דף הנחיות להגשת תביעה-החזר הוצאות ״מדיקר בריאות״

לקוח יקר ,

להלן מערכת הנחיות ומסמכים הנדרשים לצורך הגשת תביעתך על פי תנאי כתב השירות ״מדיקר בריאות .״

הניסוח פונה לנשים וגברים כאחד ומנוסח בלשון זכר מטעמי נוחות בלבד .

על מנת לאפשר לנו לטפל בתביעתך באופן היעיל והמהיר ביותר, נבקשך למלא את טופס התביעה במלואו כנדרש ולצרף את המסמכים הרלוונטיים כמפורט בנספח א.׳

את טופס התביעה והמסמכים הנדרשים ניתן להגיש באמצעות מייל לכתובת :

office@medi-care.org.il

כמו כן נבקשך למלא את כתובת המייל שלך בטופס התביעה לצורך התקשרות .

במידה וברצונך להגיש את התביעה בעזרת סוכן הביטוח שלך, אנא מלא פרטיו בטופס.

שים לב!

מובהר כי קבלת טופס התביעה בחברתנו אינו מהווה הסכמה ו/או התחייבות ו/או אישור לתשלום .

אנו עומדים לרשותך בכל בקשה ושאלה בטלפון שמספרו : 073-7111111.

בברכה,

מחלקת תביעות
מדיקר פ.ר.ו שירותים בע״מ

נספח א' – רשימת המסמכים הנדרשים לצורך בירור ויישוב תביעה

1. טופס תביעה- מלא על כל חלקיו כולל החזר של הקופה או מביטוח אחר.
2. פירוט ההוצאה הרפואית
3. חשבונית מס קבלה .
4. הפניית רופא- במקרים שכתב השירות דורש זאת. על ההפניה להינתן טרם ביצוע הבדיקה בפועל .
5. צילום שיק מבוטל או אישור מהבנק על ניהול חשבון .
6. צילום ת.ז .

*במידה ופנית לשב"ן להחזר עבור קבלה בגין ייעוץ או כל טיפול אחר(באמצעות הקבלה המקורית) יש לשלוח אלינו העתק קבלה ואישור תשלום שב"ן לצורך השלמת התשלום בתביעה.

תביעה להחזר הוצאות על פי כתב שירו ת

״מדיקר בריאות״

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.
מילוי טופס זה יסייע לטפל בתביעתך במהירות ויעילות ועל כן יש להקפיד על מילוי מדויק ושלם.
בנוסף, יש לצרף את המסמכים הרלוונטיים לפי סוג התביעה כמפורט בהמשך .

פרטי התובע

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה
רחוב	מספר בית	ישוב	מיקוד
מספר טלפון	מספר נייד	פקס	מייל
שם קופת חולים	סניף	כתובת	

פרטי החשבון להחזר(קבלת התשלום הינה באמצעות העברה בנקאית בלבד)

שם הבנק :	סניף	שם הסניף	מספר חשבון

- חובה לצרף צילום שיק או אישור ניהול חשבון
- במקרה של תובע מתחת לגיל 18 יש להעביר מכתב חתום ע״י שני ההורים שבו יצוינו פרטי המוטבים, בצירוף צילום ת.ז של המוטבים .

הנני מאשר לסוכן הביטוח שלי מר/גב׳_____ לטפל בשמי ועבורי בכל הקשור לתביעה זו, לרבות להגיש ולקבל מחברת ״יש זכויות רפואיות בע״מ את כל התכתובות ו/או המסמכים הקשורים לתביעה ולשמש כשלוחי לכל דבר ועניין הנוגע לתביעה זו

תאריך_____ שם מלא_____ חתימת התובע _____

פרטי הסוכן

שם הסוכן :	נייד :	מייל :

פירוט התביעה

תאריך הטיפול	פירוט ההוצאה(התייעצות\ בדיקה אבחנתית)	סכום ההוצאה	הוגשה בקשה להחזר מהקופה *	סכום ההחזר שהתקבל מהקופה
			כן/לא	
			כן/לא	
			כן/לא	
			כן/לא	

*ישנה אפשרות לקבל החזר לכיסוי מלא של ההוצאה, בהתאם לתנאי כתב השירות

חתימת התובע

תאריך_____ שם התובע_____ מס' זהות_____ חתימה _____

הנני מאשר/ת כי ידוע לי שמסירת המידע האישי והמידע הרפואי במסגרת טופס תביעה זה נדרשת לצורך בירור, טיפול ויישוב התביעה, וכי החברה תהא רשאית לאסוף, לשמור, לעבד ולהעביר מידע זה לגורמים מטעמה או לגורמים מורשים על פי דין, ככל שהדבר נדרש לשם בירור התביעה ומימושה, והכל בהתאם להוראות כל דין, לרבות חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א-1981, והתקנות מכוחו.

למידע נוסף בדבר אופן עיבוד המידע האישי וזכויותיך לפי דין, ניתן לעיין במדיניות הפרטיות של החברה בכתובת: WWW.MEDI-CARE.ORG.IL.

חתימה _____