

טלפון * 2735
פקס 037348178

כתובת הדואר האלקטרוני
polisotbs@harel-ins.co.il

אבא היל 3, ת"ד 10951,
רמת גן 5200901

כתובת אתר האינטרנט
www.harel-group.co.il

תמצית תנאי תכנית השירות - אבחון רפואי מהיר

מספר תכנית 518 מהדורה 10/2023

תמצית פרטית תכנית השירות							
שם הביטוח	אבחון רפואי מהיר						
סוג הביטוח	כתב שירות						
תקופת השירות	בהתאם לפוליסת הביטוח אליה מצורף תכנית השירות ומפורט בסעיף 6 לתוקונית השירות.						
טיור השירות	מעניק למנייני שירות אבחון רפואי מהיר בבית חולים רפואי שבמסכם עם המבטח, במגוון מצבים רפואיים ומחלות. האבחון מתרחש על-ידי רופא מומחה וככלל ביצוע של בדיקות רפואיות אבחנותיות נדרשות, תוך זמן קצר, לרבות קבלת דוח אבחון בסיום התحالין.						
תכנית השירות אינה מכסה את המניין במרקם הבאים (חריגים בכתב השירות) לקבלת מידע מפורט בעניין זה.	השירות נתן אצל ספק שירות בהסכם עם המבטח בלבד.						
אחרי כמה זמן מתחילה תכנית השירות ניתן לקבל שירות (אசריה) ¹	כמפורט בסעיף 1.14 לתקנית זו - 60 ימים.						
עלות השירות	<table border="1"> <thead> <tr> <th>גיל</th><th>מחיר תכנית השירות החודשי ללא הנחות ותוספות</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ילדי עד גיל 20</td><td>2.27</td></tr> <tr> <td>21-69</td><td>17.04</td></tr> </tbody> </table> <p>(מדד 13396)</p> <p>שים לב: מחיר תכנית השירות עלול להשתנות בהתאם למצבך הרפואי או עקב מתן הנחה.</p> <p>מחיר תכנית השירות זה נכון למועד פרסוםו.</p> <p>דמי הביטוח בפוליסה יקבעו לפי גיל המבוטח במועד הцентрפותו לביטוח וישתנו במהלך תקופת הביטוח על פי טבלת דמי הביטוח, בהתאם לגילו של המבוטח.</p> <p>ויל המבוטח לצורך חישוב דמי הביטוח, יקבע באופן הבא: יראו את יום הולדתו של המבוטח כאילו חל לראשונה בחודש יום ההולדת (לדוגמא: מבוטח הגיעו לגיל 40 ביום 10.01.2024, יראו את-ה-01.01.2024 כמועד הגעה לגיל 40).</p>	גיל	מחיר תכנית השירות החודשי ללא הנחות ותוספות	ילדי עד גיל 20	2.27	21-69	17.04
גיל	מחיר תכנית השירות החודשי ללא הנחות ותוספות						
ילדי עד גיל 20	2.27						
21-69	17.04						

¹ תקופת אصرה - תקופה המתחילה במועד כניסה לתוקף של תכנית השירות לגבי המניין. בקרים מקרה כתוב שירות במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי המניין לשירותים מכוח תכנית השירות.

תמצית תיאור השירותים בכתב שירות		
שם השירות	תיאור השירות	השתתפות העצמית
תהליך אבחון בסיסי	סעיף 2.1.6 לתוכנית - השתתפות עצמית בסך 180 ש. סעיף 2.1.6 לתוכנית - המוני זכאי לפגישה עם רופא ממין אשר יקבע את הבדיקות האבחנויות הראשונות (دم, שתן, רנטגן) הנדרשות לביצוע במסגרת האבחון אצל ספק השירות.	
תהליך אבחון מكيف	סעיף 2.1.7 לתוכנית - השתתפות עצמית בסך 500 ש. סעיף 2.1.7 לתוכנית - במידת הצורך ועל פי שיקול דעת הרופא המופיע, יכול התהליך האבחון בבדיקות רפואיות אבחנויות נוספות (כגון MRI, מיפויים) לאלו שבאבחון הבסיסי. הבדיקות יקבעו ויתאפשרו לביצוע אצל ספק השירות, תוך זמן קצר.	
אבחון גנטולוגי	סעיף 2.1.8 לתוכנית, ההשתתפות העצמית תהיה ככל הלאן - סעיף 2.1.6 לuebasון גנטולוגי בסיסי על פי סעיף 2.1.6 סך של 300 ש. לuebasון גנטולוגי מكيف על פי סעיף 2.1.7 סך של 700 ש.	סעיף 2.1.8 לתוכנית - בנוסף לאבחונים המפורטים לעיל, במקרה של צורך במצב תחלואה בתחום הגנטולוגיה, הרופא המופיע יהיה רופא מומחה בתחום הגנטולוגיה.
בדיקות עורילד מני עד גיל 14	סעיף 2.1.9 לתוכנית - השתתפות עצמית בסך 150 ש. סעיף 2.1.9 לתוכנית - במקרה של רופא מומחה שציג המוני, ללא תהליכי רופא מומחה שציג המוני, ללא קבלת דוח אבחון מטעם השירות ולא קבלת דוח אבחון.	
הסכום האמורין הימם לפי מzd 13396.		

התנאים המלאים והמחיבים הינם התנאים המפורטים בפוליסה ובתכנית השירות.