

## בקשה לקבלת החזר - כללית מושלם התפתחות הילד

לידיעתך, מילוי כל השדות שלפניך יעזור לנו לטפל בפנייתך בהקדם  
שם פרטי ומשפחה נשוא התביעה (שם הילד/ילדה): \_\_\_\_\_  
תעודת זהות כולל ספרת ביקורת: \_\_\_\_\_  
שם ראש המשפחה + תעודת זהות: \_\_\_\_\_  
טלפון נייד: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_  
מיקוד: \_\_\_\_\_ ת.ד: \_\_\_\_\_  
כתובת: \_\_\_\_\_  
מייל: \_\_\_\_\_

- לבקשת החזר יש לצרף **חשבונית מס + קבלה מקורית**. יש לוודא כי על גבי החשבונית יצוינו פרטי המטפל/ת: שם מלא, תפקיד, כמות הטיפולים.
- צילום תעודה רשמית של מטפל/ת שביצע/ה את הטיפולים בפועל
- המלצת רופא מומחה רלוונטית לשנת הטיפול.
- לתשומת ליבך, ההשתתפות הינה לאחר מימוש הזכאות בסל השירותים הבסיסי באמצעות פנייה למרפאת האם באזור מגוריך.
- **לידיעתך: התשלום יבוצע לאמצעי התשלום באמצעותו משולמים דמי ההשתתפות החודשיים.**

סכום הוצאה: \_\_\_\_\_ ₪

עם הגעת דבר דואר אל משרדינו, תקבל/י הודעת sms בה אנו מאשרים כי פנייתך התקבלה. החזר הכספי יוחזר תוך 30 ימי עבודה 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 לקבלת החזר, חייג \*2700 < הקש 3 למושלם < הקש 2 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: \_\_\_\_\_