

בקשה לקבלת החזר - כללית מושלם

שם פרטי ומשפחה: _____
תעודת זהות כולל ספרת ביקורת: _____
כתובת: _____
מיקוד: _____ ת.ד. _____
טלפון: _____ טלפון נייד: _____
שם ראש המשפחה: _____ ת.ד. _____
e-mail: _____
החזר בנושא: _____

- לבקשת החזר יש לצרף חשבונית + 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.

שם סכום ההוצאה _____ ש"ח

- 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
אביזרים רפואיים	
1. חשבונית + קבלה מקורית - יש לוודא שעל גבי החשבונית יצויין סוג המדרס. 2. הפניה מרופא של שירותי בריאות כללית.	מדרסים שנרכשו במכונים שבהסדר
1. חשבונית + קבלה מקורית. 2. המלצת רופא.	חגורת בקע
1. צילום חשבונית וקבלה חתום ע"י המרפאה, המאשר כי המקור במרפאה ומצוין את גובה ההחזר שניתן בעבורה. 2. המלצת רופא.	חגורה מתקנת
1. צילום חשבונית וקבלה חתום ע"י המרפאה, המאשר כי המקור במרפאה ומצוין את גובה ההחזר שניתן בעבורה. 2. המלצת רופא.	מכשיר CPAP
1. חשבונית + קבלה מקורית. 2. הפנייה רפואית.	מכשיר אלקטרוני ליישור הגב
1. צילום חשבונית וקבלה חתום ע"י המרפאה, המאשר כי המקור במרפאה ומצוין את גובה ההחזר שניתן בעבורה. 2. אישור רפואי כי מדובר בחולה אונקולוגי/ת.	פיאה לחולים אונקולוגיים
1. חשבונית + קבלה מקורית בציון מספר מק"ט של האביזר. 2. הפניה מרופא של שירותי בריאות כללית.	אביזרים אורטופדיים במכונים שבהסדר
ילדים	
1. צילום חשבונית וקבלה חתום ע"י המרפאה, המאשר כי המקור במרפאה וציון גובה ההחזר שניתן בעבורה. 2. המלצת רופא.	הרטבה אצל ילדים
1. חשבונית + קבלה מקורית - יש לוודא כי על גבי החשבונית וצויינו פרטי המטפל/ת: שם מלא, תפקיד כמות הטיפולים. 2. אישור על סיום מכסת טיפולים מסל השירותים הבסיסי חתום ע"י המנהלת האדמיניסטרטיבית או הפנייה מרופא מומחה בתחום המאשרת את הצורך בטיפולים לאותה שנה.	התפתחות ילדים
1. חשבונית + קבלה מקורית - יש לוודא כי על גבי החשבונית/קבלה יצויין שמו של המטפל ותפקידו. 2. המלצה לטיפולים ע"י רופא אורתודנט.	טיפולים בדחיקת לשון
1. חשבונית + קבלה מקורית. 2. המלצה רפואית.	מכשיר אינהלציה
כללי	
1. חשבונית + קבלה מקורית - יש לוודא כי על גבי החשבונית יצויינו כמות הטיפולים ושמו של המטפל ותפקידו. 2. אישור על סיום מכסת הטיפולים מסל השירותים הבסיסי לשנה הרלוונטית. 3. הפנייה מרופא אורתופד/נירולוג המאשרת את הצורך בהמשך טיפולים מעבר לאלו שניתנו באמצעות הסל.	פיזיותרפיה
1. חשבונית + קבלה מקורית - יש לוודא כי על גבי החשבונית יצויינו כמות הטיפולים. 2. אישור על סיום מכסת טיפולים מסל השירותים הבסיסי חתום ע"י המנהלת האדמיניסטרטיבית או הפנייה מרופא מומחה בתחום המאשרת את הצורך בטיפולים לאותה שנה רלוונטית. 3. אישור מרופא על מקרה מזכה.	שיקום דיבור למבוגר
ניתוחים	
1. חשבונית + קבלה מקורית - יש לוודא כי על גבי החשבונית יצויינו תאריכי שכירת האחות. 2. דו"ח שחרור מבית החולים הכולל תאריך אשפוז, תאריך ניתוח ותאריך שחרור.	אחות פרטית לאחר ניתוח
1. חשבונית + קבלה מקורית - יש לוודא כי על גבי החשבונית יצויינו תאריכי הבראה. 2. דו"ח שחרור מבית החולים ובו תאריך אשפוז, תאריך ניתוח ותאריך שחרור.	הבראה לאחר ניתוח
1. צילום חשבונית וקבלה חתום ע"י המרפאה, המאשר כי החשבונית המקורית במרפאה וציון גובה ההחזר שניתן בעבורה. 2. דו"ח שחרור מבית החולים הכולל תאריך אשפוז, תאריך אירוע ותאריך שחרור.	החלמה לאחר אירוע לב
1. חשבונית + 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. צילום חשבונית+קבלה מקורית חתום ע"י המרפאה, המאשר כי המקור במרפאה ומצוין את גובה ההחזר שניתן בעבורה. 2. הפניה רפואית מרופא עיניים.	עדשות לחולי קרטוקונוס
1. חשבונית+קבלה מקורית. 2. סיכום ניתוח.	עדשה לניתוח קטרקט שבוצע באופן פרטי
1. חשבונית+קבלה מקורית. 2. גיליון ניתוח ומכתב שיחרור מביח'.	אביזרים מושלמים בניתוח שבהסכם
נשים	
1. חשבונית+קבלה מקורית עם חותמת הרופא.	בדיקת פאפס
1. חשבונית+קבלה מקורית ותאריכי שהייה. 2. דו"ח אשפוז מבית החולים ובו תאריך הלידה והשחרור. 3. צילום ספח ת.ז.	הבראה ליולדת
1. דו"ח אשפוז מבית החולים. 2. חשבונית+קבלה מקורית וספח ת.ז.	הפריה חוץ גופית
1. חשבונית+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+קבלה מקורית - יש לוודא כי על גבי החשבונית יצויינו 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.