

דף הנחיות להגשת תביעת בריאות בנושא החזר הוצאות בגין טיפולים אמבולטוריים

(לא כולל הגשת תביעה בגין התייעצות, בגין כיסוי זה קיים טופס נפרד)
הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.

טיפולים אמבולטוריים/רפואה מתקדמת

השירותים הרפואיים האמבולטוריים (שלא בעת אשפוז) המכוסים בפוליסה כוללים כיסויים שונים. הליך הגשת התביעה והטיפול בה דומים לגבי כל השירותים הללו, למעט שינויים קלים.
עליך למלא ולהעביר אלינו את טופס **תביעה להחזר בגין טיפולים אמבולטוריים**, שבו יש למלא את שני החלקים הראשונים.
א. חלק א', הכולל את פרטי המבוטח, עליך למלאו בעצמך - אנא מלא בו את כל הפרטים המבוקשים בקפידה, לשם שיפור ויעול הטיפול בפנייתך;
ב. חלק ב', שנועד למילוי על ידי הרופא המקצועי הקבוע בקופ"ח (רופא מקצועי המטפל בך בקשר עם הבעיה הרפואית, כגון אורתופד, רופא נשים, רופא עיניים וכד'), ובהעדר רופא מקצועי, יש למלא הטופס על ידי רופא משפחה או רופא ילדים.
ג. לטופס עליך לצרף קבלה/קבלות מקוריות בגין התשלום עבור השרות שניתן (חוות דעת רפואית, בדיקה, טיפולים וכו').

הערות:

- בטיפול הפרייה חוץ גופית יש לצרף צילום ת.ז. שיהווה סימוכין לכך שיש לך 2 ילדים לפני הטיפול.
- ניתוחי שיניים - הטיפולים המאושרים לרוב על פי תנאי הפוליסה הינם הקצאות שורשים, עקירה כירורגית, ניתוח מטלית וכריתת חניכיים. בכל הנוגע לניתוחי שיניים, רצוי להתקשר למוקד שרות הלקוחות לפני ביצוע הטיפול כדי לוודא שהפוליסה אמנם מכסה הניתוח/הטיפול המבוקש. על רופא השיניים למלא "טופס תביעת שיניים", אותו יש לקבל באמצעות מוקד השירות של חברתנו. רצוי שטופס זה ישלח על ידי רופא השיניים או על ידך, לאישורו המוקדם לפני ביצוע הניתוח/טיפול.
- בדיקות הריון/רפואה מתקדמת (למעט מחליפי ניתוח) - אין צורך במילוי חלק ב' של טופס התביעה.
- למען הסר ספק התנאים הקובעים והמחייבים הינם תנאי הפוליסה.

מה יקרה בהמשך

לאחר קבלת הטופס והמסמכים שהתבקשו תיבחן על ידינו זכאותך לכיסוי ביטוחי, בכפוף לתנאי הפוליסה והגדרותיה.

אם הכול ברור ותקין

נאשר זכאותך לכיסוי ביטוחי בכפוף לתנאי הפוליסה.

אם תדרשנה הבהרות כלשהן

ברצוננו להדגיש, כי לאחר הגשת המסמכים שצוינו לעיל, עשויה החברה לדרוש פרטים נוספים, מסמכים רפואיים ומסמכים אחרים, לפי הצורך.

אם יתברר שאינך זכאי לכיסוי/פיצוי על פי הפוליסה

תישלח אליך הודעה עם פירוט הסיבה בגינה אינך זכאי לכיסוי, לאחר שהיו בידינו מלוא המסמכים והפרטים הנדרשים לבירור החבות.

לתשומת ליבך

אין בהגשת טופס התביעה כדי להאריך את תקופת ההתיישנות הקבועה בחוק.

בברכה,

אגף תביעות בריאות וחול"ל

הראל חברה לביטוח

- אגף תביעות בריאות וח"ל מספר פקס: 03-7348166 .tvbriut@harel-ins.co.il
- למשלוח בדואר: רח' אבא הלל 3, ת.ד. 1951, רמת גן, מיקוד 5211802.
- מענה ממוחשב 24 שעות ביממה לצורך בדיקת קבלת מסמכים - 1-700-702-870.
- השירות ניתן 3 שעות לאחר שליחת הטופס. עדכון לאחר שעה 15:00 יתבצע למחרת.

חלק א' - למילוי בידי המבוטח

מבוטח נכבד,
על מנת לסייע לנו לטפל בתביעתך ולתת לך שירות יעיל ומהיר, נודה לך אם תדאג למלא הפרטים בטופס זה בכל פנייה.
בטופס שני חלקים אשר ימולאו על-ידי שני גורמים שונים: חלק א' - נועד למילוי בידי המבוטח, חלק ב' - למילוי בידי הרופא המטפל.
אם המבוטח קטין, ימלא את הטופס אחד מהוריו, אך יחתמו שני ההורים. אנא קחו בכל פנייה לרופא המטפל או המקצועי, את הטופס הזה ובקשו מהם למלא את החלק המתאים במלואו.
טופס זה אינו מהווה הכרה בזכאות המבוטח לתשלום כלשהו.
יש לצרף לטופס זה מסמכים רפואיים כולל תולדות מחלה, סיכומי מחלה או תעודות חדר מיון אם קיימים, חשבונית/קבלות מקוריות וכל מסמך הדרוש לטיפול בתביעה.

א פרטי המבוטח			
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה
רחוב	מספר בית	יישוב	מספר פקס
שם מקום העבודה	מספר טלפון בעבודה	מספר טלפון בבית	מספר טלפון סלולרי
שם מקום העבודה של בן/בת הזוג	מספר טלפון בעבודה של בן/בת הזוג	מספר טלפון בבית של בן/בת הזוג	מספר טלפון סלולרי של בן/בת הזוג
שם קופת החולים	סניף	כתובת	
כתובת דואר אלקטרוני* לקבלת דיוורים/מידע וכל מסמך אחר (לרבות כאלו הכוללים מידע רגיש) המנוהל ביחס לכל אחד ממוצרי הביטוח או החיסכון על שמך שלך בקבוצת הראל:			
שם הרופא המקצועי המטפל		שם רופא המשפחה המטפל	
<p>פרטי האישיים הנזכרים לעיל, הינם הפרטים הנכונים והמעודכנים ובאים במקום כל עדכון קודם. הנני מאשר לעדכן את פרטי האישיים בכל מוצרי הביטוח והחיסכון ארוך הטווח שלי בקבוצת הראל ולעשות בהם שימוש עתידי במסגרת מוצרים אלו.</p> <p><input type="checkbox"/> מאשר/ת <input type="checkbox"/> לא מאשר/ת</p> <p>מצ"ב העתק ת.ז. הכוללת פרטי כתובתי המעודכנת. לידיעה - במידה ולא אאשר עדכון הפרטים ו/או לא אצרף העתק ת.ז., תעשה הראל שימוש בפרטים מעלה רק בקשר עם התביעה הנוכחית. *אין האמור לעיל מהווה אישור לשימוש בדוא"ל למידע שיווקי/פרסומי כל עוד לא ניתנה הסכמה נפרדת לעשות שימוש כזה.</p>			

ב ביטוחי בריאות נוספים

האם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה למוסד לביטוח לאומי? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט
האם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה לגורם כלשהו אחר? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט
אם יש לך ביטוח משלים בקופת חולים? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, משנת <input type="checkbox"/> מסוג
האם יש לך ביטוח משלים אחר? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, בחברת
האם יש לך ביטוח כלשהו במקום העבודה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, בחברת

ג פירוט התביעה

בקשה להחזר הוצאות רפואיות - יש לצרף קבלות וחשבוניות מקוריות בלבד (העתקים לא יאושרו) - פירוט:		
תאריך	הסכום בש"ח	פרטי הוצאה (התייעצות עם רופא, בדיקה, פיזיותרפיה, תרופות וכו')

