

## 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 בשני אופנים:

- א. בצורה מקוונת באתר האינטרנט של החברה: [www.medi-care.org.il](http://www.medi-care.org.il)
- ב. בפקס שמספרו 077-9030372 או באמצעות מייל לכתובת [office@medi-care.org.il](mailto:office@medi-care.org.il)
- ג. בדואר לכתובת: רחוב המצודה 29, אזור ת.ח 11416

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: 0737111111.

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
2. פירוט ההוצאה הרפואית
3. קבלות\*
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 שירות "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* כן/לא	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 \_\_\_\_\_