

בקשה לקבלת החזר - כללית מושלם

לידעתך מילוי כל השדות שלפניך יעזור לנו לטפל בפנייתך בהקדם

שם פרטי ומשפחה: _____

תעודת זהות כולל ספרת ביקורת: _____

טלפון נייד: _____ טלפון: _____

מיקוד: _____ ת.ד.: _____

כתובת: _____

שם ראש המשפחה: _____ ת.ז.: _____

e-mail: _____

החזר בנושא: _____

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

סכום ההוצאה _____ ₪

- בחתימתי אני מאשר את הסכמתי לקבל פניות עבורי ועבור ילדי הקטינים (עד גיל 18) באמצעות מכשיר הסלולר, בכל הנוגע לשירותים הרפואיים שאני ו/או ילדי הקטינים צורכים במסגרת כללית מושלם (לרבות בקשות לקבלת החזר). ידוע לי כי זכותי לבקש מכם שלא לקבל הודעות נוספות, בכל שלב שארצה.
- ידוע לי כי ההרשאה המצוינת לעיל הנה כללית, והיא תחול גם לגבי בקשה לקבלת החזר עתידית, בכפוף לזכותי לבקש שלא לקבל הודעות נוספות.
- במקרה בו מוגשת בקשת החזר עבור קטינים (ילדים עד גיל 18), תשלח הודעה באמצעות המכשיר הסלולרי לבוגר (הורה או אפוטרופוס חוקי) אשר מגיש את הבקשה בשם הקטין, ובלבד שהבוגר הינו לקוח של שירותי בריאות כללית וכן חתם על הרשאה לקבלת הודעה בסלולר.

חתימת הלקוח _____



מסמכים נלווים - כללית מושלם

מסמכים נדרשים	השירות הרפואי
מדרסים ואביזרים רפואיים	
1. חשבונית מס + קבלה מקורית - יש לוודא שעל גבי החשבונית יצויין סוג המדרס. 2. הפניה מרופא של שירותי בריאות כללית רלוונטית לאותה השנה.	מדרסים שנרכשו במכונים שבהסדר
1. חשבונית מס + קבלה מקורית. 2. המלצת רופא רלוונטית לשנת הרכישה.	חגורת בקע
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. המלצת רופא אורטופד רלוונטית לשנת הרכישה.	חגורה מתקנת
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. המלצת רופא.	מכשיר CPAP
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. אישור רפואי כי מדובר בחולה אונקולוגי/ת - רלוונטי לשנת הרכישה.	פיאה לחולים אונקולוגיים
1. חשבונית מס + קבלה מקורית בציון מספר מק"ט של האביזר. 2. הפניה מרופא של שירותי בריאות כללית רלוונטית לשנת הרכישה.	אביזרים אורטופדיים במכונים שבהסדר
ילדים	
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. המלצת רופא רלוונטית לשנת הטיפול.	הרטבה אצל ילדים
1. חשבונית מס + קבלה מקורית - יש לוודא כי על גבי החשבונית יצוינו פרטי המטפל/ת: שם מלא, תפקיד כמות הטיפולים. 2. צילום תעודה רשמית של מטפל/ת שביצע/ה את הטיפולים 3. אישור על סיום מכסת טיפולים מסל השירותים הבסיסי חתום ע"י המנהלת האדמיניסטרטיבית או הפניה מרופא מומחה בתחום המאשרת את הצורך בטיפולים לאותה שנה.	התפתחות ילדים
1. חשבונית מס + קבלה מקורית - יש לוודא כי על גבי החשבונית/קבלה יצוינו שמו של המטפל ותפקידו. 2. המלצה לטיפולים ע"י רופא אורתודנט הרלוונטית לשנת הטיפולים.	טיפולים בדחיקת לשון
1. חשבונית מס + קבלה מקורית. 2. המלצה רפואית רלוונטית לשנת הרכישה.	מכשיר אינהלציה
כללי	
1. חשבונית מס + קבלה מקורית - יש לוודא כי על גבי החשבונית יצוינו כמות הטיפולים ושמו של המטפל ותפקידו. 2. אישור על סיום מיכסת הטיפולים מסל השירותים הבסיסי לשנה הרלוונטית או הפניה מרופא מומחה בתחום. 3. צילום תעודה רשמית של מטפל/ת שביצע/ה את הטיפולים	פיזיותרפיה
1. חשבונית מס + קבלה מקורית - יש לוודא כי על גבי החשבונית יצוינו כמות הטיפולים. 2. אישור על סיום מכסת טיפולים מסל השירותים הבסיסי חתום ע"י המנהלת האדמיניסטרטיבית או הפניה מרופא מומחה בתחום המאשרת את הצורך בטיפולים לאותה שנה רלוונטית. 3. אישור מרופא על מקרה מזכה.	שיקום דיבור למבוגר
ניתוחים	
1. חשבונית מס + קבלה מקורית - יש לוודא כי על גבי החשבונית יצוינו תאריכי שכירת האחות. 2. דו"ח שחרור מבית החולים הכולל תאריך אשפוז, תאריך ניתוח ותאריך שחרור.	אחות פרטית לאחר ניתוח
1. חשבונית מס + קבלה מקורית - יש לוודא כי על גבי החשבונית יצוינו תאריכי הבראה. 2. דו"ח שחרור מבית החולים ובו תאריך אשפוז, תאריך ניתוח ותאריך שחרור.	הבראה לאחר ניתוח
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 אשפוז, תאריך אירוע ותאריך שחרור.	החלמה לאחר אירוע לב
1. חשבונית מס + קבלה מקורית בגין שכר מנתח ובית החולים. 2. גיליון ניתוח ומכתב שיחרור מביח [*] במקרים בהם בוצעה בדיקה פתולוגית, יש לצרף דו"ח פתולוגיה.	ניתוח פרטי
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.	עדשות לחולי קרטוקונוס
1. חשבונית מס + קבלה מקורית. 2. סיכום ניתוח.	עדשה לניתוח קטרקט שבוצע באופן פרטי
1. חשבונית מס + קבלה מקורית. 2. גיליון ניתוח ומכתב שיחרור מביח [*] .	אביזרים מושתלים בניתוח שבהסכם
נשים	
1. חשבונית מס + קבלה מקורית. יש לוודא שעל גבי החשבונית נותן השירות הינו רופא מטעם שירותי בריאות כללית.	בדיקת פאפס
1. חשבונית מס+קבלה מקורית ותאריכי שיהייה. 2. דו"ח אשפוז מבית החולים ובו תאריך הלידה והשחרור. 3. צילום ספח ת.ז.	הבראה ליולדת
1. דו"ח אשפוז מבית החולים המציין תאריך שאיבה/החזרה. 2. חשבונית מס+קבלה מקורית וספח ת.ז.	הפריה חוץ גופית
1. חשבונית מס+קבלה מקורית. במקרה של בדיקת מי שפיר בהריון רב עוברים (תאומים ומעלה), יש לצרף אישור רפואי בנוגע למס הדיקורים שבוצעו בבדיקה בהתאם למספר שקי ההריון. במידה ובוצעו דיקורים שונים לשקים שונים, ההחזר הוא לכל דיקור בנפרד.	בדיקת מי שפיר/סיסי שליה
1. חשבונית מס+קבלה מקורית - יש לוודא כי על גבי החשבונית יצוינו מספר העוברים (במקרה של תאומים ומעלה).	סקירת מערכות

ביטוח סיעודי

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