

## בקשה לקבלת החזר - כללית מושלם

לידיעתך מילוי כל השדות שלפניך יעזור לנו לטפל בפנייתך בהקדם  
שם פרטי ומשפחה (של האדם שעל שמו מוגשת התביעה): \_\_\_\_\_  
תעודת זהות כולל ספרת ביקורת: \_\_\_\_\_  
טלפון נייד: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_  
מיקוד: \_\_\_\_\_ ת"ד: \_\_\_\_\_  
כתובת: \_\_\_\_\_  
החזר בנושא: \_\_\_\_\_

כללית מושלם מצטרפת למהפכה הירוקה ונערכת לשלוח פירוט  
תשלומים ומידע על השירותים באמצעות הדואר האלקטרוני.  
במידה והנך מעוניין לקבל את הדיוור בכתובת דוא"ל  
יש למלא את כתובת הדוא"ל: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

- לבקשת החזר יש לצרף **חשבונית מס + קבלה מקוריים**  
באם החשבונית שברשותך היא **דיגיטלית**, יש לצרף את ההצהרה  
המצורפת לטופס זה
- להחזר בגין השירותים המפורטים מעבר לדף יש לצרף גם מסמכים  
רפואיים כמפורט בטבלה
- **לידיעתך: התשלום יבוצע לאמצעי התשלום באמצעותו משולמים  
דמי ההשתתפות החודשיים.**  
**במקרה של החזר מעל 2,000 ₪ ואמצעי התשלום הוא כרטיס אשראי -  
ההחזר יבוצע באמצעות המחאה.**

סכום ההוצאה: \_\_\_\_\_ ₪

עם הגעת דבר דואר אל משרדינו, תקבל/י הודעת sms בה אנו מאשרים כי פנייתך  
התקבלה. ההחזר הכספי יועבר עד 60 ימי עבודה לאחר אישור בקשתך לאמצעי  
התשלום בו משולם התשלום החודשי. עם ביצוע החזר ישלח אליך sms המאשר  
פעולה זו. על מנת שנוכל לטפל באופן יעיל ומהיר בפנייתך, אנא צרף את כל  
המסמכים הנדרשים בטופס זה.

### חדש במושלם!

כחלק משיפור השירות ללקוחותינו, ניתן לשמוע בכל עת את מצב הטיפול בפנייתך  
לקבלת החזר כספי. חייג \*2700 < הקש 3 למושלם < הקש 2 להחזרים.

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 בבקשותי להחזר כספי מהמושלם.  
ידוע לי כי זכותי לבקש מכם שלא לקבל הודעות נוספות בכל שלב שארצה.

חתימת הלקוח: \_\_\_\_\_

# מסמכים נלווים - כללית מושלם

תכנית זהב	
	<b>ייעוצים</b>
<b>השירות הרפואי</b>	<b>מסמכים נדרשים</b>
<b>התייעצות עם רופא מומחה בארץ</b>	1. חשבונית מס + קבלה מקורית.
<b>חוות דעת שנייה במדינת חוץ</b>	1. סיכום חוות דעת של הייעוץ. 2. המלצה לביצוע חוות דעת שנייה בחו"ל של רופא מומחה בתחום. 3. חשבונית מס + קבלה מקורית.
	<b>ניתוחים</b>
<b>השירות הרפואי</b>	<b>מסמכים נדרשים</b>
<b>אחות פרטית לאחר ניתוח</b>	1. חשבונית מס + קבלה מקורית - יש לוודא כי על גבי החשבונית יצוינו תאריכי שכירת האחות. 2. דו"ח שחרור מבית החולים הכולל תאריך אישפוז, תאריך ניתוח ותאריך שחרור.
<b>הבראה לאחר ניתוח</b>	1. חשבונית מס + קבלה מקורית - יש לוודא כי על גבי החשבונית יצוינו תאריכי הבראה. 2. דו"ח שחרור מבית החולים הכולל תאריך אישפוז, תאריך ניתוח ותאריך שחרור.
<b>החלמה לאחר אירוע לב</b>	1. חשבונית מס וקבלה מקורית 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.
	<b>נשים</b>
<b>השירות הרפואי</b>	<b>מסמכים נדרשים</b>
<b>בדיקת פאפס</b>	1. חשבונית מס + קבלה מקורית - יש לוודא שעל גבי החשבונית נותן השירות הינו רופא מטעם שירותי בריאות כללית ו/או אחד מיועצי המושלם (במסלול ההסדר / ההחזר).
<b>הבראה ליולדת</b>	1. חשבונית מס + קבלה מקורית ותאריכי שהייה. 2. דו"ח אישפוז מבית חולים ובו תאריך הלידה והשחרור. 3. צילום ספח תעודת זהות גלוי.
<b>הפריה חוץ גופית</b>	1. דו"ח אישפוז מבית החולים המציין תאריך שאיבה/החזרה. 2. חשבונית מס + קבלה מקורית. 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.
<b>בדיקת מי שפיר/סיסי שיליה</b>	1. חשבונית מס + קבלה מקורית - 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.
<b>סקירת מערכות</b>	1. חשבונית מס + קבלה מקורית. 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	<ol style="list-style-type: none"> <li>חשבונית מס + קבלה מקורית.</li> <li>המלצת רופא רלוונטית לשנת הרכישה.</li> </ol>
חגורה מתקנת	<ol style="list-style-type: none"> <li>חשבונית מס וקבלה מקורית או צילום חשבונית מס וקבלה מקורית חתום ע"י המרפאה המאשר כי המקור במרפאה ומציין את גובה ההחזר שניתן בעבורה.</li> <li>המלצת רופא אורטופד רלוונטית לשנת הרכישה.</li> </ol>
מכשיר cpap	<ol style="list-style-type: none"> <li>חשבונית מס וקבלה מקורית או צילום חשבונית מס וקבלה מקורית חתום ע"י המרפאה המאשר כי המקור במרפאה ומציין את גובה ההחזר שניתן בעבורה.</li> <li>המלצת רופא.</li> </ol>
פאה לחולים אונקולוגיים	<ol style="list-style-type: none"> <li>חשבונית מס וקבלה מקורית או צילום חשבונית מס וקבלה מקורית חתום ע"י המרפאה המאשר כי המקור במרפאה ומציין את גובה ההחזר שניתן בעבורה.</li> <li>אישור רפואי כי מדובר בחולה אונקולוגי/ת - רלוונטי לשנת הרכישה.</li> </ol>
מדרסים	<ol style="list-style-type: none"> <li>חשבונית מס + קבלה מקורית של האביזר.</li> <li>הפניה מרופא של שירותי בריאות כללית רלוונטית לשנת הרכישה.</li> </ol>
עדשות לחולי קרטוקונוס	<ol style="list-style-type: none"> <li>חשבונית מס וקבלה מקורית או צילום חשבונית מס וקבלה מקורית חתום ע"י המרפאה המאשר כי המקור במרפאה ומציין את גובה ההחזר שניתן בעבורה.</li> <li>הפניה רפואית מרופא עיניים.</li> </ol>
<b>ילדים</b>	
השירות הרפואי	מסמכים נדרשים
בעיות הרטבה אצל ילדים	<ol style="list-style-type: none"> <li>חשבונית מס וקבלה מקורית או צילום חשבונית מס וקבלה מקורית חתום ע"י המרפאה המאשר כי המקור במרפאה ומציין את גובה ההחזר שניתן בעבורה.</li> <li>המלצת רופא רלוונטית לשנת הרכישה.</li> </ol>
התפתחות ילדים * לאחר ניצול סל השירותים	<ol style="list-style-type: none"> <li>חשבונית מס + קבלה מקורית - יש לוודא כי על גבי החשבוניות יצוינו: שם המטופל, פרטי המטפל שביצע את הטיפולים בפועל: שם המטפל/ת, תפקידו/ה וכמות הטיפולים שבוצעה.</li> <li>צילום תעודה רשמית של המטפל/ת שביצעה את הטיפולים בפועל.</li> <li>הפניה מרופא מומחה בתחום המאשרת את הצורך בטיפולים לאותה שנה.</li> </ol>
טיפולים בדחיקת לשון	<ol style="list-style-type: none"> <li>חשבונית מס + קבלה מקורית - יש לוודא כי על גבי החשבונית/קבלה יצוינו שמו של המטפל ותפקידו.</li> <li>המלצה לטיפולים ע"י רופא אורטודנט רלוונטית לשנת הטיפולים.</li> </ol>
מכשיר אינהלציה	<ol style="list-style-type: none"> <li>חשבונית מס + קבלה מקורית.</li> <li>המלצת רופא רלוונטית לשנת הרכישה.</li> </ol>
<b>כללי</b>	
השירות הרפואי	מסמכים נדרשים
פיזיותרפיה	<ol style="list-style-type: none"> <li>חשבונית מס + קבלה מקורית - יש לוודא כי על גבי החשבונית יצוינו כמות הטיפולים ושמו של המטפל ותפקידו.</li> <li>צילום תעודה רשמית של המטפל/ת שביצעה את הטיפולים.</li> <li>המלצה מרופא של שירותי בריאות כללית רלוונטית לשנת הטיפולים.</li> </ol>
שיקום דיבור למבוגר	<ol style="list-style-type: none"> <li>חשבונית מס + קבלה מקורית - יש לוודא כי על גבי החשבונית יצוינו כמות הטיפולים.</li> <li>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.</li> <li>אישור מרופא על מקרה מזכה.</li> </ol>

# מסמכים נלווים - כללית מושלם

תכנית פלטינום	
מסמכים נדרשים	השירות הרפואי
<ol style="list-style-type: none"> <li>קבלה מקורית.</li> <li>דו"ח שחרור מהמיון.</li> </ol>	<b>השתתפות בעלויות הסעה באמבולנס</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>חשבונית מקוריות על השגת התרומה במדינת חוץ.</li> <li>צילום ספח תעודת זהות גלוי.</li> <li>דו"ח שחרור מבית החולים.</li> <li>המלצה של רופא מומחה לפיריון מהארץ המאשרת את הצורך בטיפול.</li> <li>אישור מהרשות המוסמכת במדינה בו נמצא המרכז (משרד הבריאות) המאשר כי המרכז רשום כחוק וכי מורשה לביצוע קבלת התרומה והחזרת העוברים.</li> </ol> <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>	<b>תרומת ביצית במדינת חוץ</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>חשבונית מס + קבלה מקורית - יש לוודא שעל גבי החשבונית יצויין סוג הטיפול.</li> </ol>	<b>חבילה לנשים בהיריון</b>
<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 (דו"ח פתולוגי).</p> <p>ההחזרים יינתנו כנגד הצגת חשבונית מס + קבלה מקורית ומסמכים נוספים נדרשים כמפורט:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>אביזרי עזר תומכים (על פי רשימה) - המלצה רפואית המאשרת את הצורך באביזר.</li> <li>הוצאות נסיעה במונית / אמבולנס - חשבונית מס + קבלה מקורית או צילום חשבונית מס וקבלה מקורית + אישור שירותי בריאות כללית על מתן החזר ודו"ח טיפול מהרופא / בית החולים / מטפל שביצע את הטיפול בגינו נסע העמית.</li> <li>שמירה ע"י גורם מוסמך (שאינו בן משפחה) - תעודת הסמכה רפואית.</li> </ol>	<b>חבילת שירותים תומכת למטופל אונקולוגי הכוללת: יעוץ רפואי אונקולוגי, טיפול פסיכולוגי, רפואה משלימה, אביזרי עזר תומכים, ייעוץ תזונה, שמירה על חולה ע"י גורם מוסמך (שאינו בן משפחה), הוצאות נסיעה לטיפולים להם הוא זכאי בסל או לטיפולים הכלולים בכיסוי</b>

## ביטוח סיעודי

לקבלת הנחיות להגשת תביעה לביטוח הסיעודי, ניתן לפנות ל"דקלה סוכנות לביטוח כללי בע"מ", בטלפון: 03-6145555 או [www.harel-group.co.il](http://www.harel-group.co.il) להורדת טופס הגשת תביעת סיעוד באמצעות אתר האינטרנט:

תאריך : \_\_\_\_\_

**הצהרה על חשבונית/קבלה דיגיטלית**

אני הח"מ: \_\_\_\_\_ ת.ז: \_\_\_\_\_ מצהיר/ה בזאת

כי קבלה דיגיטלית מס' \_\_\_\_\_ בסך של \_\_\_\_\_ ש"ח.

כי חשבונית דיגיטלית מס' \_\_\_\_\_ בסך של \_\_\_\_\_ ש"ח.

הינן היחידות שהתקבלו לידיי ולא הועברו לאף גורם אחר .

**האמור מתייחס לתביעה מס' :**

\_\_\_\_\_ :חתימה

\_\_\_\_\_ :טלפון

\_\_\_\_\_ :טלפון נייד

**ניתן לשלוח את המבוקש באמצעות פקס מס' 03-7475577**

כתובתנו למשלוח דואר :

**"כללית מושלם" מחלקת תביעות פרט רחוב בן גוריון 1 ת.ז 2265 בני ברק 51122**

בברכת בריאות איתנה .

**מחלקת תביעות פרט**