

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, לאישורנו 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')

קבלת התשלום הינה באמצעות העברה בנקאית בלבד. יש לציין את פרטי חשבון הבנק.

בבנק _____ שם הסניף _____ מספר הסניף _____ מספר החשבון _____

לתשומת ליבך - אם תביעתך להחזר כספי הינה מעל 15,000 ש"ח יש לצרף צילום שיק או אישור הבנק על פרטי החשבון. במידה והמבוטח הינו קטין יש להעביר מכתב חתום על ידי שני ההורים שבו יצוין אופן התשלום הנדרש ופרטי המוטבים בצירוף צילום תעודות הזהות של המוטבים.

ה הצהרת המבוטח

אני/נו החתום/ים מטה, נותן/ים בזה רשות לקופת חולים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לצה"ל, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי-חולים אחרים, למל"ל ו/או למשרד הביטחון ו/או לכל חברת ביטוח ו/או לכל מוסד וגורם אחר ככל שהדבר דורש לבירור הזכויות והחובות המוקנות על-פי הפוליסה, למסור להראל חברה לביטוח בע"מ ו/או לשלוחיה, עובדיה וכל מי מטעמה (להלן "המבקש"), את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקשים על מצב בריאותי/נו ו/או על כל מחלה שחליתי/נו בה בעבר ו/או שאני/נו חולה/ים בה כעת ו/או שאנחלה בה בעתיד ו/אני/נו משרר/ים אתכם מחובת שמירה על סודיות זו כלפי "המבקש" ו/או יועץ הביטוח. כתב ויתור זה מחייב את עובדי/נו ובאי כוחי/נו החוקיים וכל מי שיבוא במקומי/נו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי/נו הקטינים.

ניתנת בזו זכות לחברה לתבוע החזרים ולשובב את התביעה כנגד כל צד שלישי שיש לו מחויבות לכיסוי התביעה הנ"ל או חלקה. אני החתום מטה מצהיר בזאת שתשובתי על השאלות הנ"ל הן נכונות ושלמות.

תאריך: _____ שם+שם משפחה של המבוטח: _____ מספר זהות של המבוטח: _____ חתימת המבוטח: _____

_____ 

במקרה של קטין, נא למלא גם את השדות הבאים:
שם+שם משפחה של ההורים _____ מספר זהות של ההורים: _____ חתימת ההורים: _____

_____ 

הני מאשר לסוכן הביטוח שלי בפוליסה מר/גב' _____ לטפל בשמי ועבורי בכל הקשור לתביעה זו ובכלל זאת להגיש ל"הראל" ולקבל מ"הראל" את כל התכתובות ו/או המסמכים הקשורים לתביעה ולשמש כשלוחי לכל דבר ועניין הנוגע לתביעה זו.

תאריך: _____ שם+שם משפחה: _____ חתימת המבוטח: _____ 

י הסכמה לשימוש במידע ולקבלת דבר פרסומת

אני מסכים, מעבר למתחייב על-פי דין או הסכם, כי מידע זה ויתר המידע אודותיי, המצוי או שיהיה מצוי בידי החברות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות ו/או חברות קשורות שלה) ישמש את החברות בקבוצת הראל ו/או מי מטעמן, גם לכל עניין הקשור ביתר מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל (בתחום הביטוח, החיסכון ארוך הטווח והפיננסים) ובשיווקם, לרבות כדי לאפשר לחברות כאמור להביא לידיעתי מידע על מוצרים ושירותים, להציע לי הצעות שיווקיות מותאמות אישית ולשלוח דברי פרסומת (בין היתר באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS), וכן לצורך טיפול בתביעות, עיבודו ואחסונו של המידע, וכן לשימושים נוספים הנלווים לשימושים האמורים לעיל ונדרשים לשם השלמתם, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.

תאריך: _____ חתימת המבוטח: _____ 

בכל עת בעתיד תוכל להודיע על סירובך לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כאמור באמצעות "טופס סירוב קבלת דבר פרסומת" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.harel-group.co.il, באמצעות פניה בכתב לכתובת: בית הראל, אגף תביעות בריאות וח"ל, אבא הלל 3, ת.ד. 1951, רמת-גן 5211802, או באמצעות פנייה טלפונית למספר 03-7547777.

ז פסקת התיישנות

הננו להביא לתשומת ליבך, כי לפי הוראות סעיף 31 לחוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981, תקופת ההתיישנות של תביעה לתגמולי ביטוח היא שלוש שנים לאחר שקרה מקרה הביטוח. במידה ומדובר בתביעת קטין, בחישוב תקופת ההתיישנות לא יבוא במניין הזמן עד למלאת לתובע שמונה עשרה שנה. ברצוננו להבהיר, כי ככלל, הגשת תביעה לגוף מוסדי אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות ורק הגשת תביעה לבית משפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות.

- 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 ב' - למילוי בידי רופא מקצועי מטפל

רופא נכבד,
על מנת להקל על הטיפול בפניית המבוטח, אנא ענה על כל השאלות שלהלן.
חלק זה ימולא על ידי רופא מקצועי המטפל במבוטח, ובהיעדר רופא מקצועי מטפל, ימולא על-ידי רופא משפחה/ילדים.

א פרטי הרופא				
שם משפחה	שם פרטי	ההתמחות	מספר טלפון	מספר טלפון סלולרי
רחוב	מספר בית	יישוב	מיקוד	מספר פקס

ב פרטי המבוטח	
שם משפחה	שם פרטי
	מספר זהות

ג הטיפול במבוטח		
מתאריך	מחלות וליקויים מהם סובל המבוטח	המבוטח בטיפולי החל מתאריך
		שנה חודש

ד האבחנה	
האבחנה הנוכחית	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
המבוטח בטיפולי בנוגע לאבחנה זו החל מתאריך -	התלונות/הסימנים למחלה הנוכחית התחילו בתאריך -
האם האבחנה והתלונה הנוכחית הן תוצאה של:	תאונת עבודה <input type="checkbox"/> תאונת דרכים <input type="checkbox"/>
אם כן, פרט	
.....	
.....	

תאריך: חתימת הרופא וחותמת: 