

בקשה לקבלת החזר - כללית מושלם

על מנת לטפל בבקשתך להחזר ביעילות ובמהירות, נבקשך למלא את הפרטים הבאים:

החזר בנושא: _____

סכום ההוצאה: _____

שם פרטי ומשפחה (של האדם שעל שמו מוגשת התביעה): _____

תעודת זהות כולל ספרת ביקורת: _____

כתובת: _____

מס' טלפון: _____ נייד: _____

- לבקשת ההחזר יש לצרף **חשבונית מס + קבלה מקוריות, עם חותמת וחתימה.**
- **באם החשבונית/קבלה שברשותך היא ממוחשבת/דיגיטלית***, יש לצרף את ההצהרה המצורפת לטופס זה.
- להחזר בגין השירותים המפורטים מעבר לדף יש לצרף גם **מסמכים רפואיים** כמפורט בטבלה.
- **לידיעתך:** החזר כספי יועבר עד **60 ימי עבודה** לאחר אישור הבקשה.
- **התשלום** יבוצע לאמצעי התשלום באמצעותו משולמים **דמי ההשתתפות החודשיים**.
- במקרה של החזר מעל **2,000 ₪** ואמצעי התשלום הוא כרטיס אשראי - ההחזר יבוצע באמצעות **המחאה**.

לנוחיותך - עדכון מצב הבקשה ב SMS

עם הגעת דבר דואר אל משרדינו, תקבלי הודעת sms בה אנו מאשרים כי פנייתך התקבלה. עם ביצוע החזר ישלח אליך sms המאשר פעולה זו.

בקשות עבור קטינים תישלחנה למכשיר הסלולר של ההורה, ובלבד שההורה הינו חבר שרותי בריאות כללית וחתם על אישור למשלוח הודעות כאמור.

בחתימתי אני מאשר את הסכמתי לקבלת הודעות במכשיר הסלולר, עבורי ועבור ילדי הקטינים, בכל הנוגע לטיפול בבקשותיי להחזר כספי מהמושלם. ידוע לי כי זכותי לבקש מכם שלא לקבל הודעות נוספות בכל שלב שארצה.

_____ חתימה:

כחלק משיפור השירות ללקוחותינו, ניתן לעקוב אחר מצב הטיפול בבקשה להחזר כספי **שהתקבלה במשרדינו:**

1. באתר כללית מושלם בכתובת - www.mushlam.clalit.co.il

2. דרך המענה הקולי - 2700* < 3 לכללית מושלם < 2 לבירור סטטוס תביעה שהתקבלה.

*חשבונית/קבלה ממוחשבת/דיגיטלית- חשבונית/קבלה על גביה מצוין "מסמך ממוחשב" בעלת חתימה דיגיטלית.

מסמכים נלווים - כללית מושלם

תכנית זהב	
ייעוצים	
השירות הרפואי	מסמכים נדרשים
התייעצות עם רופא מומחה בארץ	1. חשבונית מס + קבלה מקוריות, עם חותמת וחתימה.
חוות דעת שנייה במדינת חוץ	1. סיכום חוות דעת של הייעוץ. 2. המלצה לביצוע חוות דעת שנייה בחו"ל של רופא מומחה בתחום. 3. חשבונית מס + קבלה מקוריות, עם חותמת וחתימה.
ניתוחים	
השירות הרפואי	מסמכים נדרשים
אחות פרטית לאחר ניתוח	1. חשבונית מס + קבלה מקוריות, עם חותמת וחתימה - יש לוודא כי על גבי החשבונית יצוינו תאריכי שכירת האחות. 2. דו"ח שחרור מבית החולים הכולל תאריך אישפוז, תאריך ניתוח ותאריך שחרור.
הבראה לאחר ניתוח	1. חשבונית מס + קבלה מקוריות, עם חותמת וחתימה - יש לוודא כי על גבי החשבונית יצוינו תאריכי ההבראה. 2. דו"ח שחרור מבית החולים הכולל תאריך אישפוז, תאריך ניתוח ותאריך שחרור.
החלמה לאחר אירוע לב	1. חשבונית מס וקבלה מקוריות, עם חותמת וחתימה או צילום חשבונית מס וקבלה מקורית חתום ע"י המרפאה, המאשר כי המקור במרפאה ומציין את גובה ההחזר שניתן בעבורה. 2. דו"ח שחרור מבית החולים הכולל תאריך אישפוז, תאריך אירוע ותאריך שחרור.
נשים	
השירות הרפואי	מסמכים נדרשים
בדיקת פאפס	1. חשבונית מס + קבלה מקוריות, עם חותמת וחתימה - יש לוודא שעל גבי החשבונית נותן השירות הינו רופא מטעם שירותי בריאות כללית ו/או אחד מיועצי המושלם (במסלול ההסדר / ההחזר).
הבראה ליוולדת	1. חשבונית מס + קבלה מקוריות, עם חותמת וחתימה ותאריכי שהייה. 2. דו"ח אישפוז מבית חולים ובו תאריך הלידה והשחרור. 3. צילום ספח תעודת זהות גלוי.
הפריה חוץ גופית	1. דו"ח אישפוז מבית החולים המציין תאריך שאיבה/החזרה. 2. חשבונית מס + קבלה מקוריות, עם חותמת וחתימה. 3. צילום ספח תעודת זהות גלוי. 4. מסמך רשמי מהרופא המבצע את הטיפול כי בעבר בוצעו טיפולי פרויון שלא צלחו ובעקבות זאת נדרש טיפול להפריה חוץ גופית.
בדיקת מי שפיר/סיסי שיליה	1. חשבונית מס + קבלה מקוריות, עם חותמת וחתימה - במקרה של בדיקת מי שפיר בהיריון רב עוברים (תאומים ומעלה), יש לצרף אישור רפואי בנוגע למספר הדיקורים שבוצעו בבדיקה בהתאם למספר שקי ההיריון. במידה ובוצעו דיקורים שונים לשקים שונים, ההחזר הוא לכל דיקור בנפרד.
סקירת מערכות	1. חשבונית מס + קבלה מקוריות, עם חותמת וחתימה. יש לוודא שעל גבי החשבונית יצוינו מספר העוברים (במקרה של תאומים ומעלה).

מסמכים נלווים - כללית מושלם

תכנית זהב

מדרסים ואביזרים רפואיים

השירות הרפואי	מסמכים נדרשים
חגורת בקע	1. חשבונית מס + קבלה מקוריות, עם חותמת וחתימה. 2. המלצת רופא רלוונטית לשנת הרכישה.
חגורה מתקנת	1. חשבונית מס וקבלה מקוריות, עם חותמת וחתימה או צילום חשבונית מס וקבלה מקורית חתום ע"י המרפאה המאשר כי המקור במרפאה ומציין את גובה ההחזר שניתן בעבורה. 2. המלצת רופא אורטופד רלוונטית לשנת הרכישה.
מכשיר CPAP	1. חשבונית מס וקבלה מקוריות, עם חותמת וחתימה או צילום חשבונית מס וקבלה מקורית חתום ע"י המרפאה המאשר כי המקור במרפאה ומציין את גובה ההחזר שניתן בעבורה. 2. המלצת רופא.
פאה לחולים אונקולוגיים	1. חשבונית מס וקבלה מקוריות, עם חותמת וחתימה או צילום חשבונית מס וקבלה מקורית חתום ע"י המרפאה המאשר כי המקור במרפאה ומציין את גובה ההחזר שניתן בעבורה. 2. אישור רפואי כי מדובר בחולה אונקולוגי/ת - רלוונטי לשנת הרכישה.
מדרסים	1. חשבונית מס + קבלה מקוריות, עם חותמת וחתימה של האביזר. 2. הפניה מרופא של שירותי בריאות כללית רלוונטית לשנת הרכישה.
עדשות לחולי קרטוקונוס	1. חשבונית מס וקבלה מקוריות, עם חותמת וחתימה או צילום חשבונית מס וקבלה מקורית חתום ע"י המרפאה המאשר כי המקור במרפאה ומציין את גובה ההחזר שניתן בעבורה. 2. הפניה רפואית מרופא עיניים.
ילדים	
השירות הרפואי	מסמכים נדרשים
בעיות הרטבה אצל ילדים	1. חשבונית מס וקבלה מקוריות, עם חותמת וחתימה או צילום חשבונית מס וקבלה מקורית חתום ע"י המרפאה המאשר כי המקור במרפאה ומציין את גובה ההחזר שניתן בעבורה. 2. המלצת רופא רלוונטית לשנת הרכישה.
התפתחות ילדים לאחר ניצול של השירותים	1. חשבונית מס + קבלה מקוריות, עם חותמת וחתימה - יש לוודא כי על גבי החשבוניות יצוינו: שם המטופל, פרטי המטפל שביצע את הטיפולים בפועל: שם המטפל/ת, תפקידו/ה וכמות הטיפולים שבוצעה. 2. צילום תעודת רשמית של המטפל/ת שביצע/ה את הטיפולים בפועל. 3. הפניה מרופא מומחה בתחום המאשרת את הצורך בטיפולים לאותה שנה.
טיפולים בדחיקת לשון	1. חשבונית מס + קבלה מקוריות, עם חותמת וחתימה - יש לוודא כי על גבי החשבונית/קבלה יצוינו שמו של המטפל ותפקידו. 2. המלצה לטיפולים ע"י רופא אורטודנט רלוונטית לשנת הטיפולים.
מכשיר אינהלציה	1. חשבונית מס + קבלה מקוריות, עם חותמת וחתימה. 2. המלצת רופא רלוונטית לשנת הרכישה.
כללי	
השירות הרפואי	מסמכים נדרשים
פיזיותרפיה	1. חשבונית מס + קבלה מקוריות, עם חותמת וחתימה - יש לוודא כי על גבי החשבונית יצוינו כמות הטיפולים ושמו של המטפל ותפקידו. 2. צילום תעודת רשמית של המטפל/ת שביצע/ה את הטיפולים. 3. המלצה מרופא של שירותי בריאות כללית רלוונטית לשנת הטיפולים.
שיקום דיבור למבוגר	1. חשבונית מס + קבלה מקוריות, עם חותמת וחתימה - יש לוודא כי על גבי החשבונית יצוינו כמות הטיפולים. 2. אישור על סיום מכסת הטיפולים מסל השירותים הבסיסי חתום על ידי המנהל/ת האדמיניסטרטיבי/ת או הפניה מרופא מומחה בתחום המאשרת את הצורך בטיפולים לאותה שנה רלוונטית. 3. אישור מרופא על מקרה מזכה.

מסמכים נלווים - כללית מושלם

תכנית פלטינום	
השירות הרפואי	מסמכים נדרשים
השתתפות בעלויות הסעה באמבולנס	<ol style="list-style-type: none"> קבלה מקורית, עם חותמת וחתימה. דו"ח שחרור מהמיון.
תרומת ביצית במדינת חוץ	<ol style="list-style-type: none"> חשבונית מקוריות, עם חותמת וחתימה על השגת התרומה במדינת חוץ. צילום ספח תעודת זהות גלוי. דו"ח שחרור מבית החולים. המלצה של רופא מומחה לפיריון מהארץ המאשרת את הצורך בטיפול. אישור מהרשות המוסמכת במדינה בו נמצא המרכז (משרד הבריאות) המאשר כי המרכז רשום כחוק וכי מורשה לביצוע קבלת התרומה והחזרת העוברים. <p>את האישור ניתן לקבל ממנהל המרכז הרפואי באותה מדינת חוץ. יש לוודא כי המסמכים המפורטים מעלה יהיו באנגלית או מתורגמים לאנגלית/עברית באופן רשמי.</p>
חבילה לנשים בהריון	<ol style="list-style-type: none"> חשבונית מס + קבלה מקוריות, עם חותמת וחתימה - יש לוודא שעל גבי החשבונית יצויין סוג הטיפול. באם מדובר בשירות הניתן לאחר הלידה יש לצרף ספח ת.ז פתוח/ אישור לידה
<p>חבילת שירותים תומכת למטופל אונקולוגי הכוללת: ייעוץ רפואי אונקולוגי, טיפול פסיכולוגי, רפואה משלימה, אביזרי עזר תומכים, ייעוץ תזונה, שמירה על חולה עיי גורם מוסמך (שאינו בן משפחה), הוצאות נסיעה לטיפולים להם הוא זכאי בסל או לטיפולים הכלולים בכיסוי</p>	<p>מימוש הכיסוי הוא לאחר חברות של שנה בתכנית הפלטינום בתנאי שלא חלפו שנתיים מיום אבחון המחלה ולפיכך, יש לצרף לכל פנייה סיכום מידע רפואי ובו מפורט סוג המחלה ותאריך הגילוי (דויח פתולוגי). ההחזרים יינתנו כנגד הצגת חשבונית מס + קבלה מקוריות, עם חותמת וחתימה ומסמכים נוספים נדרשים כמפורט:</p> <ol style="list-style-type: none"> אביזרי עזר תומכים (על פי רשימה) - המלצה רפואית המאשרת את הצורך באביזר. הוצאות נסיעה במונית/ אמבולנס/ תחבורה ציבורית/ רכב פרטי - חשבונית מס + קבלה מקורית או צילום חשבונית מס וקבלה מקורית + אישור שירותי בריאות כללית על מתן החזר ודויח טיפול מהרופא / בית החולים / מטפל שביצע את הטיפול בגינו נסע העמית. שמירה עיי גורם מוסמך (שאינו בן משפחה) - תעודת הסמכה רפואית.

ביטוח סיעודי

לקבלת הנחיות להגשת תביעה לביטוח הסיעודי, ניתן לפנות ל"דקלה סוכנות לביטוח כולי בעי"מ", בטלפון: 03-6145555 או www.harel-group.co.il להורדת טופס הגשת תביעת סיעוד באמצעות אתר האינטרנט.

תאריך _____

הצהרת המבוטח

אני החיימ, מצהיר/ה בזאת

כי חשבונית מס/קבלה מקורית שמספרה _____ בסך של _____ ₪

*במקרה ומדובר ביותר מחשבונית אחת, אנא מלא הפרטים בטבלה מטה-

מס' חשבונית/ קבלה מקורית	סכום בש"ח	
		1
		2
		3
		4

הינה חשבונית מס/קבלה ממוחשבת/דיגיטלית ולא הועברה לאף גורם אחר.

אבדה/ אחר (פרט): _____ ולא נשלחה לאף גורם אחר.

** הצהרה זו מיועדת לחתימת נשוא התביעה בלבד או לאפוטרופוס מטעמו בצירוף אישור רשמי, להוציא קטינים שגילם עד 17 (כולל).

שם מלא: _____

מספר תעודת זהות: _____

חתימה: _____

טלפון: _____

טלפון נייד: _____

יש לשלוח את המבוקש, בצירוף טופס בקשה לקבלת החזר באמצעות פקס שמספרו 03-7475577

ניתן לשלוח המסמכים גם באמצעות הדואר, לכתובת:

"כללית מושלם" מחלקת תביעות פרט רחוב בן גוריון 1 ת.ד. 2265 בני ברק 5112201

בברכת בריאות איתנה,

מחלקת תביעות פרט