

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: _____

האם יש לך ביטוח כלשהו במקום העבודה או ביטוח בריאות פרטי אחר?

לא כן, בחברת _____

באפשרותך לקבל את ההחזר באמצעות אפליקציית pay, אפליקציית העברת כספים לנייד. בחתימתי אני מאשר לכללית להעביר למפעילת האפליקציה את מספר הטלפון שלי וסכום זכאותי וכן אני מאשר למפעילת האפליקציה לפנות אלי לצורך העברת סכום הזכאות לידי.

חתימה _____

לתשומת ליבך, אם מסיבה כלשהי העברת התשלומים דרך האפליקציה שנבחרה לא תאושר, התשלום יבוצע לאמצעי התשלום באמצעותו משולמים דמי ההשתתפות החודשיים.

- לבקשת ההחזר יש לצרף **חשבונית מס + קבלה מקורית, עם חותמת וחתימה**. יש לשלוח את החומר לכתובת "כללית מושלם" מח' תביעות פרט, רח' בן גוריון 1, ת.ד 2265 בני ברק 5112201.
 - באם החשבונית/קבלה שברשותך היא **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 - החזר 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 ההחזר 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: _____

נחלק 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 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 מקורית, עם חותמת וחתימה.
חוות דעת שנייה במדינת חוץ	1. סיכום תוצאות הבדיקה/הייעוץ, חתום על ידי רופא מומחה בעל תואר MD ממדינת חוץ. 2. המלצה לביצוע חוות דעת שנייה בחו"ל של רופא מומחה בתחום. 3. חשבונית מס + קבלה מקורית, עם חותמת וחתימה.
ניתוחים	
השירות הרפואי	מסמכים נדרשים
אחות פרטית לאחר ניתוח	1. חשבונית מס + קבלה מקורית, 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 מקורית, עם חותמת וחתימה - יש לוודא כי על גבי החשבונית יצוינו תאריכי הבראה. 2. דו"ח שחרור מבית החולים הכולל תאריך אישפוז, תאריך ניתוח ותאריך שחרור.
החלמה לאחר אירוע לב	1. חשבונית מס וקבלה מקורית, 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 מקורית, 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 לידולת	1. חשבונית מס + קבלה מקורית, 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 מקורית, עם חותמת וחתימה. 3. צילום ספח תעודת זהות גלוי. 4. מסמך רשמי מהרופא המבצע את הטיפול כי בעבר בוצעו טיפולי פריון שלא צלחו ובעקבות זאת נדרש טיפול להפריה חוץ גופית.
בדיקת מי שפיר/סיסי שיליה	1. חשבונית מס + קבלה מקורית, עם חותמת, חתימה ופרטי הרופא מבצע הבדיקה. 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. 2. מסמך רפואי רשמי המציין את תאריך תחילת ההיריון.
סקירת מערכות	1. חשבונית מס + קבלה מקורית, עם חותמת וחתימה. יש לוודא שעל גבי החשבונית יצוינו מספר העוברים (במקרה של תאומים ומעלה). 2. מסמך רפואי רשמי המציין את תאריך תחילת ההיריון.
משיחה מטעם פועה	1. חשבונית מס + קבלה מקורית, עם חותמת וחתימה.
סדנת תמיכה למטופלות IVF	1. חשבונית מס + קבלה מקורית, עם חותמת וחתימה.
ייעוץ והדרכה בנושא הנקה	1. חשבונית מס + קבלה מקורית, עם חותמת וחתימה.

מסמכים נלווים - כללית מושלם

תכנית זהב

מדרסים ואביזרים רפואיים

מסמכים נדרשים	השירות הרפואי
<ol style="list-style-type: none"> 1. חשבונית מס + קבלה מקורית, עם חותמת וחתימה. 2. המלצת רופא רלוונטית לשנת הרכישה. 	חגורת בקע
<ol style="list-style-type: none"> 1. חשבונית מס + קבלה מקורית, עם חותמת וחתימה. 2. המלצת רופא רלוונטית לשנת הרכישה. 	אביזרי עזר לשמיעה
<ol style="list-style-type: none"> 1. חשבונית מס וקבלה מקורית, עם חותמת וחתימה או צילום חשבונית מס וקבלה מקורית חתום ע"י המרפאה המאשר כי המקור במרפאה ומציין את גובה ההחזר שניתן בעבורה. 2. המלצה ממעבדת שינה + המלצת רופא מומחה א.ג.א. או ריאות של שירותי בריאות כללית, רלוונטית לשנת הרכישה. 	מכשיר cpap
<ol style="list-style-type: none"> 1. חשבונית מס וקבלה מקורית, 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. 	פאה לחולים אונקולוגיים
<ol style="list-style-type: none"> 1. חשבונית מס + קבלה מקורית, עם חותמת וחתימה של האביזר. 2. הפניה מרופא אורטופד, רלוונטית לשנת הרכישה. 	מדרסים
<ol style="list-style-type: none"> 1. חשבונית מס וקבלה מקורית, 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. 	עדשות לחולי קרטוקונוס
	ילדים
	השירות הרפואי
<ol style="list-style-type: none"> 1. חשבונית מס וקבלה מקורית, 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. 	בעיות הרטבה אצל ילדים
<ol style="list-style-type: none"> 1. חשבונית מס + קבלה מקורית, 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 תעודה רשמית מוכרת של משרד הבריאות בישראל של המטפל/ת שביצע/ה את הטיפולים בפועל. 3. הפניה מרופא מומחה בתחום המאשרת את הצורך בטיפולים לאותה שנה. 	התפתחות ילדים לאחר ניצול של השירותים
<ol style="list-style-type: none"> 1. חשבונית מס + קבלה מקורית, עם חותמת וחתימה - יש לוודא כי על גבי החשבונית/קבלה יצוינו שמו של המטפל ותפקידו. 2. המלצה לטיפולים ע"י רופא אורטודנט הרלוונטית לשנת הטיפולים. 	טיפולים בדחיקת לשון
<ol style="list-style-type: none"> 1. חשבונית מס + קבלה מקורית, עם חותמת וחתימה. 2. המלצת רופא רלוונטית לשנת הרכישה. 	מכשיר אינהלציה
	כללי
	השירות הרפואי
<ol style="list-style-type: none"> 1. חשבונית מס + קבלה מקורית, עם חותמת וחתימה - יש לוודא כי על גבי החשבונית יצוינו כמות הטיפולים ושמו של המטפל ותפקידו. 2. צילום תעודה רשמית מוכרת של משרד הבריאות בישראל של המטפל/ת שביצע/ה את הטיפולים. 3. המלצה מרופא של שירותי בריאות כללית רלוונטית לשנת הטיפולים. 	פיזיותרפיה
<ol style="list-style-type: none"> 1. חשבונית מס + קבלה מקורית, 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. 	שיקום דיבור למבוגר
<ol style="list-style-type: none"> 1. חשבונית מס + קבלה מקורית, עם חותמת וחתימה. 	בדיקה גנטית

מסמכים נלווים - כללית מושלם

תכנית פלטינום	
השירות הרפואי	מסמכים נדרשים
השתתפות בעלויות הסעה באמבולנס	1. קבלה מקורית, עם חותמת וחתימה. 2. דו"ח שחרור מהמיון.
תרומת ביצית במדינת חוץ	1. חשבונית וקבלות מקורית, עם חותמת וחתימה על השגת התרומה במדינת חוץ. 2. צילום ספח תעודת זהות גלוי. 3. דו"ח שחרור מבית החולים. 4. המלצה של רופא מומחה לפיריון 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.
חבילה לנשים בהיריון	1. חשבונית מס + קבלות מקורית עם חותמת וחתימה- יש לוודא שעל גבי החשבונית יצוין סוג הטיפול ופרטי נותן השירות. 2. תעודת הסמכה של נותן השירות. באם מדובר בשירות ייעוץ לתזונה נכונה לילודת - יש לצרף תעודת הסמכה רשמית ממשרד הבריאות. 3. מסמך רפואי רשמי המציין את תאריך תחילת ההיריון. 4. באם מדובר בשירות הניתן לאחר הלידה יש לצרף ספח ת.ז פתוח/אישור לידה. 5. באם מדובר בהיריון מרובה עוברים יש לצרף מסמך רשמי המעיד על כך.
חבילת שירותים תומכת למטופל אונקולוגי הכוללת: ייעוץ רפואי אונקולוגי, טיפול פסיכולוגי, רפואה משלימה, אביזרי עזר תומכים, ייעוץ תזונה, שמירה על חולה עי"י גורם מוסמך (שאינו בן משפחה), הוצאות נסיעה לטיפולים להם הוא זכאי בסל או לטיפולים הכוללים בכיסוי	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). ההחזרים יינתנו כנגד הצגת חשבונית מס + קבלה מקורית, עם חותמת וחתימה ומסמכים נוספים נדרשים כמפורט: 1. אביזרי עזר תומכים (על פי רשימה) - המלצה רפואית המאשרת את הצורך באביזר. 2. 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 ודו"ח טיפול מהרופא / בית החולים / מטפל שביצע את הטיפול בגינו נסע העמית. 3. שמירה עי"י גורם מוסמך (שאינו בן משפחה) - תעודת הסמכה רפואית.

ביטוח סיעודי

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

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 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 הצהרה זו לכתובת המייל tviotprat@clalit.org.il

או לצרפה לבקשה לקבלת החזר ולשלוח לכתובת:

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

בברכת בריאות איתנה,

מחלקת תביעות פרט