

בקשה לאישור ולתיאום ניתוח

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.
גא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.

- 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 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. אגא 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 פרטי		שם משפחה	
מספר זהות	מספר זהות	מספר בית	מספר בית	מספר פקס	מספר הפוליסה
רחוב	רחוב	מספר טלפון בעבודה	מספר טלפון בעבודה	מספר טלפון סלולרי	מספר טלפון סלולרי
שם מקום העבודה	שם מקום העבודה של בן/בת הזוג	מספר טלפון בבית	מספר טלפון בבית	מספר טלפון סלולרי	מספר טלפון סלולרי
שם קופת החולים	סניף	כתובת	כתובת	דואר אלקטרוני*	E-mail
שם הרופא המקצועי המטפל	שם הרופא המקצועי המטפל				

פרטי האישיים הנזכרים לעיל, הינם הפרטים הנכונים והמעודכנים ובאים במקום כל עדכון קודם.
הנני מורה בזאת להראל לעדכן את פרטי האישיים בפוליסת הבריאות, בהתחשב במידע המעודכן שמסרתי לעיל.
תאריך: _____ חתימת המבוטח: _____
מצ"ב העתק ת.ז. הכוללת פרטי כתובתי המעודכנת.
לידיעה - במידה ולא אפשר עדכון הפרטים ו/או לא אצרף העתק ת.ז., תעשה הראל שימוש בפרטים מעלה רק בקשר עם התביעה הנמכחת.
*לקבלת עדכון און-ליין לגבי סטטוס התביעה.

ביטוחי בריאות נוספים	
האם הגשת או בכונתך להגיש תביעה למוסד לביטוח לאומי?	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____
האם הגשת או בכונתך 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 _____ 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 _____

פירוט הבקשה לאישור ולתיאום ניתוח	
האם יש השתתפות של קופת החולים? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, אמציא התחייבות מקופת חולים (ט' 17)	לרופא <input type="checkbox"/> לבית החולים <input type="checkbox"/> לרופא ולבית החולים <input type="checkbox"/>
החזר הוצאות רפואיות - יש לצרף קבלות וחשבוניות מקוריות בלבד (העתקים לא יאושרו) פירוט:	
תאריך	פרטי הוצאה
התייעצות לפני הניתוח עם מנתח הסכם שביצע ניתוח	
אחר - 1	
2	
3	

בקשה לאישור ולתיאום ניתוח

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.
נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.

- 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.

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

ד האבחנה		
האבחנה הנוכחית		
המבוטח בטיפולי במוגע לאבחנה זו החל מתאריך:	התלונה/הסימנים למחלה הנוכחית התחילו בתאריך:	הצורך בניתוח אובחן לראשונה בתאריך:
האם האבחנה והתלונה הנוכחית הן תוצאה של: <input type="checkbox"/> תאונת עבודה <input type="checkbox"/> תאונת דרכים <input type="checkbox"/> אחר, כן, פרט		

תאריך: _____ חותמת וחתימת הרופא: _____

חלק ג' - למילוי בידי רופא המנתח

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

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

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

ג הערות נוספות	

תאריך: _____ חותמת וחתימת הרופא: _____