

כתובת אתר האינטרנט www.harel-group.co.il	אבא הלל 3, ת"ד 10951, רמת גן 5200901	כתובת הדואר האלקטרוני polisotbs@harel-ins.co.il	טלפון *2735 פקס 037348178
--	---	---	------------------------------

תמצית תנאי תכנית השירות- אבחון רפואי מהיר

מספר תכנית 518 מהדורה 10/2023

תמצית פרטי תכנית השירות							
שם הביטוח	אבחון רפואי מהיר						
סוג הביטוח	כתב שירות						
תקופת השירות	בהתאם לפוליסת הביטוח אליה מצורף תכנית השירות וכמפורט בסעיף 6 לתוכנית השירות.						
תיאור השירות	מעניק למנוי שירות אבחון רפואי מהיר בבית חולים פרטי שבהסכם עם המבטח, במגוון מצבים רפואיים ומחלות. האבחון מתבצע על-ידי רופא מומחה וכולל ביצוע של בדיקות רפואיות אבחנתיות נדרשות, תוך זמן קצר, לרבות קבלת דו"ח אבחון בסיום התהליך. השירות ניתן אצל ספק שירות בהסכם עם המבטח בלבד.						
תכנית השירות אינה מכסה את המנוי במקרים הבאים (חריגים בכתב שירות) אחרי כמה זמן מתחילת תכנית השירות ניתן לקבל שירות (אכשרה)1 עלות השירות	במקרים המפורטים בסעיף 3 לתוכנית השירות. באפשרותך לפנות לחברה לקבלת מידע מפורט בעניין זה. כמפורט בסעיף 1.14 לתכנית זו - 60 יום.						
<table border="1"> <tr> <td>גיל</td><td>מחיר תכנית השירות החודשי ללא הנחות ותוספות</td></tr> <tr> <td>ילד עד גיל 20</td><td>2.27</td></tr> <tr> <td>21-69</td><td>17.04</td></tr> </table> (מדת 13396) שים לב! מחיר תכנית השירות עלול להשתנות בהתאם למצבך הרפואי או עקב מתן הנחה. מחיר תכנית השירות זה נכון למועד פרסומו. דמי הביטוח בפוליסה יקבעו לפי גיל המבוטח במועד הצטרפותו לביטוח וישתנו במהלך תקופת הביטוח על פי טבלת דמי הביטוח, בהתאם לגילו של המבוטח. גיל המבוטח לצורך חישוב דמי הביטוח, יקבע באופן הבא: יראו את יום הולדתו של המבוטח כאילו חל בראשון לחודש יום ההולדת (לדוגמא: מבוטח שיגיע לגיל 40 ביום 10.01.2024, יראו את ה-01.01.2024 כמועד הגיעו לגיל 40).		גיל	מחיר תכנית השירות החודשי ללא הנחות ותוספות	ילד עד גיל 20	2.27	21-69	17.04
גיל	מחיר תכנית השירות החודשי ללא הנחות ותוספות						
ילד עד גיל 20	2.27						
21-69	17.04						

¹ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד כניסתו לתוקף של תכנית השירות לגבי המנוי. בקרות מקרה כתב שירות במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי המנוי לשירותים מכוח תכנית השירות.

תמצית תיאור השירותים בכתב שירות		
שם השירות	תיאור השירות	השתתפות העצמית
תהליך אבחון בסיסי	סעיף 2.1.1.6 לתוכנית - המנוי זכאי לפגישה עם רופא ממין אשר יקבע את הבדיקות האבחנתיות הראשונות (דם, שתן, רנטגן) הנדרשות לביצוע במסגרת האבחון אצל ספק השירות.	סעיף 2.1.1.6 לתוכנית - השתתפות עצמית בסך 180 ₪.
תהליך אבחון מקיף	סעיף 2.1.1.7 לתוכנית - במידת הצורך ועל פי שיקול דעת הרופא הממין, יכלול תהליך האבחון בדיקות רפואיות אבחנתיות נוספות (כגון MRI, מיפויים) לאלו שבאבחון הבסיסי. הבדיקות ייקבעו ויתאפשרו לביצוע אצל ספק השירות, תוך זמן קצר.	סעיף 2.1.1.7 לתוכנית - השתתפות עצמית בסך 500 ₪. במצטבר (כולל גם את השירות בתהליך אבחון בסיסי).
אבחון גניקולוגי	סעיף 2.1.1.8 לתוכנית - בנוסף לאבחונים המפורטים לעיל, במקרה של צורך במצבי תחלואה בתחום הגניקולוגיה, הרופא הממין יהיה רופא מומחה בתחום הגניקולוגיה.	סעיף 2.1.1.8 לתוכנית, ההשתתפות העצמית תהיה כלהלן - לאבחון גניקולוגי בסיסי על פי סעיף 2.1.1.6 סך של 300 ₪. לאבחון גניקולוגי מקיף על פי סעיף 2.1.1.7 סך של 700 ₪.
בדיקות עבור ילד מנוי עד גיל 14	סעיף 2.1.1.9 לתוכנית - במקרה של צורך באבחון ילד מנוי עד גיל 14, יכלול השירות ביצוע של הבדיקות הרפואיות האבחנתיות הנדרשות אצל ספק השירות, על פי הפניית רופא מומחה שיציג המנוי, ללא תהליך אבחון של רופא ממין או רופא מומחה מטעם השירות וללא קבלת דו"ח אבחון.	סעיף 2.1.1.9 לתוכנית - השתתפות עצמית בסך 150 ₪.
הסכומים האמורים הינם לפי מדד 13396.		

התנאים המלאים והמחייבים הינם התנאים המפורטים בפוליסה ובתכנית השירות.