

## 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: \_\_\_\_\_  
e-mail: \_\_\_\_\_  
החזר בנושא: \_\_\_\_\_

- לבקשת החזר יש לצרף **חשבונית מס + קבלה מקורית**.
- להחזר בגין השירותים המפורטים מעבר לך יש לצרף גם מסמכים רפואיים כמפורט בטבלה.
- **לידיעתך: התשלום יבוצע לאמצעי התשלום באמצעותו משולמים דמי ההשתתפות החודשיים.**

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 בדרך קלה ומהירה את מצב הטיפול בפנייתך לקבל החזר חייג \*2700 < הקש 3 למושלם < הקש 4 לקבלת עדכון טיפול.

בקשות עבור קטינים תישלחנה למכשיר הסלולר של ההורה, ובלבד שההורה הנו 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.

חתימת הלקוח \_\_\_\_\_



לשירותכם:

\*2700 מכל טלפון

clalit.co.il

# מסמכים נלווים - כללית מושלם

## תוכנית זהב

### מדרסים ואביזרים רפואיים

השירות הרפואי	מסמכים נדרשים
<b>חגורת בקע</b>	1. חשבונית מס + קבלה מקורית. 2. המלצת רופא רלוונטית לשנת הרכישה.
<b>חגורה מתקנת</b>	1. חשבונית מס וקבלה מקורית <b>או</b> צילום חשבונית מס וקבלה מקורית חתום ע"י המרפאה המאשר כי המקור במרפאה ומציין את גובה ההחזר שניתן בעבורה. 2. המלצת רופא אורתופד רלוונטית לשנת הרכישה.
<b>מכשיר cpap</b>	1. חשבונית מס וקבלה מקורית <b>או</b> צילום חשבונית מס וקבלה מקורית חתום ע"י המרפאה המאשר כי המקור במרפאה ומציין את גובה ההחזר שניתן בעבורה. 2. המלצת רופא.
<b>פאה לחולים אונקולוגיים</b>	1. חשבונית מס וקבלה מקורית <b>או</b> 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.
<b>מדרסים</b>	1. חשבונית מס + קבלה מקורית של האביזר. 2. הפניה מרופא של שירותי בריאות כללית רלוונטית לשנת הרכישה.
<b>ילדים</b>	
השירות הרפואי	מסמכים נדרשים
<b>בעיות הרטבה אצל ילדים</b>	1. חשבונית מס וקבלה מקורית <b>או</b> 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.
<b>התפתחות ילדים</b>	1. חשבונית מס + קבלה מקורית - יש לוודא כי על גבי החשבונית יצויינו: שם המטופל, פרטי המטפל שביצע את הטיפולים בפועל: שם המטפל/ת, תפקידו/ה וכמות הטיפולים שבוצעה. 2. צילום תעודת רשמית של המטפל/ת שביצעה את הטיפולים בפועל. 3. אישור על סיום מכסת הטיפולים מסל השירותים הבסיסי חתום ע"י המנהל/ת האדמיניסטרטיבית <b>או</b> הפניה מרופא מומחה בתחום המאשרת את הצורך בטיפולים לאותה שנה.
<b>טיפולים בדחיקת לשון</b>	1. חשבונית מס + קבלה מקורית - יש לוודא כי על גבי החשבונית/ קבלה יצויינו שמו של המטפל ותפקידו. 2. המלצה לטיפולים ע"י רופא אורתודנט הרלוונטית לשנת הטיפולים.
<b>מכשיר אינהלציה</b>	1. חשבונית מס + קבלה מקורית. 2. המלצת רופא רלוונטית לשנת הרכישה.
<b>כללי</b>	
השירות הרפואי	מסמכים נדרשים
<b>פיזיותרפיה</b>	1. חשבונית מס + קבלה מקורית - יש לוודא כי על גבי החשבונית יצויינו כמות הטיפולים ושמו של המטפל ותפקידו. 2. צילום תעודת רשמית של המטפל/ת שביצעה את הטיפולים. 3. המלצה מרופא של שירותי בריאות כללית רלוונטית לשנת הטיפולים.
<b>שיקום דיבור למבוגר</b>	1. חשבונית מס + קבלה מקורית - יש לוודא כי על גבי החשבונית יצויינו כמות הטיפולים. 2. אישור על סיום מכסת הטיפולים מסל השירותים הבסיסי חתום על ידי המנהל/ת האדמיניסטרטיבית/ת <b>או</b> הפניה מרופא מומחה בתחום המאשרת את הצורך בטיפולים לאותה שנה רלוונטית. 3. אישור מרופא על מקרה מזכה.
<b>ניתוחים</b>	
השירות הרפואי	מסמכים נדרשים
<b>אחות פרטית לאחר ניתוח</b>	1. חשבונית מס + קבלה מקורית - יש לוודא כי על גבי החשבונית יצויינו 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 יצויינו תאריכי ההבראה. 2. דו"ח שחרור מבית החולים הכולל תאריך אישפוז, תאריך ניתוח ותאריך שחרור.
<b>החלמה לאחר אירוע לב</b>	1. חשבונית מס וקבלה מקורית <b>או</b> 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.

# מסמכים נלווים - כללית מושלם

השירות הרפואי	מסמכים נדרשים
<b>ניתוח פרטי</b>	1. חשבונית מס + קבלה מקורית בגין שכר מנתח. 2. חשבונית מס + קבלה מקורית בגין שכר בית החולים. 3. גיליון ניתוח / מכתב שחרור מבי"ח. * במקרים בהם בוצעה בדיקה פתולוגית יש לצרף דו"ח פתולוגיה. ** במקרים בהם קיימת מעורבות של חברת ביטוח נוספת בניתוח, יש לצרף מסמך רשמי מחבי הביטוח המציין את מידת השתתפותם בהוצאות הניתוח.
<b>עדשות לחולי קרטוקונוס</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. הפניה רפואית מרופא עיניים.
<b>עדשה לניתוח קטרקט פרטי</b>	1. חשבונית מס + קבלה מקורית. 2. גיליון ניתוח עם מדבקת העדשה.
<b>אביזרים מושתלים בניתוח שבהסכם</b>	1. חשבונית מס + קבלה מקורית. 2. גיליון ניתוח / מכתב שחרור מבית החולים המפרט את סוג האביזר.
<b>נשים</b>	
השירות הרפואי	מסמכים נדרשים
<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 ליוולדת</b>	1. חשבונית מס + קבלה מקורית ותאריכי שהייה. 2. דו"ח אשפוז מבית חולים ובו תאריך הלידה והשחרור. 3. צילום ספח ת.ז. גלוי.
<b>הפריה חוץ גופית</b>	1. דו"ח אישפוז מבית החולים המציין תאריך שאיבה/החזרה. 2. חשבונית מס + קבלה מקורית. 3. צילום ספח ת.ז. גלוי. 4. מסמך רשמי מהרופא המבצע את הטיפול כי בעבר בוצעו טיפולי פרויין 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 בהריון רב עוברים (תאומים ומעלה), יש לצרף אישור רפואי בנוגע למספר הדיקורים שבוצעו בבדיקה בהתאם למספר שקי ההריון. 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 יצויינו מספר העוברים (במקרה של תאומים ומעלה).
<b>תוכנית פלטינום</b>	
השירות הרפואי	מסמכים נדרשים
<b>השתתפות בעלויות הסעה באמבולנס</b>	1. קבלה מקורית. 2. דו"ח שחרור מהמיון.
<b>תרומת ביצית במדינת חוץ</b>	1. חשבונית מקוריות על השגת התרומה במדינת חוץ. 2. צילום ספח תעודת זהות גלוי. 3. דו"ח שחרור מבית החולים. 4. המלצה של רופא מומחה לפריון מהארץ המאשרת את הצורך בטיפול. 5. אישור מהרשות המוסמכת במדינה בו נמצא המרכז (משרד הבריאות) המאשר כי המרכז רשום כחוק וכי מורשה לביצוע קבלת התרומה והחזרת העוברים. את האישור ניתן לקבל ממנהל המרכז הרפואי באותה מדינת חוץ. יש לוודא כי המסמכים המפורטים מעלה יהיו באנגלית או מתורגמים לאנגלית/עברית באופן רשמי.
<b>חבילה לנשים בהריון</b>	1. חשבונית מס + קבלה מקורית - יש לוודא שעל גבי החשבונית יצויין סוג הטיפול.
<b>ניתוח פרטי</b>	1. חשבונית מס + קבלה מקורית בגין שכר מנתח. 2. חשבונית מס + קבלה מקורית בגין שכר בית החולים. 3. גיליון ניתוח / מכתב שחרור מבית החולים. * במקרים בהם בוצעה בדיקה פתולוגית יש לצרף דו"ח פתולוגיה. ** במקרים בהם קיימת מעורבות של חברת ביטוח נוספת בניתוח, יש לצרף מסמך רשמי מחבי הביטוח המציין את מידת השתתפותם בהוצאות הניתוח. *** במקרים של ניתוח על רקע אונקולוגי, יש לצרף סיכום מידע רפואי ובו מפורט סוג המחלה וכן מועד בו אובחנה מחלה זו.

# מסמכים נלווים - כללית מושלם

מסמכים נדרשים	השירות הרפואי
<p>מימוש הכיסוי הוא לאחר חברות של שנה בתוכנית 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>1. אביזרי עזר תומכים (על פי רשימה) - המלצה רפואית המאשרת את הצורך באביזר.</li><li>2. 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 בגיבו נסע העמית.</li><li>3. שמירה ע"י גורם מוסמך (שאינו בן משפחה) - תעודת הסמכה רפואית.</li></ol>	<p><b>חבילת שירותים תומכת למטופל אונקולוגי הכוללת:</b> <b>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></p>

## ביטוח סיעודי

לקבלת הנחיות להגשת תביעה לביטוח הסיעודי, יש לפנות לחברת הביטוח "דקלה", מחלקת תביעות סיעוד טל' 03-6145626.