

לקוח יקר, לפני מילוי הטופס חשוב שתדע!



ניתן להגיש בקשה להחזר כספי ללא צורך למלא טופס זה ולשלוח בדואר

נכנסים לאתר כללית מושלם במחשב / בנייד או סורקים את הברקוד ומגישים בקשה להחזר כספי בשלושה שלבים פשוטים:



1 בוחרים בסוג השירות 2 ממלאים פרטים 3 מצרפים מסמכים

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: _____

באפשרותך לקבל את החזר באמצעות אפליקציית העברת כספים לנייד.

עליך לבחור לאיזו חברה הינך מעוניין לבצע את ההעברה:

bit

pay

בחתימתי אני מאשר לכללית להעביר למפעילת האפליקציה את מספר הטלפון שלי וסכום זכאותי וכן אני מאשר למפעילת האפליקציה לפנות אלי לצורך העברת סכום הזכאות ליד.

חתימה _____

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

- לבקשת החזר 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, תקבל/י 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 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, חתום ע"י רופא במדינת חוץ. 2. המלצה לביצוע חוות דעת שנייה בחו"ל של רופא מומחה בתחום. 3. חשבונית מס + קבלה מקוריות, עם חותמת וחתימה.
	שירותים רפואיים לאחר ניתוח
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 בעבודה. 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 פריה שלא צלחו ובעקבות זאת נדרש טיפול להפריה חוץ גופית.
בדיקת מי שפיר/סיסי שיליה	1. חשבונית מס + קבלה מקוריות, 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.
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. 2. המלצה ממעבדת שינה + המלצת רופא מומחה א.א.ג או ריאות של שירותי בריאות כללית, רלוונטית לשנת הרכישה.
פאה לחולים אונקולוגיים	1. חשבונית מס וקבלה מקוריות. 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 אורטופד, רלוונטית לשנת הרכישה.
עדשות לחולי קרטוקונוס	1. חשבונית מס וקבלה מקוריות. 2. הפניה רפואית מרופא עיניים.
ילדים	
השירות הרפואי	מסמכים נדרשים
בעיות הרטבה אצל ילדים	1. חשבונית מס וקבלה מקוריות. 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 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.
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 תעודה רשמית מוכרת של משרד הבריאות בישראל 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	1. קבלה מקורית, עם חותמת וחתימה. 2. דו"ח שחרור מהמיון.
תרומת ביצית במדינת חוץ	1. חשבוניות וקבלות מקוריות, 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. חשבוניות מס + קבלות מקוריות 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 ליוולדת - יש לצרף תעודת הסמכה רשמית ממשרד הבריאות. 3. מסמך 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 עיי גורם מוסמך (שאינו בן משפחה), הוצאות נסיעה לטיפולים להם הוא זכאי בסל או לטיפולים הכלולים 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 מקוריות, 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 עיי גורם מוסמך (שאינו בן משפחה) - תעודת הסמכה רפואית.

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

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 לאפוסטרופוס 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 כתובת המייל tviotprat@clalit.org.il

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

הגשת תביעה באמצעות המרפאה

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: _____

● 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**.

הריני להצהיר בזאת כי החשבונית מס וקבלה מקורית נמצאים ברשות המרפאה ואל ייעשה בה כל שימוש להוציא כללית מושלם/פלטינום

באם התקבל החזר מסל השירותים הבסיסי בגין פנייה זו, יש לצרף מסמך רשמי המאשר את גובה ההחזר שניתן בעבורה.

_____ חתימת הלקוח/ה _____ חתימה וחותמת של המרפאה _____



לקוחות כללית מושלם,

מהיום כבר לא צריך לצאת מהבית בשביל לקבל החזר כספי



**נכנסים לאתר כללית מושלם
במחשב / בנייד או סורקים את הברקוד
ומגישים בקשה להחזר כספי בשלושה שלבים פשוטים:**

- 1 בוחרים בסוג השירות
- 2 ממלאים פרטים
- 3 מצרפים מסמכים

ניתן להגיש בקשות עבור מגוון שירותי כללית מושלם