

חשוב לנו שתדעו

- תאריך ההצטרפות לתכניות זהב ו/או פלטינום ("התכניות") הוא יום קבלת הטופס תקין וחתום אצלנו.
- החיוב הראשון במערכות כללית עלול להיות גבוה מהרגיל, משום שכלל בו גם תשלום יחסי על התקופה שמיום ההצטרפות עד למועד החיוב החודשי הקבוע.
- הצירוף יעודכן במערכות הכללית בתוך 72 שעות. כרטיס מושלם, בצירוף ספר שירות ותקנון, יישלח לכתובת של כל אחד מהמצטרפים המפורטים לעיל תוך 14 ימי עסקים.
- לזכויות הלקוחות מתוך חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, ראה/י בצדו האחורי של הטופס.
- זכאות לשירותי הבריאות בתכניות מותנית בתקופות אכשרה (המתנה) שבין 0 ל-24 חודשים, כמפורט בהמשך.
- לדוגמה: תרופות - ניתן למימוש בתום 3 חודשים מיום ההצטרפות לתכנית "מושלם זהב"; סל לנשים בהיריון - ניתן למימוש בתום 6 חודשים מיום ההצטרפות לתכנית "מושלם פלטינום".
- תקופות האכשרה בתכניות "כללית מושלם" במעבר לכללית מקופת חולים אחרת יהיו כמפורט בהמשך. הוותק של הלקוחות בתכניות השונות ייקבע על בסיס אישור הוותק והכיסויים שהיו להם בקופה הקודמת, אשר יומצא לכללית.
- לקוח עובר קופה - על מנת לשמור על הוותק ועל רצף הזכויות בתוכנית אליהן צורפת, יש לשלוח אישור ותק מקופת חולים הקודמת בה היית חבר לכתובת מייל: Tiful_Mushlam@clalit.org.il
- לא ניתן להצטרף לתכנית "מושלם פלטינום" ללא הצטרפות לתכנית "מושלם זהב".
- שימו לב, התקנון הוא המסמך הקובע והמחייב של התנאים בכל תכנית והוא מתעדכן מעת לעת. תוכלו לעיין בתקנון גם באתר האינטרנט של כללית מושלם בכתובת: mushlam.clalit.co.il
- תנאי התכניות כפופים לאישור משרד הבריאות ולהנחייתו כפי שהיו מעת לעת. שינויים שיחויבו על-ידי משרד הבריאות יחולו למפרע.
- אני מסכים/ה כי פרטיי הנייל ישמשו את הכללית למשלוח מידע על שירותים וזכאויות בתכנית וכן להצעות שיווקיות ודברי פרסומת של שירותים בכללית.

□ אני מאשר/ת לכללית להעביר את פרטיי ל "הראל חברה לביטוח" בע"מ, על מנת שתוכל להציע לי להצטרף לפוליסה קבוצתית לביטוח סיעודי, המיועדת לחברי הכללית ("סיעודי מושלם פלוס").

בחתמתו זו אני מצהיר/ה, כי הנני מיופה כוח של כל אחד מהמצטרפים המפורטים לעיל לצורך צירופם לתכנית "כללית מושלם". אני מאשר/ת, כי קראתי את הנספח לטופס זה על כל חלקיו והוא ידוע ובהיר לי ולכל המצטרפים במסגרת בקשת הצטרפות זו.

שם המשלם: _____ ת"ז המשלם: _____

חתימת המשלם: _____ תאריך: _____

הנני מבקש לכלול את המצטרפים לתכניות "כללית מושלם", כפי שפורטו בטופס זה, להסדר תשלומים באמצעות הרשאה לחיוב, באופן בו ההרשאה תחול על כלל השירותים הכרוכים בתשלום אשר יסופקו להם במסגרת התכניות. ההרשאה תבוצע באמצעות כרטיס האשראי שהוצא על שמי, כמפורט להלן.

הרשאה לחיוב באמצעות כרטיס אשראי

הבחר באפשרות זו פטור מחתימה על הוראה לחיוב חשבון הבנק

סוג הכרטיס: דינרס ישראלרס ויזה אמריקן אקספרס לאומי קארד

מס' הכרטיס:

תוקף הכרטיס: שנה חודש

א. שובר זה נחתם על ידי בלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם, הואיל וניתנה על ידי הרשאה לשירותי בריאות כללית להעביר למנפיקת הכרטיסים חיובים מעת לעת לפי שיעורט למנפיקה.

ב. הרשאה זו תקפה בהודעה לשירותי בריאות כללית.

ג. הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיונפק וישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.

שם בעל הכרטיס _____ מס' תעודת זהות _____ תאריך _____

כתובת _____ חתימת בעל הכרטיס X _____

לשימוש פנימי

הסברתי ללקוח את כל הסעיפים בטופס ההצטרפות ואני מאשר בחתימתי כי הלקוח חתם על הטופס לאחר שאישר בפני כי הבין את כל ההסברים שניתנו לו:

שם העובד: _____ מס' עובד: _____ מס' ת"ז: _____

טלפון נייד: _____ מרפאת: _____ חתימה: _____

אימייל: clalit.org.il@ _____ תאריך: _____

לקוח: קיים / קפיטציה / חייל/ת משוחרר/ת / עולה חדש (הקף בעיגול)

לעדכון במערכת יש לשלוח את הטופס למייל "מכירות מושלם תיוק": SellsMushlamTiuk@clalit.org.il

הטופס יעודכן תוך 24 שעות ותישלח למייל מספר הפוליסה.

שם מביא הליד: _____ מס' ת"ז: _____



טופס הצטרפות לשירותי בריאות נוספים

בקשת הצטרפות לתכניות "כללית מושלם" - "מושלם זהב" ו/או "מושלם פלטינום"

פרטי הלקוחות

אני מבקש/ת לצרף את המפורטים מטה בהתאם לתנאי תכניות "כללית מושלם" על יסוד הפרטים כלהלן:

מס' תעודת זהות	שם פרטי	שם משפחה	תאריך לידה	מין	מושלם זהב	מושלם פלטינום

כתובת

שם הרחוב:	מס' הבית:	עיר/יישוב:	מיקוד:	טלפון:
e-mail:	פקס:	טלפון נוסף:		

תעריפים לתכנית "מושלם זהב"

גיל העמית	17-0*	18	30-19	39-31	49-40	59-50	64-60	69-65	70 ומעלה
תשלום חודשי	5.49 ₪	15.31 ₪	30.98 ₪	44.49 ₪	51.30 ₪	55.36 ₪	54.51 ₪	59.65 ₪	60.78 ₪

תעריפים לתכניות "מושלם זהב" יחד עם "מושלם פלטינום"

גיל העמית	17-0**	18	30-19	39-31	49-40	59-50	64-60	69-65	70 ומעלה
תשלום חודשי	18.97 ₪	28.21 ₪	63.82 ₪	83.17 ₪	91.83 ₪	99.66 ₪	110.81 ₪	127.56 ₪	129.35 ₪

תעריפי התשלום החודשי נכונים לחודש ספטמבר 2020, על פי מדד המחירים לצרכן שפורסם ביום 14.8.2020 ומתעדכנים בצמוד למדד. החל מילד רביעי ב"מושלם זהב" - חינם. * בתכנית "מושלם פלטינום": בתא משפחתי בו עמיתים בתכנית ילדים שטרם מלאו להם 18 שנים - ינתן פטור מדמי ההשתתפות מהילד הרביעי ומעלה. **

עיקרי תכנית "מושלם זהב"



"כללית מושלם" - שירותי בריאות נוספים על פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי.
"כללית מושלם" מכסה סל בריאות רחב משלים בתחומים הבאים*:

השירותים	תקופת אכשרה
ניתוחים פרטיים בארץ	12 חודשים
אחות פרטית לאחר ניתוח	3 חודשים
הבראה לאחר ניתוח	3 חודשים
שהייה במוסד החלמה לאחר אירוע לב	3 חודשים
השתלות, ניתוחים וטיפולים רפואיים במדינת חוץ	24 חודשים
ניתוחים וטיפולים רפואיים במדינת חוץ להצלת שמיעה, ראייה ומניעת נכות	24 חודשים
השתלת כליה במדינת חוץ	24 חודשים
חוות דעת שנייה אצל מומחה במדינת חוץ	6 חודשים
התייעצות עם רופא מומחה בארץ	6 חודשים
תרופות שאינן בסל השירותים	3 חודשים
טיפול רפואה משלימה במרפאות הסדר	3 חודשים
הפריה חוץ-גופית	12 חודשים
סדנאות תמיכה למטופלות I.V.F	12 חודשים
בדיקות גנטיות במכוני הסדר	אין
סקירת מערכות לנשים בהיריון	אין
בדיקות מי שפיר או סיסטי שליה	אין
ייעוץ והדרכה בנושא הבקעה	אין
קורס הכנה ללידה לנשים בהיריון במכוני הסדר	אין
הבראה ליולדת מילד רביעי	3 חודשים

השירותים	תקופת אכשרה
בעיות הרטבה של ילדים	3 חודשים
טיפולים בהתפתחות הילד	6 חודשים
בדיקת קשב וריכוז	אין
אבחון דיסקטי או פסיכודיסקטי לילדים	6 חודשים
טיפול אורתודנטי (יישור שיניים) לילדים	12 חודשים
טיפולים לדחיקת (דחיקת) לשון	6 חודשים
אטמי אוזניים לילדים לאחר ניתוח כפתורים במכוני הסדר	אין
בדיקות סקר תקופתיות במכוני הסדר	6 חודשים
קולונוסקופיה וירטואלית במכוני הסדר	6 חודשים
חיסונים לנוסעים לחו"ל במכוני הסדר	אין
בדיקות לספורטאים במרפאות הסדר	3 חודשים
טיפול פיזיותרפיה	6 חודשים
מניו למשדר קרדילוגי במכוני הסדר	3 חודשים
מכשירי שמיעה במכוני הסדר	6 חודשים
פאה לחולים אונקולוגיים	6 חודשים
אביזרים אורתופדיים במכוני הסדר	אין
מדרסים במכוני אורתופדיים	אין
נעלי APOS לתיקון תנועה ויציבה	אין

עיקרי תכנית "מושלם פלטינום"



השירותים	תקופת אכשרה
ניתוחים פרטיים במדינת חוץ	24 חודשים
ניתוחים פרטיים בארץ	12 חודשים
חבילה תומכת לחולה אונקולוגי	12 חודשים
סל לנשים בהיריון	6 חודשים
בדיקות היריון במכוני הסדר	אין
תרומת ביצית במדינת חוץ	12 חודשים
הבראה ליולדת מילד ראשון	6 חודשים
ניתוחים וטיפולים אסתטיים	12 חודשים
הסעה באמבולנס	6 חודשים
חיסונים לנוסעים לחו"ל	אין

השירותים	תקופת אכשרה
אבחונים דיסקטיים או פסיכודיסקטיים	6 חודשים
בדיקות לאבחון הפרעת קשב וריכוז	6 חודשים
טיפולים בהתפתחות הילד	6 חודשים
טיפול שייניים: משמרת, כירורגיה, כאבי פנים-הפרעות סגר, טיפולי חניכיים, עזרה ראשונה כמפורט ברשימה	6 חודשים
טיפול שייניים: פרוטטיקה - שיקום, אורתודנטיה, שתלים, שיקום ע"ג שתלים כמפורט ברשימה	12 חודשים
אופטיקה: משקפי ראייה לילדים	3 חודשים
ניתוח לייזר לתיקון קוצר ראייה	6 חודשים
אימוני כושר וייעוץ תזונתי אישי עד הבית	6 חודשים

* התנאים המחייבים - כמפורט בתקנון "כללית מושלם" ופלטינום".
הכיסויים כפופים לאישור משרד הבריאות. שינויים שיוחייבו על-ידי משרד הבריאות יחולו למפרע.

בקשה להקמת הרשאה לחיוב חשבון

הרשאה תבוצע באמצעות הוראה לחשבון הבנק המתנהל על שמי, כמפורט להלן.
לכבוד _____

תאריך: _____

מספר חשבון										סניף		בנק	
קוד המוסד (המוטב)										אסמכתא/מס מזהה של הלקוח אצל המו"טב (ככל שקיים)			
שם המוסד (המוטב) כללית ת.ד. 16250, תל אביב 6116201													

הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.

או -

• הרשאה הכוללת לפחות אחת מההגבלות הבאות:

תקרת סכום החיוב - _____ ₪.

מועד פקיעת תוקף ההרשאה - ביום _____ / _____ / _____.

לתשומת לבכם: אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.

1. אנו הח"מ _____ שם בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק _____ מסי זהות/ ח.פ. _____ ("הלקוחות")

מבקשים בזה להקים בחשבוננו הני"ל ("החשבון") הרשאה לחיוב חשבוננו, בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם ע"י המוטב באמצעות קוד המוסד, בכפוף למגבלות שסומנו לעיל (ככל שסומנו).

2. כמו כן יחולו ההוראות הבאות:

א. עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת הרשאה לחיוב החשבון.

ב. הרשאה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה בכתב מאתנו לבנק שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה לבנק, וכן ניתנת לביטול עפ"י הוראת כל דין.

ג. נהיה רשאים לבטל חיוב מסוים, ובלבד שהודעה על כך תימסר על ידנו בכתב לבנק, לא יאוחר מ- 3 ימי עסקים לאחר מועד החיוב. ככל שהודעת הביטול ניתנה לאחר מועד החיוב, הזיכוי ייעשה בערך יום מתן הודעת הביטול.

ד. נהיה רשאים לדרוש מהבנק, בהודעה בכתב, לבטל חיוב, אם החיוב אינו תואם את מועד פקיעת התוקף שנקבע בהרשאה, או את הסכומים שנקבעו בהרשאה, אם נקבעו.

ה. הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שבינינו לבין המוטב.

ו. הרשאה שלא יעשה בה שימוש כמשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.

ז. אם תענו לבקשתנו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק.

ח. הבנק רשאי להוציאנו מן ההסדר המפורט בהרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.

3. אנו מסכימים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.

חתימת הלקוח המשלם _____

לידיעתכם: ניתן להגיש את הבקשה להקמת הרשאה לחיוב חשבון גם באמצעות אתר האינטרנט של הבנק, ללא צורך בהגעה לסניף.

מתוך חוק ביטוח בריאות ממלכתי:

10. ב. (2) הקופה רשאית לשנות, מעת לעת, את זכויות העמיתים בתכנית ואת תשלומי העמיתים.

ג. (1) קופת חולים תצרך לתכנית כל מבטוח המבקש להצטרף לתכנית, ללא קשר למצבו הבריאותי או הכלכלי, ולא תגביל את הצטרפותו או את זכויותיו בעת הצטרפותו בתנאי כלשהו, למעט תקופות אכשרה סבירות, שייקבעו לגבי כלל העמיתים בתכנית לענין מתן שירותים שונים במסגרתה, ובלבד שלא תיקבע תקופת אכשרה כאמור לענין שירותים שהיו כוללים בסל השירותים והתשלומים של הקופה.

ד. (2) הקופה רשאית לקבוע, לענין תקופות אכשרה כאמור בפסקה (1), הוראות שונות לגבי מעבר מתכנית של קופה אחרת. בכפוף לאמור בסעיף קטן (ג), קופת חולים לא תפלה בין עמיתים בתכנית, בין בעת הצטרפות אליה ובין במתן השירותים במסגרתה.

ה. מחיר התכנית יהיה אחיד לכל קבוצת גיל, ללא תלות במספר שנות החברות בתכנית, או במצבו הבריאותי או הכלכלי של העמית.

21. (א) קופת חולים תיתן לכל מי שהיא אחראית כלפיו כאמור בסעיף (ג) את כל שירותי הבריאות שלהם הוא זכאי לפי חוק זה, בין בעצמה ובין באמצעות נותני שירותים, ללא כל אפליה ולא תתנה מתן שירותים הכלולים בסל השירותים שלה בהצטרפות או בחברות בתכנית לשירותים נוספים לפי סעיף 10.

(ב) אי תשלום או פיגור בתשלום דמי ביטוח בריאות לא יפטר את קופת החולים מחובתה לתת את שירותי הבריאות הכלולים בסל שירותי הבריאות.



למידע והצטרפות פנה למשרד המרפאה