

## ניתוחים בבי"ח פרטי בישראל

יש למלא ולהעביר אלינו באמצעות הדואר או הפקס את טופס בקשה לאישור ולתיאום ניתוח בטופס זה 3 חלקים:

- 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', נועד למילוי על ידי הרופא המקצועי הקבוע בקופ"ח (רופא מקצועי המטפל בך בקשר עם הבעיה הרפואית הקשורה לניתוח, כגון אורטופד, רופא נשים, רופא עיניים וכד'), ובהעדר רופא מקצועי, יש למלא הטופס על ידי רופא משפחה או רופא ילדים;
- ג. חלק ג', שנועד למילוי על ידי הרופא המנתח שצפוי לבצע את הניתוח.

## ניתוחים שבוצעו בבי"ח פרטי באמצעות הביטוח המשלים (כללית מושלם/פלטיום, מכבי זהב, לאומית זהב, מאוחדת עדיף ומאוחדת שיא) וניתוחים שבוצעו בבי"ח ציבורי באמצעות קופ"ח/ביטוח משלים

יש למלא ולהעביר אלינו באמצעות הדואר או הפקס את טופס בקשה לאישור ולתיאום ניתוח לאחר שמולאו בו חלקים א' ו-ב' בלבד כדלהלן:

- 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 הקשורה לניתוח, כגון אורטופד, רופא נשים, רופא עיניים וכד'), ובהעדר רופא מקצועי, יש למלא הטופס על ידי רופא משפחה או רופא ילדים.
- ג. סיכום שחרור/גיליון ניתוח.
- ד. במידה ושולמה על ידך השתתפות עצמית יש להעביר קבלה.  
הערה: בניתוחים לילדים בגילאי 0-12 יש לצרף מכתב תולדות מחלה מרופא הילדים המטפל בילד באופן קבוע.

## השתלות, טיפולים מיוחדים וניתוחים בחו"ל

על פי הפוליסה, הנך מחויב לפנות אלינו בטרם ביצוע ההשתלה או הניתוח בחו"ל ואף בטרם יצירת קשר עם גורם כלשהו בחו"ל, שכן פניה כאמור היא תנאי לזכאותך על פי הפוליסה.  
בשלב הראשון עליך למלא ולהעביר אלינו באמצעות הדואר או הפקס את טופס תביעה להחזר הוצאות/פיצוי, 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 הקשורה לניתוח, כגון אורטופד, רופא נשים, רופא עיניים וכד'), ובהעדר רופא מקצועי, יש למלא הטופס על ידי רופא משפחה או רופא ילדים.
- ג. כמו כן יש לצרף:  
מסמכים רפואיים המפרטים מהו הניתוח/טיפול מיוחד/השתלה באיזה מרכז רפואי בחו"ל מבוקש לבצעם.

במקרה של טיפול מיוחד בחו"ל – חוות דעת של מומחה רפואי בתחום הרלבנטי, הקובע כי הניתוח/טיפול עונה להגדרת "טיפול מיוחד בחו"ל" בפוליסה שברשותך.

**תרופות - החזר הוצאות/אישור מראש**

עליך למלא ולהעביר אלינו באמצעות הדואר או הפקס את טופס תביעה להחזר הוצאות תרופות בלבד, 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 הקשורה לניתוח, כגון אורטופד, רופא נשים, רופא עיניים וכד'), ובהעדף רופא מקצועי, יש למלא הטופס על ידי רופא משפחה או רופא ילדים.
- ג. מרשם רפואי חודשי.
- ד. במקרה של החזר הוצאות יש לצרף קבלות מקוריות בגין התשלום עבור רכישת התרופות.

**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 באמצעות הדואר את טופס תביעה להחזר הוצאות/פיצוי, 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 הקשורה לניתוח, כגון אורטופד, רופא נשים, רופא עיניים וכד'), ובהעדף רופא מקצועי, יש למלא הטופס על ידי רופא משפחה או רופא ילדים.
- ג. טופס עליך לצרף קבלה/קבלות מקוריות בגין התשלום עבור השרות שניתן (חוות דעת רפואית, בדיקה, טיפולים וכו').

**הערות:**

- לידיעתך - ייתכן והינך זכאי להחזר בגין ההתייעצות באמצעות הביטוח המשלים שברשותך. מיצוי זכאות זו בנוסף לתקרה בפוליסה תאפשר לך לקבל החזר גבוה יותר. במידה והינך בוחר בדרך זו עליך לשלוח העתק קבלה ואישור השב"ן על גובה החזר.
- 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.

בברכה,

מחלקת תביעות בריאות ישראלים ועובדים זרים  
הראל חברה לביטוח

# בקשה לאישור ולתיאום ניתוח

הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לנשים ולגברים

## 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 שלושה חלקים אשר ימולאו על-ידי שלושה גורמים שונים: חלק א' - נועד למילוי בידי המבוטח, חלק ב' - למילוי בידי הרופא המטפל חלק ג' - למילוי בידי הרופא המנתח.**

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 התחייבות לתשלום הניתוח ו/או 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.**

שים לב!

אם אתה זכאי לכיסוי הניתוח על-ידינו ותבחר לבצעו, כולו או חלקו, באמצעות הביטוח המשלים של קופת-חולים או כל גורם אחר, תהיה זכאי לפיצוי כספי מיוחד בגין אי-תביעת הפוליסה.

### פרטי המבוטח

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה	מספר הפוליסה
רחוב	מספר בית	יישוב	מיקוד	מספר פקס
שם מקום העבודה	מספר טלפון בעבודה	0	מספר טלפון בבית	0
שם מקום העבודה של בן/בת הזוג	מספר טלפון בעבודה	0	מספר טלפון בבית	0
שם קופת החולים	הסניף	הכתובת		
שם הרופא המקצועי המטפל	שם רופא המשפחה המטפל			

### ביטוחי בריאות נוספים

האם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה למוסד לביטוח לאומי?  לא  כן, פרט \_\_\_\_\_

האם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה לגורם כלשהו אחר?  לא  כן, פרט \_\_\_\_\_

האם יש לך ביטוח משלים בקופת חולים?  לא  כן, משנת \_\_\_\_\_ מסוג \_\_\_\_\_

האם יש לך ביטוח משלים אחר?  לא  כן, בחברת \_\_\_\_\_

האם יש לך ביטוח כלשהו במקום העבודה?  לא  כן, בחברת \_\_\_\_\_

### פירוט הבקשה לאישור ולתיאום ניתוח

האם יש השתתפות של קופת החולים?  לא  כן, אמציא התחייבות מקופת חולים (ט' 17)

לרופא  לבית החולים  לרופא ולבית החולים

החזר הוצאות רפואיות - יש לצרף קבלות וחשבוניות מקוריות בלבד (העתקים לא יאושרו) פירוט ↓

תאריך	הסכום בש"ח	פרטי ההוצאה
		התייעצות לפני הניתוח עם מנתח הסכם שביצע ניתוח
אחר - 1		
2		
3		

### אופן תשלום התביעה

אם הנך מבקש לקבל את התשלום לחשבון הבנק, נא מלא את הפרטים **וצרף צילום שיק או אישור הבנק** על פרטי החשבון.

**לתשומת ליבך** - אם לא יוצרף האמור לעיל, יועבר התשלום בהמחאה.

בבנק \_\_\_\_\_ שם הסניף \_\_\_\_\_ מספר הסניף \_\_\_\_\_ מספר החשבון \_\_\_\_\_

הנני ממנה את סוכן הביטוח 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 בלבד.

שם \_\_\_\_\_  
מטפחה ופרטי \_\_\_\_\_  
תאריך \_\_\_\_\_ / חתימה \_\_\_\_\_

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, למלא ול/או למשרד הביטוח ו/או לכל חברת ביטוח ו/או לכל מוסד גורם אחר ככל שהדבר דרוש לביטוח והחובות ומוקנות 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 המבקש/ים 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 ואני/נו משחררים/ים אתכם מחובת שמירה על סודיות זו כלפי ה"מבקש". כתב ויתור זה מחייב את עזבוני/נו ובאי כוחי/נו החוקיים וכל מי שיבוא במקומי/נו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי/נו הקטינים.

ניתנת בזאת זכות לחברה לתבוע החזרים ולשוב 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.

שם \_\_\_\_\_  
מטפחה ופרטי \_\_\_\_\_  
תאריך \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_

אגף תביעות בריאות וחיים  
**מספר פקס: 03-7348166**
**למילוי בידי הרופאים**

 רופא נכבד,  
 על מנת להקל על הטיפול בפניית המבוטח, אנא ענה על כל השאלות שלהלן.

**חלק ב' – למילוי בידי רופא מקצועי מטפל**

חלק זה ימלא על ידי רופא מקצועי המטפל במבוטח, ובהיעדר רופא מקצועי מטפל, ימלא על-ידי רופא משפחה/ילדים.

**פרטי הרופא**

שם המשפחה	שם פרטי	ההתמחות	מספר טלפון	מספר טלפון סלולרי
רחוב	מספר בית	ישוב	מיקוד	מספר פקס

**פרטי המבוטח**

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות
----------	---------	-----------

**הטיפול במבוטח**

מתאריך	מחלות וליקויים מהם סובל המבוטח	המבוטח בטיפולי החל מתאריך	שנה	חודש

**האבחנה**

האבחנה הנוכחית		
המבוטח בטיפולי בנוגע לאבחנה זו החל מתאריך –		
התלונות/הסימנים למחלה הנוכחית התחילו בתאריך –	הצורך בניתוח נקבע בתאריך –	
האם האבחנה והתלונה הנוכחית הן תוצאה של: <input type="radio"/> תאונת עבודה <input type="radio"/> תאונת דרכים		
אם כן, פרט _____		

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת הרופא וחותמת /

**חלק ג' – למילוי בידי הרופא המנתח**

טופס זה אינו מהווה התחייבות לתשלום הניתוח ו/או הכרה בזכאות המבוטח לתשלום כלשהו.

**פרטי הרופא**

שם המשפחה	שם פרטי	ההתמחות	מספר טלפון	מספר טלפון סלולרי
רחוב	מספר בית	ישוב	מיקוד	מספר פקס

**פרטים על הניתוח המומלץ**

שם הניתוח המומלץ:
בדיקות וטיפולים מומלצים על-ידי:
את הניתוח מומלץ לערוך בתאריך:
בבית-חולים:

**הערות נוספות**

_____ _____
----------------