

30 ביולי 2013

רוקחים נכבדים,

שלום רב,

להלן שני עדכונים חשובים, נודה לכם על קריאתם בעיון :

1. שינוי נוהל ניפוק מרשמים לנוסעים לחו"ל.
2. חסימת האפשרות לנפק מרשמים מעבר ל 3 ימים לפני תחילת תוקפם.

1. נוהל ניפוק מרשמים לנוסעים לחו"ל - החל מ 1/8/2013

- א. המבוטח היוצא לחו"ל יוכל לקבל תרופות עד ל 90 יום לכל היותר.
- ב. אין צורך להציג כרטיס נסיעה לחו"ל , אך על בית המרקחת להחתים את המבוטח על הצהרה (ראו להלן) .
- ג. על בית המרקחת להתקשר למוקד בתי המרקחת על מנת לקבל אישור לפתיחת האפשרות לניפוק המרשם העתידי (כלומר : זה שטרם נכנס לתוקף).
- ד. האישור לניפוק מרשמים כנ"ל ינתן רק פעם אחת בשנה קלנדרית.
- ה. המוקד יבדוק את הנתונים ואת זכאות המבוטח ויקים אישור ניפוק בהתאם לממצאי בדיקתו.
- ו. לא ניתן יהיה לנפק את המרשמים העתידיים בלא קבלת האישור מן המוקד.
- ז. על בית המרקחת יהיה להמתין עד 5 דקות על מנת שהאישור יעבור במערכת המחשב ואז יוכל להעביר את המרשמים.
- ח. האישור יהיה תקף עד לסוף היום בו ניתן (עד לשעה 24:00)
- ט. חובה להחתים את המבוטח על הצהרה המצורפת בהמשך.
- י. עותק מן הצהרה יימסר למבוטח ועותק נוסף ממנה יצורף על ידי בית המרקחת למרשמים שנופקו.
- יא. מספר הטלפון של המוקד הינו 03-7463800.

2. חסימת האפשרות לנפק מרשמים מעבר ל 3 ימים לפני תחילת תוקפם.

החל מ 1/8/2013 - לא ניתן יהיה לנפק מרשמים מעבר ל- 3 ימים לפני תחילת תוקפם, אלא אם מדובר על נסיעה לחו"ל כאמור לעיל.
אין להתקשר למוקד - כי לא יינתן אישור במקרה שהקדמה אינה נובעת מנסיעה לחו"ל.

בכבוד רב ,
מחלקת בתי מרקחת פרטיים
מכבי שירותי בריאות

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

אני הח"מ _____ נושא ת.ז. _____ מצהיר

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): _____

תאריך: _____

חתימת המבוטח/ת: _____

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