע לי כי התרופה ניתנת כחלק ממשטר טיפולי שניתן לי בישראל וכי מכבי אינה אחראית למצבי הרפואי בחו"ל, הן בקשר עם מתן התרופה והן בכלל.
2. ידוע לי כי מכבי לא תישא באחריות לכל נזק שיגרם לי בקשר עם מתן התרופה בחו"ל, לרבות נזק גופני ו/או כספי (לרבות ניפוק תרופות חליפיות בהשתתפות מכבי), הנגרם כתוצאה משימוש לא נכון ו/או אחסון לקוי (לרבות: שבר, קלקול עקב אחסון בטמפרטורה לא נכונה) במהלך הטיסות והשהות בחו"ל ו/או כתוצאה ממעשה או מחדל שלי ו/או של צד שלישי.
3. ידוע לי כי אני נדרש להקפיד על הוראות נטילת התרופה והוראות אחסונה לפי הוראות הרופא ועלון הצרכן, במהלך הטיסות והשהות בחו"ל.
4. ידוע לי שהטבה זו ניתנת למימוש אחת לשנה קלנדרית בלבד.
5. מומלץ להיוועץ ברופא בכל מקרה של שינוי במצב הרפואי.

פרטי המבוטח/ת (שם ומשפחה): _____

חתימת המבוטח/ת: _____

תאריך: _____

הערה: טופס זה יישאר בבית המרקחת, ויוצמד למרשמי המבוטח
העתק ימסר למטופל