

אישור טיפול במסגרת אשפוז בית

הריני לציין כי מר/ גב': ברידו ג'רום גב

בעלת ת.ז מס: 321436743

מבוטח/ת של קופת חולים: מכבי

מטופל/ת במסגרת אשפוז בית של חברת נבולה' (מטעם קופ"ח: מכבי)

מתאריך: 19/11/2025

*במידה והמטופל שוחרר ממסגרת אשפוז בית:

אשפוז בית מתאריך:

אשפוז בית עד לתאריך:

בברכה,

נבולה' - מוקד שירות לקוחות 048201277 / מוקד בריאות הנפש 0732527604 מערך אשפוז בית נבולה'



חתימה: ראניה טרביה

רישיון:

רישיון מומחה: