



**Freiberg Raskin**  
**Law Office**

Ariel Freiberg, Adv.  
Igal Raskin, Adv.

**פרייברג רסקין**  
**משרד עורכי דין**

אריאל פרייברג, עו"ד  
יגאל רסקין, עו"ד



דצמבר 2025  
Office@freiberg-law.com

מבלי לפגוע בזכויות

**לכבוד**

**קופת חולים כללית**

**בפקס: 086627228**

א.ג.נ, שלום רב,

**הנדון: מסרי אלקרנאוי, ת.ז. 326096526**

**הסדרת תשלום מד"א מיום 3/9/24**

1. הנני מייצג את מרשי שבנדון בעקבות תאונת דרכים בה נפגע ופונה באמצעות מד"א לבית החולים ברזילי.
  2. המדובר הוא בתאונת עבודה אשר הוכרה ע"י המוסד לביטוח לאומי **רצ"ב אישור הכרה**.
  3. אודה לטיפולכם המסור בהסדרת תשלום מד"א – אגרת חיוב שמספרה 105536933 ע"ס 572.
  4. **רצ"ב שובר חוב** לעיונכם וטיפולכם המסור והמהיר אודה.
- רצ"ב יפוי כח ווסר חתומים בידי מרשי.**

**בכבוד רב**

**אריאל פרייברג, עו"ד**



דף 1 מתוך 3

תיק:  
326096526-60-01  
ה' בחשון, תשפ"ה  
06 בנובמבר 2024

לכבוד  
מסרי אלקרנאוי שם האב: איניס ת.ז. 326096526  
אלנג'אח 163  
רהט 8535700  
600-914-000



מספר תיק: 32609652-6  
תאריך פגיעה: 03/09/2024

אדון נכבד,

### תביעתך לדמי פגיעה, תאונה מתאריך 03/09/2024

הננו מאשרים כי הכרנו בפגיעה מתאריך 03/09/2024 כתאונת עבודה.

הפגימות שהוכרו כתוצאה מהתאונה:

צוואר וגב תחתון

על פי המידע שבידינו אתה חבר בקופת חולים שירותי בריאות כללית.

לקבלת החזר הוצאות הריפוי בגין הפגיעה, יש לפנות עם אישור זה לקופת החולים.

- קצבת נכות מהעבודה
- באפשרותך להגיש תביעה לקצבת נכות מעבודה תוך 12 חודשים ממועד ההכרה בפגיעתך (06/11/2024), באמצעות אתר הביטוח לאומי או בסניף הקרוב לביתך.
- הגשת התביעה לאחר 12 חודשים עלולה לפגוע בתקופת הזכאות לתשלום (לפי סעיף 296 ו/או סעיף 107 לחוק הביטוח הלאומי).
- אחרי הגשת התביעה יישלח אליך זימון לוועדה רפואית שתקבע אם הפגיעה הותרה נכות שעבודה תהיה זכאות לקצבה.
- אפשר לקבל ייעוץ והכנה לוועדה הרפואית ללא עלות במרכז "יד מכוונת", \*2496 או באתר האינטרנט.

בכבוד רב

פקיד תביעות

המוסד לביטוח לאומי



326096526-60-01 בל-1767

BTL.GOV.IL



טל: 6050\* או 1-222-6050  
פקס: 08-6295358  
שעות מענה:  
ראשון עד חמישי 08:00 עד 17:00

סניף באר שבע

וולפסון 6

באר שבע 8410501

קבלת קהל: ראשון, שלישי, חמישי 8:30 עד 13:00



דף 2 מתוך 3

## זכויות נפגע עבודה לקבלת טיפול רפואי

נפגע עבודה זכאי לכל טיפול רפואי שדרוש לו לצורך ריפוי, החלמה ושיקום רפואי בכל הקשור לפגיעה שהוכרה בביטוח הלאומי.

הטיפול הרפואי שאתה זכאי לו כולל: אשפוז (כולל אשפוז סיעודי או טיפול סיעודי בביתך), תרופות, בדיקות רפואיות, צילומים, ניתוחים, מכשירים אורתופדיים וכל אביזר רפואי שדרוש.

שים לב! נפגע עבודה זכאי לטיפול רפואי רק עבור הפגיעה שהוכרה בביטוח הלאומי.

### קבלת טיפול רפואי בקופת החולים

קופת החולים שאתה חבר בה תעניק לך את הטיפול הרפואי, כולל טיפול שאינו כלול בסל הבריאות. הקופה מחויבת לתת לך שירותי רפואה לפי מיטב הידע המקצועי, השירותים והמכשור הקיימים במערכת הרפואה הציבורית בישראל, ובהתאם לצורך הרפואי.

המימון לטיפול הרפואי מוסדר בין הביטוח הלאומי לקופת החולים, ואין צורך לשלם על הטיפול.

הטיפול הרפואי שאתה זכאי לקבל מקופת החולים עבור פגיעתך שהוכרה, כולל:

- **תרופות** – אתה פטור מתשלום עבור תרופות, או זכאי להחזר כספי בהתאם למחירן של קופת החולים.
- **בדיקות רפואיות** – אתה פטור מתשלום עבור ביקורים אצל רופא, בדיקות, טפסי התחייבות צילומים וטיפולים במכונים, או זכאי להחזר כספי בהתאם למחירן של קופת החולים.
- **ציוד רפואי** – אתה פטור מתשלום עבור ציוד רפואי, או זכאי להחזר כספי בהתאם למחירן של קופת החולים.
- **החזר נסיעות** – אתה זכאי להחזר הוצאות נסיעה לצורך קבלת טיפול רפואי לפי התעריפים המקובלים בתחבורה הציבורית, ולאחר אישור של רופא הקופה. אם רופא הקופה קבע כי מצבך הבריאותי אינו מאפשר שימוש בתחבורה ציבורית, אתה זכאי להחזר עבור נסיעה באמצעי תחבורה אחרים כמו מונית או אמבולנס.
- **פינוי באמבולנס ביום הפגיעה** – אם ביום הפגיעה אמבולנס פונה אותך לצורך קבלת טיפול רפואי ראשוני, אתה זכאי לקבל החזר הוצאות עבור הפינוי מקופת החולים. כדי לקבל את הטיפול הרפואי, עליך לפנות לקופת החולים שאתה חבר בה, ולהציג את אישור ההכרה בפגיעתך ואת פרוטוקול הוועדה הרפואית, לפי בקשת הקופה. רופא קופת החולים הוא שקובע את היקף הטיפול הרפואי. באפשרותך לערער על החלטת רופא הקופה – את הערעור עליך להגיש בהתאם לסוג הטיפול:
- טיפול הכלול בסל הבריאות - עליך להגיש ערעור לנציבות קבילות הציבור במשרד הבריאות.
- טיפול שאינו כלול בסל הבריאות - עליך להגיש ערעור למחלקת נפגעי עבודה בסניף הביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך.

## קבלת טיפול רפואי באופן פרטי

אתה עשוי להיות זכאי לטיפול רפואי פרטי במקרים הבאים בלבד:

- **עזרה רפואית ראשונית דחופה** - כאשר אין באפשרותך לקבל את הטיפול במסגרת קופת החולים.
- **טיפול רפואי בהסכמת הקופה** - טיפול רפואי פרטי שהקופה הסכימה מראש ובכתב לממן אותו, על אף שלא בוצע אצלה.
- **טיפול שיניים** - תוכל לקבל מקופת החולים החזר הוצאות על טיפול שיניים. רצוי לתאם את טיפולי השיניים עם קופת החולים טרם ביצועם, כדי שתדע מראש אלו טיפולים הקופה תממן ומה סכום ההחזר. ההחזר משולם בתנאים הבאים:
  1. רופא קופת החולים קבע את טיפול השיניים בהתאם לפגיעה שהוכרה
  2. החזר ההוצאות יהיה לפי תעריף קופת החולים

אנו מאחלים לך בריאות והחלמה מהירה!

מדא הינו מוסד ציבורי הפטור מניכוי מס תיק מ"ה 500502059

פרטי הנסיעה

תאריך: 03/09/2024 שעה: 07:09  
השרות שניתן: תאונת דרכים רגיל קוד מבצעי: 1496  
סכום: 572 העברה מ: קרית גת אל: ברזילי-אשקלון

פרטי החולה

שם פרטי: מסרי שם משפחה: אלקרנאוי ת.ז: 326096526  
כתובת החולה: רחוב: רהט מספר בית: 214 ישוב: רהט  
נייד 0525284962 חבר קופ"ח: כללית

פרטי המתחייב

שם פרטי: מסרי שם משפחה: אלקרנאוי ת.ז: 326096526  
כתובת: עיר: רהט רחוב: רהט מספר בית: 214

סכום קרן החוב הינה : 572 שקל

ניתן לשלם את החוב באחת הדרכים הבאות:

- תוך שימוש בהודעת הזיכוי שבספח טופס זה באמצעות כל אחד מהבנקים.
- תשלום באמצעות כרטיס אשראי בטלפון 1-800-390-101.
- משלוח המחאה לפקודת מגן דוד אדום, למוטב בלבד, בצרף מכתב זה לכתובת: הפלדה 5 אור יהודה 6021805.
- באמצעות כרטיס אשראי באתר האינטרנט של מד"א : [www.mdais.org](http://www.mdais.org)

עליך לשלם/להסדיר את החוב תוך 30 יום מקבלת הודעה זו או 60 יום משליחת הודעה זו (ולא יאוחר מהמועד האחרון מבניהם).

**במידה והחוב לא ישולם במועד, מד"א מחויבת לפעול לשם גביית החוב בכל האמצעים העומדים לרשותה לרבות הטלת עיקולים. עלויות הגבייה יושמו עלייך באופן מלא ולכן אנא המנע/י מעוגמת נפש מיותרת והסדר/י חובך בזמן!**

לבירורים נוספים ניתן לפנות לאתר האינטרנט [www.mdais.org](http://www.mdais.org) או למוקד הגבייה של מד"א טלפון 1800-390-101

הודעת זיכוי מס' 105536933 ברקוד לתשלום בסניפי הדואר



מקום תשלום:  
בכל הבנקים (כולל בנק הדואר)



מסמך זה ישמש קבלה רק לאחר  
הטבעת חותמת הבנק וחתימת הפקיד.

ניתן לשלם באתר האינטרנט - [www.mdais.org](http://www.mdais.org)  
או במוקד הגבייה: 1800-390-101

- קוד מוטב: 6202917
- לתשלום בכל הבנקים  
לזכות  
10-814-255000/00

הסכום לתשלום

ש חמש מאות שבעים ושניים שקלים חדשים 572 (3)

## י פ ו י כ ח

אני הח"מ, סמי אלכריאי, מס' 326096526, מרחוב אלנזלח 163, רמת 8535700,  
ת.ז. מס' 326096526, את עו"ד אריאל פרייברג ו/או להיות באי כוחי במשפט של  
ממנה בזה נגד בענין תאונת דרכים מיום  
מבלי לפגוע בכלליות המינוי הנ"ל יהיה בא כוחי רשאי לעשות ולפעול בשמי ובמקומי בכל  
הפעולות הבאות, כולל ומקצתן, הכל בקשר לענין הנ"ל והנובע ממנו כדלקמן:

1. לחתום על ולהגיש כל תביעה או תביעה שכנגד, ו/או כל בקשה, הגנה, התנגדות, בקשה למתן רשות לערער, ערעור, הודעה, טענה, תובענה או כל הליך אחר הנוגע או הנובע מהליך הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.
2. לחתום על ו/או לשלוח התראות נוטריוניות או אחרות, לדרוש הכרזת פשיטת רגל, או פרוק גוף משפטי ולעשות את כל הפעולות הקשורות והנובעות מהענין הנ"ל.
3. לבקש ולקבל חוות דעת רפואית מכל רופא או מוסד שבדק אותי או חוות דעת אחרת הנוגעת לענין הנ"ל.
4. להופיע בקשר לכל אחת מהפעולות הנ"ל בפני כל בית משפט, בית דין או מוסד בו הוגש יפוי הכת, בדרגה בה הוגש.
5. למסור כל ענין הנוגע או הנובע מהענין האמור לעיל לבוררות ולחתום על שטר בוררין כפי שבא כוחי ימצא לנכון.
6. להזמין עדים, למנות מומחים ולעשות כל הפעולות הדרושות לפי תקנות סדרי הדין הקיימים.
7. להתפשר בכל ענין הנוגע או הנובע מהענינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של בא כוחי ולחתום על הסכם פשרה בבית המשפט או מחוצה לו.
8. לגבות את סכום התביעה או כל סכום אחר בכל ענין מהענינים הנ"ל, לרבות הוצאות בימ"ש ושכר טרחת עו"ד, לקבל בשמי כל מסמך וחפץ ולתת קבלות ושחרורים כפי שבא כוחי ימצא לנכון ולמתאים.
9. להוציא לפועל כל פס"ד או החלטה או צו, לדרוש צווי מכירה או פקודות מאסר, לעשות כל הפעולות המותרות עפ"י חוק ההוצאה לפועל.
10. לנקוט בכל הפעולות ולחתום על כל מסמך או כתב בלי יוצא מן הכלל, אשר בא כוחי ימצא לנכון בכל ענין הנובע מהענין הנ"ל.
11. להודות או לכפור באישום שלא בנוכחותי ו/או בהעדרי.
12. להופיע בשמי וליצגני בפני רושם הקרקעות, במשרדי ספרי אחוזה, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה, הצהרה ומסמכים אחרים למיניהם ולבצע בשמי כל עיסקה המוכרת ע"י החוק וליתן הצהרות, קבלות ואישורים ולקבל כל מסמך שאני רשאי לקבלו עפ"י דין.
13. ליצגני ולהופיע בשמי בפני רשם החברות, רשם השותפויות, רשם העמותות ורשם האגודות השיתופיות, לחתום בשמי או במקומי על כל בקשה או מסמך אחר בקשר לרישום גוף משפטי, לטפל ברישומי או במחיקתו של כל גוף משפטי ולטפל בכל דבר הנוגע לו ולבצע כל פעולה בקשר לאותו גוף משפטי.

14. לטפל בשמי בכל הקשור לרישום פטנט, סימני מסחר וכן בכל זכויות אחרות המוכרות ע"י החוק.

15. להעביר יפוי כח זה על כל הסמכויות שבו או חלק מהן לעו"ד אחר עם זכות העברה לאחרים, לפטרם ולמנות אחרים במקומם ולנהל את עניני הנ"ל לפי ראות עיניו ובכלל לעשות את כל הצעדים שימצא לנכון ומועיל בקשר עם המשפט או עם עניני הנ"ל, והנני מאשר את מעשיו או מעשי ממלאי המקום בתוקף יפוי כח זה מראש.

המילים הבאות ביחיד תכלולנה את הרבים ולהיפך.

### ולראיה באתי על החתום

היום 05 לחודש 05 שנה 2025

חתימה: X 

הנני מאשר את חתימת מרשי הנ"ל

  
אריאל פריברג, עו"ד  
מ.ע. 6254

## טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

|                            |                                |                       |                           |
|----------------------------|--------------------------------|-----------------------|---------------------------|
| <u>0'k</u><br>שם האב       | <u>326096526</u><br>תעודת זהות | <u>מסי</u><br>שם פרטי | <u>אלקנאי</u><br>שם משפחה |
| <u>0525284962</u><br>טלפון | <u>8535700</u><br>מיקוד        | <u>רהב</u><br>עיר     | <u>163</u><br>מס'         |
|                            |                                |                       | <u>רחוב</u>               |

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הבטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור ל- \_\_\_\_\_ (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א – 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופת-החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.

למרות האמור לעיל לא יחול כתב ויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: \_\_\_\_\_  
או על המידע המפורט להלן: \_\_\_\_\_

חלק ב' בא"י  
שם קופ"ח: \_\_\_\_\_ סניף: \_\_\_\_\_ מס' חבר: \_\_\_\_\_ שם המוסד: \_\_\_\_\_  
רופאים: \_\_\_\_\_  
מכונים, מעבדות: \_\_\_\_\_  
1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_  
1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

מס' אישי בצה"ל: \_\_\_\_\_ שם קופ"ח קודמת: \_\_\_\_\_

במקרה של קטין: שם האם \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ שם האב \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

תאריך: 5/5/25 עד לחתימה ומס' ת.ז. אריאל פרייבליג, עו"ד חתימה: \_\_\_\_\_ X

מ.ר. 62254