



ביטוח בריאות ושיניים קבוצתי

לעובדי וגמלאי התעשייה האווירית ובני משפחותיהם



ב' אלול תשע"ט
2 ספטמבר 2019

עובדים/ות וגמלאים/ות יקרים!

בימים אלה סיימנו תהליך לחידושה ושדרוגה של פוליסת ביטוח הבריאות והשיניים עם חברת הביטוח "הראל".

אגודת העובדים מייחסת חשיבות רבה למענה מקיף ואיכותי בביטוח הבריאות והשיניים באמצעות קולקטיב התע"א - כולנו עדים לחוסרים המובנים במערכת הבריאות הציבורית בישראל. לצערנו, סל הבריאות ואף לא הביטוחים המשלימים של קופות החולים מצליחים למלא את החסר.

תכנית הביטוח המוצגת לפניכם משלימה את החלל במעטפת הכיסוי הביטוחי בתחום הבריאות והשיניים תוך כדי שהיא מביאה לידי ביטוי את ההתפתחויות האחרונות בשוק ביטוחי הבריאות ונותנת מענה לצרכים הנדרשים לשמירה על איכות החיים ולעיתים אף להצלחתם.

תכנית הביטוח החדשה תחל מיום ה- 1.9.19

לתשומת לב העובדים, החל ממועד תחילת הכיסוי הביטוחי במסגרת התכנית החדשה להלן: "המועד הקובע" ייפתח "חלון ההזדמנויות" למשך 90 יום (עד ה- 30.11.19) בו ניתן יהיה לצרף את התא המשפחתי (בן/בת הזוג והילדים עד גיל 21) של העובד לפי תוכנית הביטוח של העובד.

החל מהמועד הקובע ולמשך 90 יום יתאפשר גם מעבר בין תוכניות הביטוח:

- א. מתכנית א' לתכנית ב' ולהיפך לעובדים בלבד.
- ב. מתוכנית ב' לתוכנית א' עבור גמלאי האגודה.

למען שיפור הביטחון הרפואי שלך ושל בני משפחתך, אנו ממליצים לברר את זכאותכם במסגרת "חלון ההזדמנויות".

בברכת בריאות טובה ואריכות ימים!



יאיר כץ
מזכיר הארגון הארצי



גיא שנע
יו"ר ועדת ביטוח

תוכן עניינים

4.....	גילוי נאות
34.....	פוליסה לביטוח בריאות ושיניים קבוצתי
61.....	פרק א': השתלות, ניתוחים/טיפולים מיוחדים בחו"ל
65.....	פרק ב': ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ לאחר השתתפות עצמית
69.....	פרק ג': כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח
73.....	פרק ד': ניתוחים פרטיים ומחליפי ניתוח בחו"ל
76.....	פרק ה': תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות הממלכתי
80.....	פרק ו': שירותים רפואיים אמבולטוריים
93.....	פרק ז': טיפולי שיניים משמרים טיפולי וניתוחי חניכיים
111.....	פרק ח': טיפולים בכירורגיה פה ולסת, שיקום הפה, שתלים ושיקום על גביי שתלים דנטליים, טיפולי יישור שיניים לילדים

גילוי נאות

בריאות: טלפון *2735 פקס 03-7348178 שיניים: טלפון: 703-703-700-1 פקס: 03-7348102	כתובת דואר אלקטרוני בריאות: polisotbs@harel-ns.co.il שיניים: services@harel-ins.co.il	אבא הלל 3, ת"ד 1951, רמת גן 5211802	כתובת אתר האינטרנט www.harel-group.co.il
--	--	--	--

תמצית תנאי הביטוח - ביטוח בריאות ושיניים קבוצתי לעובדי וחברי התעשייה האווירית ובני משפחותיהם

תמצית פרטי הפוליסה	
שם הביטוח	ביטוח בריאות ושיניים קבוצתי לחברי ועובדי התעשייה האווירית ובני משפחותיהם.
סוג הביטוח	פרק א' - השתלות, ניתוחים/ טיפולים מיוחדים בחו"ל. פרק ב' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ לאחר השתתפות עצמית. פרק ג' - כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח (לבעלי שב"ן) - פרק זה יחול במקום פרק ב' על מבוטח אשר בחר בפרק זה. פרק ד' - ניתוחים פרטיים ומחליפי ניתוח בחו"ל. פרק ה' - תרופות שאינן כלולות בסל בריאות הממלכתי. פרק ו' - שירותים רפואיים אמבולטוריים. פרק ז' - טיפולי שיניים משמרים, טיפולי וניתוחי חניכיים. פרק ח' - טיפולים בכירורגיה פה ולסת, שיקום הפה, שתלים ושיקום על גביי שתלים דנטאליים וטיפולי יישור שיניים לילדים. *בהתאם לתכנית שנרכשה על ידי המבוטח: תכנית א' כוללת: פרק א', פרק ב', פרק ג', פרק ד', פרק ה', פרק ו' ופרק ז'. ילד המבוטח עם הוריו יהיה זכאי בנוסף לכיסוי לטיפולי שיניים משמרים גם לטיפולי יישור שיניים (אורתודנטיה) לילדים עד גיל 17 שנה כמפורט בפרק ח' לפוליסה. תכנית ב' כוללת: תכנית א' ובנוסף את פרק ח'. תכנית ג' כוללת: פרק ז'. ילד המבוטח עם הוריו יהיה זכאי בנוסף לכיסוי לטיפולי שיניים משמרים גם לטיפולי יישור שיניים (אורתודנטיה) לילדים עד גיל 17 שנה כמפורט בפרק ח' לפוליסה. תכנית ד' כוללת: תכנית ג' ובנוסף את פרק ח'. תכנית ה' כוללת: פרק א', פרק ב', פרק ג', פרק ד', פרק ה' ופרק ו'.
תקופת הביטוח	5 שנים, החל מיום 1.9.2019 ועד ליום 31.8.2024.

תמצית פרטי הפוליסה	
השתלות, ניתוחים/ טיפולים מיוחדים בחו"ל שיפוי בגין הוצאות רפואיות ונלוות הקשורות בהשתלה או לטיפול המיוחד כמפורט בפרק, לרבות הוצאות לצוות הרפואי, הוצאות טיסה ושהיה וגמלת החלמה לאחר ביצוע השתלה על פי תנאי הפוליסה. ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ לאחר השתתפות עצמית כיסוי להוצאות רפואיות בישראל הקשורות בניתוח לאחר השתתפות עצמית של 1,180 ש"ח כאשר נדרש אשפוז, התייעצויות וטיפול מחליף ניתוח שבוצעו בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי, אשר יש למבטח עמו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין. כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח (לבעלי שב"ן) מיועד לבעלי שב"ן - כיסוי מעל הזכאות בשב"ן בגין הוצאות רפואיות בישראל הקשורות בניתוח, התייעצויות וטיפול מחליף ניתוח שבוצעו בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי, אשר יש למבטח עמו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין. ניתוחים פרטיים ומחליפי ניתוח בחו"ל כיסוי להוצאות רפואיות בחו"ל הקשורות בניתוחים שבוצעו בחו"ל וכן כיסוי להוצאות הנלוות להן. תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות הממלכתי כיסוי לרכישת תרופות שאינן כלולות בסל שירותי הבריאות או שאינן מכוסות בסל הבריאות בגין התוויה ועל פי סוגי התרופות המפורטות בפרק זה. יינתן כיסוי לטיפול רפואי הכרוך בנטילת תרופה. שירותים רפואיים אמבולטוריים השתתפות בהוצאות בהן נשא בפועל מבטח הנזקק עקב בעיה רפואית, שלא בעת אשפוז, לאחד מהשירותים האמבולטוריים כגון התייעצות עם רופא מומחה, בדיקות אבחנתיות, בדיקות מניעיות ולצורך אבחון, בדיקות היריון, טיפולים פיזיותרפיים, טיפול בבעיות התפתחות בילדים ועוד. טיפול שיניים משמרים, טיפולי וניתוחי חניכיים טיפולים משמרים: שירותי אבחון, צילומי רנטגן, עקירות, שחזורים, טיפולי שורש, הסרת אבנית, עזרה ראשונה ועוד. טיפול וניתוחי חניכיים: הערכה פריודנטלית, הקצעת שורשים, ניתוחי חניכיים ועוד. טיפולים בכירורגיה פה ולסת, שיקום הפה, שתלים ושיקום על גביי שתלים דנטאליים וטיפול יישור שיניים לילדים טיפול כיורורגיה פה ולסת: ביופסיה, הוצאת אבן, כריתת ציסטה ועוד. שיקום הפה: מבנים, כתרים, תותבות ועוד. שתלים ושיקום על גביי שתלים דנטאליים: השתלות שיניים, מבנים וכתרים על גביי שתל, השתלת עצם, הרמת סינוס פתוחה / סגורה ועוד. טיפול יישור שיניים לילדים עד גיל 17 שנה: יישור שיניים חלקי/מלא, תיק צילומים אורתודנטיים ועוד.	תיאור הביטוח

תמצית פרטי הפוליסה	
הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים (חריגים בפוליסה) באירוע ביטוחי בגין מצב רפואי קודם וכן, במקרים המפורטים בסעיפים בתנאי הפוליסה: חריגים כללים לפוליסה סעיף 13. פרק ב' ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ לאחר השתתפות עצמית סעיף 4. פרק ג' כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח (לבעלי שב"ן) סעיף 6. פרק ד' ניתוחים פרטיים ומחליפי ניתוח בחו"ל סעיפים 5 ו-6. פרק ה' תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות הממלכתי סעיף 6. פרק ו' שירותים רפואיים אמבולטוריים סעיף 4. פרק ח' - שיקום הפה - סעיף ג' שתלים ושיקום על גבי שתלים דנטאליים - סעיף ג' באפשרותך לפנות לחברה לקבלת מידע מפורט בעניין זה.	
פרק א' השתלות, ניתוחים/טיפולים מיוחדים בחו"ל, סעיף 5.3.13 השתלה שלא במימון החברה בחו"ל, פיצוי בגובה 400,000 ₪. פרק ד' ניתוחים פרטיים ומחליפי ניתוח בחו"ל, סעיף 4.2.7 פיצוי בגובה 25,000 ₪ בגין מענק חד פעמי לניתוח גדול אשר משך האשפוז בגינו לפחות 8 ימים. פרק ו' שירותים רפואיים אמבולטוריים, סעיף 2.14 פיצוי בגובה 300,000 ₪ בגין הדבקות במחלת איידס או בצהבת מסוג B בצהבת מסוג C.	גובה הפיצוי הכספי שאקבל
פרק ב' ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ לאחר השתתפות עצמית, תקופת אכשרה של 90 ימים לניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצות. בנוגע להריון או לידה תהיה תקופת האכשרה 12 חודשים בלבד. פרק ג' כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח (לבעלי שב"ן), תקופת אכשרה של 90 ימים לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצות. בנוגע להריון או לידה תהיה תקופת אכשרה 12 חודשים בלבד. פרק ו' שירותים רפואיים אמבולטוריים, תקופת אכשרה של 12 חודשים בגין אבחון בעיות התפתחות ילדים/ ליקוי למידה, טיפול בבעיות התפתחות הילד. בגין יעוץ פסיכולוגי ופסיכיאטרי למבוטחים עד גיל 18 תהא תקופת אכשרה בת 3 חודשים. בגין רפואה משלימה ויעוץ דיאטטי במקרה של גילוי מחלה קשה תחול תקופת אכשרה בת 3 חודשים לגבי מבוטחים שהצטרפו לראשונה לביטוח זה. פרק ח' שיקום הפה, סעיף החלפת שחזורים פרוטטיים, שתלים ושיקום על גביי שתלים דנטאליים, הכיסוי יינתן לאחר תקופת אכשרה של 12 חודשי ביטוח רצופים בפרק ח'.	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)¹
פרק ו' שירותים רפואיים אמבולטוריים, בגין תשלום במקרה של אובדן מוחלט של כושר העבודה כתוצאה ישירה תהא תקופת המתנה של שלושה חודשים.	אחרי כמה זמן מקרות מקרה הביטוח אהיה זכאי לתגמול (המתנה)²

תמצית פרטי הפוליסה	
השתתפות עצמית	פרק ב' ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ לאחר השתתפות עצמית, השתתפות של 1,180 ₪ לכל מקרה ביטוח, במקרה של ניתוח הכולל אשפוז של לילה אחד או יותר. במקרה של ניתוח ללא אשפוז לילה לאחר הניתוח - לא תחול השתתפות עצמית. פרק ה' תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות הממלכתי, השתתפות של 300 ₪ לחודש. בגין תרופות שעלותן מעל 5,000 ₪ ו/או תרופה למחלת סרטן - ללא השתתפות עצמית. פרק ו' שירותים רפואיים אמבולטוריים, השתתפות של 20% מההוצאות בפועל. בגין בדיקות אבחנתיות, בדיקות גנטיות מניעתיות ולצורך אבחון, מימון לשירותי פונדקאות, בדיקות ושירותים לנשים בהריון, ביצוע בדיקה לאבחון גנטי טרום לידתי, השתתפות בהוצאות בגין אביזרים רפואיים, מנוי למשדר קרדיולוגי, טיפול בדום נשימה והפרעות נשימה בשינה תהא השתתפות עצמית של 25%. בגין שיקום הדיבור ו/או הראיה ו/או ריפוי בעיסוק למבוטח לאחר אירוע מוחי תהא השתתפות עצמית של 15%. בגין אבחון בעיות התפתחות ילדים / ליקויי למידה, טיפול בבעיות התפתחות בילדים, ייעוץ פסיכולוגי ופסיכיאטרי למבוטחים עד גיל 18 וכיסוי לרפואה משלימה וייעוץ דיאטטי במקרה של מחלה קשה תהא השתתפות עצמית בגובה 40%. קיבל מבוטח את הטיפול הרפואי הכלול על פי פרק זה במסגרת השב"ן - ללא השתתפות עצמית. פרק ז' טיפולי שיניים משמרים, טיפולי ניתוחי חניכיים - כמפורט בלוח תגמולי הביטוח מטה. פרק ח' - טיפולים בכירורגיה פה ולסת, שיקום הפה, שתלים ושיקום על גביי שתלים דנטאליים וטיפול ישוור שיניים לילדים - כמפורט בלוח תגמולי הביטוח מטה.
האם קיימים כיסויים חופפים בביטוח המשלים של קופות החולים	חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי הבריאות הנוספים של קופות החולים.

תמצית פרטי הפוליסה				עלות הביטוח
דמי הביטוח החודשיים בש"ח עבור חבר שהינו עובד:				
אופן התשלום: מרוכז ע"י בעל הפוליסה				
עובד	תכנית א'	תכנית ב'		
	88.83 ₪ במימון של המעסיק למעט גילום שווי המס בגין ההטבה	249.00 ₪ מתוכם 88.83 ₪ במימון המעסיק למעט גילום שווי המס בגין ההטבה		
בן/בת זוג	133.30 ₪	249.00 ₪		
*ילד עד גיל 21 שנה	73.50 ₪	73.50 ₪		
ילד בוגר (מעל גיל 21 שנה)	133.30 ₪	188.77 ₪		
*התשלום הינו עבור 3 ילדים מגיל 5 עד גיל 21 שנה, החל מהילד הרביעי ואילך- חינם				
תכניות ג', ד', ה' הינן עבור מבוטחים אשר היו מבוטחים בתוכניות אלו בתקופת הביטוח הקודמת:				
אופן התשלום: מרוכז ע"י בעל הפוליסה				
עובד	תכנית ג'	תכנית ד'	תכנית ה'	
	53.99 ₪	104.81 ₪	88.65 ₪	
בן/בת זוג	53.99 ₪	104.81 ₪	88.65 ₪	
*ילד עד גיל 21 שנה	50.81 ₪	50.81 ₪	21.99 ₪	
ילד בוגר (מעל גיל 21 שנה)	53.99 ₪	104.40 ₪	88.65 ₪	
*התשלום הינו עבור 3 ילדים מגיל 5 עד גיל 21 שנה, החל מהילד הרביעי ואילך- חינם.				
דמי הביטוח עבור תכנית שכוללת כיסוי משלים לניתוחים (לבעלי שב"ן):				
אופן התשלום : מרוכז ע"י בעל הפוליסה				
עובד	תכנית א'	תכנית ב'		
	86.83 ₪ במימון של המעסיק למעט גילום שווי המס בגין ההטבה	247.00 ₪ מתוכם 86.83 ₪ במימון המעסיק למעט גילום שווי המס בגין ההטבה		
בן/בת זוג	131.30 ₪	247.00 ₪		
*ילד עד גיל 21 שנה	71.50 ₪	71.50 ₪		
ילד בוגר (מעל גיל 21 שנה)	131.30 ₪	186.77 ₪		
*התשלום הינו עבור 3 ילדים מגיל 5 עד גיל 21 שנה, החל מהילד הרביעי ואילך- חינם				

תמצית פרטי הפוליסה			
עלות הביטוח	דמי הביטוח החודשיים בש"ח עבור חבר שהינו גמלאי		
	אופן התשלום: אמצעי גביה אישי		
	תכנית ב'	תכנית א'	
	חבר שהינו גמלאי	186.73 ₪	334.00 ₪
	בן/בת זוג של גמלאי	197.97 ₪	334.00 ₪
	*ילד עד גיל 21 שנה	73.50 ₪	73.50 ₪
	ילד בוגר (מעל גיל 21 שנה)	129.13 ₪	181.10 ₪
	*התשלום הינו עבור 3 ילדים מגיל 5 עד גיל 21 שנה, החל מהילד הרביעי ואילך- חינם		
	תכניות ג', ד', ה' הינן עבור מבטחים אשר היו מבטחים בתוכניות אלו בתקופת הביטוח הקודמת:		
	אופן התשלום: אמצעי גביה אישי		
שינוי הפרמיה במהלך תקופת הביטוח	תכנית ג'	תכנית ד'	תכנית ה'
	חבר שהינו גמלאי	51.44 ₪	128.81 ₪
	בן/בת זוג של גמלאי	51.44 ₪	128.81 ₪
	*ילד עד גיל 21 שנה	47.70 ₪	21.99 ₪
	ילד בוגר (מעל גיל 21 שנה)	51.44 ₪	97.72 ₪
	*התשלום הינו עבור 3 ילדים מגיל 5 עד גיל 21 שנה, החל מהילד הרביעי ואילך- חינם.		
	דמי הביטוח עבור תכנית שכוללת כיסוי משלים לניתוחים (לבעלי שב"ן):		
	אופן התשלום: אמצעי גביה אישי		
	תכנית א'	תכנית ב'	
	חבר שהינו גמלאי	184.73 ₪	332.00 ₪
	בן/בת זוג של גמלאי	195.97 ₪	332.00 ₪
	*ילד עד גיל 21 שנה	71.50 ₪	71.50 ₪
	ילד בוגר (מעל גיל 21 שנה)	127.13 ₪	179.10 ₪
	*התשלום הינו עבור 3 ילדים מגיל 5 עד גיל 21 שנה, החל מהילד הרביעי ואילך- חינם.		
	דמי הביטוח צמודים למדד שפורסם ביום 15.8.2019.		
	לאחר 30 חודשים תיתכן התאמת דמי הביטוח על פי תנאי הפוליסה.		

תמצית פרטי הפוליסה	
ביטול הביטוח: מוטב רשאי לבטל את הפוליסה בכל עת, בלא תנאי, למעט דרישת החזר כספי כמפורט בסעיפים 1-2 להלן: 1. מבטח רשאי לדרוש החזר כספי ממבטוח שביטל פוליסה, בכפוף לכל התנאים המצטברים שלהלן: א. המבטוח ביטל את הפוליסה במהלך שלוש השנים הראשונות ממועד צירופו לפוליסה לראשונה או במהלך תקופה המסתיימת בחלוף שלושת רבעי תקופת הביטוח שהוגדרה בפוליסה בעת צירופו לראשונה, לפי המוקדם ביניהם (להלן- התקופה הקובעת). לענין זה, במקרה של חידוש הפוליסה לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר (להלן- חידוש הפוליסה) שבמסגרתו נוסף לפוליסה סל טיפולים שלא היה קיים לפני החידוש - יראו את חידוש הפוליסה כמועד צירופו של המבטוח לפוליסה לראשונה. במקרה של חידוש פוליסה שלא נוסף במסגרתו סל טיפולים שלא היה קיים לפני החידוש - לא יראו במועד חידוש הפוליסה כמועד צירופו של המבטוח לפוליסה לראשונה. ב. תנאי ביטול הפוליסה פורטו בתכנית הביטוח, בטופס הגילוי הנאות ובטופס ההצטרפות. ג. סך תגמולי הביטוח גבוהים מסך הפרמיות ששולמו בגין הפוליסה. בחינת הסכומים כאמור תיערך רק ביחס למבטוח שלגביו הוגשה בקשה לביטול במהלך התקופה הקובעת, ללא קשר למבטוחים אחרים בפוליסה. 2. גובה ההחזר הכספי האמור בסעיף 1, לא יעלה על הנמוך מבין ההפרש בין סך תגמולי הביטוח לבין סך הפרמיות ששולמו בגין הפוליסה או מכפלת הפרמיה החודשית שמשולמת בגין המבטוח שלגביו הוגשה בקשת הביטול במספר החודשים שנותרו עד תום התקופה הקובעת. לענין חישוב גובה ההחזר הכספי יוגדרו - "סך תגמולי הביטוח"- סך תגמולי הביטוח ששילם המבטח במהלך התקופה הקובעת בגין תביעות מכוח הפוליסה של המבטוח שלגביו הוגשה בקשת הביטול. אם התקופה הקובעת היא מיום חידוש הפוליסה כאמור בפסקה 1 (א), חישוב ההחזר הכספי יהיה על פי תגמולי הביטוח ששילם המבטח בגין סל הטיפולים החדש בלבד. המבטח יהיה רשאי לכלול בתגמולי הביטוח הוצאות בגין ניהול תביעות בשיעור שייקבע בפוליסה, שלא יעלה על עשרה אחוזים מסך תגמולי הביטוח. "סך הפרמיות"- סך הפרמיות ששולמו בשל המבטוח שלגביו בקשת הביטול במהלך התקופה הקובעת. אם התקופה הקובעת היא מיום חידוש הפוליסה כאמור בפסקה (1)(א), הפרמיות לצורך חישוב ההחזר הכספי יהיו הפרמיות ששולמו בגין סל הטיפולים החדש בלבד.	תנאי ביטול פרקים ז' - ח' על ידי המבטוח לפי חוזר "ביטוח שיניים" 1 - 4 - 2012

¹תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבטוח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

²תקופת המתנה - תקופה המתחילה בקרות מקרה ביטוח בגינה אין המבטוח זכאי לפיצוי או לשיפוי כלשהו, אלא רק בסופה.

תמצית תיאור הכיסויים בפוליסה			
פרק א' - השתלות, ניתוחים/ טיפולים מיוחדים בחו"ל			
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	ההשתתפות העצמית
ביצוע השתלה בחו"ל	השתלה לפי סעיף 1.2 - ריאה, אונת ריאה לב, כליה, לבלב, כבד, אונת כבד, רחם, מעי, שחלה/ות, קרנית וכל שילוב ביניהם ו/או חלק מהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, או השתלת מח עצמות מתורם אחר או מח עצמות שמקורו בתרומה עצמית של המבוטח או השתלת תאי אב, ו/או תאי גזע מדם היקפי ו/או דם טבורי ו/או דם פריפרי מתורם זר ו/או מגופו של המבוטח וכל שילוב ביניהם כחלק מהשתלת מח עצמות השתלה תכולול גם השתלת או תפעול בעזרת איבר מלאכותי כדוגמת לב מלאכותי ו/או השתלת איבר ממקור אחר לרבות השתלת איבר מבע"ח. בגין ביצוע השתלה יכוסו הוצאות רפואיות והוצאות נלוות לרבות אשפוז בחו"ל עד 90 יום לפני ועד 300 יום לאחר הביצוע, הוצאות שהייה, טיפולי המשך ועוד. סעיף 5.3.13 פיצוי חד פעמי להשתלה שבוצעה בחו"ל והחברה לא השתתפה במימונה בתשלום לגורם כלשהו.	סעיף 5.1 - כיסוי מלא אצל נותן שירות שבהסכם. סעיף 5.1 - עד לסך של 4,000,000 ₪ אצל נותן שירות שלא בהסכם. במקרה של צורך בהשתלת מח עצם - עד 250,000 ₪. סעיף 5.3.13 - פיצוי חד פעמי בסך 400,000 ₪ להשתלה שבוצעה בחו"ל ללא השתתפות החברה.	
טיפול רפואי מיוחד בחו"ל	סעיף 5.2 - תשלום בגין הוצאות רפואיות לביצוע טיפול מיוחד בחו"ל כמפורט בתנאי הפוליסה.	סעיף 5.2 - כיסוי עד לסך של 1,250,000 ₪. היה והוציא המבוטח בישראל תשלומים בגין הכיסוי לטיפול מיוחד בחו"ל, יהיה זכאי המבוטח לתשלום מהחברה המבטחת עד 20% מסכום הביטוח המרבי לטיפול מיוחד.	
גמלת החלמה לאחר ביצוע השתלה	סעיף 5.3.12 לאחר ביצוע השתלה.	סעיף 5.3.12 סכום חודשי בסך 7,000 ₪ למשך 24 חודשים, למעט השתלת קרנית ו/או מח עצמות עצמית.	
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.		

פרק ב' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ לאחר השתתפות עצמית (בגובה 1,180 ₪ במקרה של ניתוח הכולל אשפוז לילה אחד או יותר)		
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
התייעצות אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח	סעיף 2 לפרק - התייעצות שבוצעה בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי שיש למבטח עמו הסדר התייעצות.	סעיף 3.1 - שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח ועד לסך של 1,500 ₪ להתייעצות, אצל רופא שאין לגביו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין.
ניתוח שבוצע בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי שיש למבטח עמו הסדר ניתוח	סעיפים 3.2, 3.3 לפרק - שכר מנתח, ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית.	ההוצאות הרפואיות הנדרשות במהלך ניתוח ואשפוז עד 30 יום הנלווה לביצועו בבית חולים פרטי/ מרפאה כירורגית פרטית ובתנאי שיש למבטח לגביהם הסדר ניתוח. לא ניתן כיסוי לניתוח, שאין למבטח לגביו הסדר ניתוח.
טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל	סעיף 3.4 לפרק - טיפול מחליף ניתוח	טיפול מחליף ניתוח וזאת עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל.
הערות	לתשומת לבך, חברות הביטוח משווקות פוליסה אחידה לביטוח ניתוחים. כלומר, חברות הביטוח שמציעות פוליסה זו מציעות את אותו המוצר. בכפוף להתאמות שבוצעו בפוליסה קבוצתית זו. אם ברצונך לעבור לפוליסת ניתוחים מסוג משלים שב"ן, תוכל לעשות זאת ברצף ביטוחי תוך שמירה על זכויותיך. ביטוח ניתוחים וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב"ן הם מוצרים דומים, אך ביטוח ניתוחים מאפשר התנהלות מול חברת הביטוח בלבד וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב"ן מחייב פניה לקופת החולים טרם פניה לחברת הביטוח.	

פרק ג' - כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - לבעלי שב"ן		
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
התייעצות אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח	סעיף 2 לפרק - התייעצות שבוצעה בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי שיש למבטח עמו הסדר התייעצות.	סעיף 3.1 - כיסוי מעל ומעבר לזכאות במסגרת השב"ן (כללית מושלם/פלטינום, לאומית זהב, מאוחדת עדיף/שיא, מגן זהב) - שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח ועד לסך של 1,500 ₪ להתייעצות, אצל רופא שאין לגביו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין.
ניתוח שבוצע בישראל באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי שיש למבטח עמו הסדר ניתוח	סעיפים 3.2, 3.3 לפרק - שכר מנתח, ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית.	כיסוי מעל ומעבר לזכאות במסגרת השב"ן (כללית מושלם/פלטינום, לאומית זהב, מאוחדת עדיף/שיא, מגן זהב) - ההוצאות הרפואיות הנדרשות במהלך ניתוח ואשפוז עד 30 יום הנלווה לביצועו בבית חולים פרטי/מרפאה כירורגית פרטית ובתנאי שיש למבטח לגביהם הסדר ניתוח. לא ניתן כיסוי לניתוח, שאין למבטח לגביו הסדר ניתוח.
טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל	סעיף 3.4 לפרק - טיפול מחליף ניתוח	טיפול מחליף ניתוח וזאת עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל.
הערות	לתשומת לבך, חברות הביטוח משווקות פוליסה אחידה לביטוח ניתוחים. כלומר, חברות הביטוח שמציעות פוליסה זו מציעות את אותו המוצר. בכפוף להתאמות שבוצעו בפוליסה קבוצתית זו. למימוש כיסוי בגין ניתוח, עליך לפנות לקופת החולים למימוש זכויותיך על פי השב"ן (שירותי בריאות נוספים). חברת הביטוח תעניק כיסוי מעבר לזכאותך בתכנית השב"ן בקופת החולים במקרה של ביצוע ניתוח.	

פרק ד' - ניתוחים פרטיים ומחליפי ניתוח בחו"ל		
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
הוצאות הקשורות בניתוח שבוצע בחו"ל	סעיפים 4.1, 4.2 בפרק - שיפוי עבור הוצאות רפואיות בביצוע ניתוח בחו"ל, וכן להוצאות נוספות, בין היתר עבור הטסה רפואית, הוצאות שהייה, התייעצות עם רופאים מומחים ועוד. בכפוף לכך שהניתוח אושר מראש על ידי המבטח, ושההתקשרות עם נותני השרות הרפואי ותאום הניתוח ייעשו ישירות על ידי המבטח.	במקרה של ביצוע ניתוח אצל נותן שירות שבהסדר עם המבטח - שיפוי מלא עבור הוצאות רפואיות הקשורות בניתוח.
הוצאות שהייה	סעיף 4.2.3 בפרק - הוצאות שהייה במקרה ותקופת האשפוז לאחר הניתוח תעלה על 7 ימים.	במקרה של ביצוע ניתוח אצל נותן שירות שאינו בהסדר עם המבטח, יכסה המבטח את עלות הניתוח ובכל מקרה לא יותר מ-200% מעלות כוללת של ביצוע הניתוח בארץ.
כיסוי להוצאות הטסת גופה	סעיף 4.2.4 בפרק הוצאות הטסת גופה לישראל לאחר ניתוח אם נפטר חו"ח המבטח בעת שהותו בחו"ל.	הוצאות שהייה - למלווה אחד עד 1,000 ₪ ליום ועד לסך מרבי של 100,000 ₪. במקרה שהמבטח קטין עד 1,250 ₪ ליום ועד 125,000 ₪.
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.	

פרק ה' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות הממלכתי

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	ההשתתפות העצמית
תרופות שאינן נכללות בסל שירותי הבריאות	סעיף 1.2.6 - 1.2.9 בפרק - תרופה אשר מטרתה לאבחן או למנוע או לטפל או לרפא או להאריך חיים או להקל בכאב או להקל על הסימפטומים הרפואיים או שנועד לטפל במצב רפואי שנגרם עקב מחלה או תאונה או למנוע החמרה או הישנות או התפתחות של אותה מחלה (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים), אשר אינו נכלל בסל הבריאות הממלכתי ו/או אשר נכלל בסל הבריאות להתוויה שונה מזו אשר בגינה נדרש לטיפול במבוטח, ובלבד שהוא מופיע ברשימת התרופות המאושרות לשימוש ו/או שאושרו לשימוש על ידי המדינות המוכרות או מוכרות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח. "תרופה" לצורך הגדרה זו תכלול גם תרופה המוגדרת כ-OFF LABEL בהתאם לפרוט כדלהלן: כל תרופה שאושרה לשימוש באחת מהמדינות המוכרות, אך לא להתוויה הרפואית ו/או במינון שונה ו/או בעיתי שונה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובלבד שהתרופה הוכרה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח. או תרופת יתום כהגדרתה בפרק תרופות. או תרופת חמלה, או תרופת IND, או תרופות לפי סעיף 29 ג, או טיפול תרופתי נילווה כהגדרתן פרק זה.	סכום ביטוח מרבי לפרק הינו עד לסך של 5,000,000 ₪. הסכום יתחדש אחת ל-3 שנים עבור סעיפים 1.2.1 - 1.2.6 לפרק זה. סכום ביטוח מרבי של 200,000 ₪ לסעיפים 1.2.7 - 1.2.8. סכום ביטוח מרבי של 200,000 ₪ לסעיף 1.2.9. במידה ויוכח כי התרופה יעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, תקרת הכיסוי תהא בסך של 500,000 ₪.	עבור תרופות על פי סעיפים 1.2.6 - 1.2.9 לפרק זה - 300 ₪. למעט בגין תרופות שמחירן המרבי המאושר עולה על סכום של 5,000 ₪ שבהן לא תחול השתתפות עצמית על פי תנאי סעיף 4 בפרק זה.
הוצאות טיפול רפואי הכרוך בנטילת תרופה	סעיף 3.9 בפרק - שיפוי בגין טיפול רפואי הכרוך בנטילת תרופה.	עד לסך של 500 ₪ ליום לכל טיפול.	
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.		

פרק ו' - שירותים רפואיים אמבולטוריים				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ²	השתתפות עצמית
שירותים אמבולטוריים	סעיף 2 לפרק - החזר בגין ההוצאה בפועל בביצוע השירותים המפורטים בפרק כגון - התייעצות עם רופא מומחה, עלות חוות דעת נוספת, בדיקות אבחנתיות, בדיקות למחלת הסרטן, בדיקות הריון ועוד.	כיסוי עד לתקרה המרבית לכל טיפול כמפורט בפרק. למשל - עד לסך של 4,000 ₪ לבדיקות הריון ועד לסך של 1,200 ₪ לחוות דעת רפואית בישראל.	תקופת אכשרה לסעיפים ספציפיים המפורטים בפוליסה.	20% מההוצאה בפועל
התייעצות עם רופא מומחה (ללא קשר לניתוח)	סעיף 2.1 לפרק - החזר בגין התייעצות עם רופא מומחה לגבי בעיה רפואית פעילה בתחום הרלוונטי (לא כולל רופא ילדים ו/או רופא משפחה).	כיסוי עד ל-1,200 ₪ להתייעצות ועד סה"כ 2 התייעצויות לשנת ביטוח למבוטח.	ללא תקופת אכשרה	20% מההוצאה בפועל
בדיקות אבחנתיות	סעיף 2.3 לפרק - החזר בגין בדיקות מעבדה, בדיקות דם, הפרשות, רקמה ביולוגית, בדיקת פיברוסטאט, צילומי רנטגן, א.ק.ג ובדיקות הדמיה.	כיסוי עד 7,000 ₪ לכל בדיקה לשנת ביטוח. סכום ביטוח מרבי לכל הבדיקות בגובה 16,000 ₪ לכל שנת ביטוח.	ללא תקופת אכשרה	15% מההוצאה בפועל
בדיקות ושירותים לנשים בהריון	סעיף 2.7 לפרק - החזר בגין בדיקות מיוחדות לנשים בהריון, כגון סקירת מערכות, בדיקת מי שפיר או סיסי שיליה.	כיסוי עד 4,000 ₪ לכל הריון. במקרה והמבוטחת נושאת ברחמה תאומים או יותר, התקרה עד 8,000 ₪ לכל הריון.	ללא תקופת אכשרה	15% מההוצאה בפועל
בדיקה לאבחון גנטי טרום לידתי	סעיף 2.8 לפרק - בדיקות לגילוי גנים נשאים כגון סיסטיק פיברוזיס, תסמונת איקס שביר, גושה ועוד.	כיסוי עד 3,000 ₪ פעם אחת לכל הריון, ועד 6,000 ₪ לכל תקופת ההסכם.	ללא תקופת אכשרה	15% מההוצאה בפועל
טיפולים פיזיותרפיים/הידרותרפיים	סעיף 2.25 לפרק - החזר בגין טיפולים פיזיותרפיים/הידרותרפיים.	כיסוי עד 4,000 ₪ למקרה ביטוח.	ללא תקופת אכשרה	20% מההוצאה בפועל

²תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ²	השתתפות עצמית
אבחון בעיות התפתחות הילד/ ליקויי למידה	סעיף 2.27 לפרק - החזר בגין אבחון בעיות התפתחות הילד ו/או ליקוי למידה אצל ילד עד גיל 18 על ידי רופא מומחה בתחום ו/או ע"י מכון אבחון מוכר ו/או מאבחן המתמחה בין השאר באבחון פסיכו/דידקטי, אבחון הפרעות קשב וריכוז ובדיקות TOVA.	כיסוי עד 2,000 ₪, פעם אחת לתקופת ביטוח.	סעיף 2.27 - 12 חודשים למבוטחים שהצטרפו לראשונה לביטוח זה	40% מההוצאה בפועל
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.			

²תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

פרק ז' - טיפולים משמרים			
קוד טיפול	שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע*
D0120000	הערכה תקופתית של הפה- מטופל מוכר	בדיקה אחת לכל שנת ביטוח.	44.74
D0210000	צילום סטטוס מלא או לחילופין	צילום אחד לשלוש שנים.	182.14
D0210020	צילום סטטוס מקביליות מלא או לחילופין		239.68
D0330000	צילום פנורמי		182.14
D1110000	טיפול מונע - מבוגר. הסרת רובד, אבנית וכתמים במשן קבוע ומשן מעבר	2 ישיבות לכל שנת ביטוח.	142.26
D1120000	טיפול מונע - ילד. הסרת רובד, אבנית וכתמים במשן ראשוני ומשן מתחלף		
D1208000	הנחה מקומית של ג'ל פלואוריד	אחת לשנת ביטוח לילד עד גיל 14 שנה.	62.12
D7140000	עקירה, שן שבקעה או שורש חשוף, שן אחת	עקירה אחת לשן לתקופת הביטוח. מומלץ באישור המבטח מראש לטיפול.	144.62
D7140010	עקירה, שן שבקעה או שורש חשוף, שן שניה באותה ישיבה	עקירה רגילה/ כיורוגית, אחת לשן לתקופת הביטוח. מומלץ באישור המבטח מראש לטיפול.	139.96
D7140000	עקירה, שן שבקעה או שורש חשוף, שן אחת	עקירה למטרת יישור שיניים. עקירה אחת לשן לתקופת הביטוח. יש צורך באישור המבטח מראש לטיפול.	144.62
D7210000	עקירה כיורוגית, שן שבקעה לחלל הפה, הדורשת הרמת מתלה	עקירה אחת לשן לתקופת הביטוח לרבות הוצאת שתל** מומלץ באישור המבטח מראש לטיפול.	344.17
D7220000	עקירה כיורוגית - שן כלואה ברקמה רכה	עקירה אחת לשן לתקופת הביטוח. מומלץ באישור המבטח מראש לטיפול.	348.20
D7240000	עקירה כיורוגית- שן כלואה ברקמה קשה		439.66
D9930000	טיפול בסיבוכים, לאחר ניתוח, כגון מכתשית יבשה		209.44

קוד טיפול	שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע*
D3410000	כריתת חוד השורש, אפיקואקטומי- שן קדמית, כולל סתימה רטרוגרדית	מומלץ באישור המבטח מראש לטיפול.	476.26
D3421000	כריתת חוד השורש, אפיקואקטומי- שן טוחנת, שורש ראשון, כולל סתימה רטרוגרדית		
D3425000	כריתת חוד השורש, אפיקואקטומי- שן מלתעה, שורש ראשון, כולל סתימה רטרוגרדית		
D3920000	המיסקציה	אחד לשן לתקופת הביטוח. מומלץ באישור המבטח מראש לטיפול.	344.17
D7510000	חיתוך וניקוז מורסה- רקמה רכה בחלל הפה	פתיחה וניקוז מורסה כירורגי. יש צורך באישור המבטח מראש לטיפול.	139.96
D3220000	קטוע מוך שן נשירה או קבועה, לא כולל סתימה סופית	בשיני חלב ובשן שישית קבועה.	144.62
D3230000	טיפול שורש- שן נשירה, מילוי בחומר נספג, לא כולל שחזור סופי	טיפול שורש על פי צורך רפואי המודגם בצילום אבחנתי.	344.17
D3351000	אפקסיפיקציה	אחד לשן בתקופת ביטוח, לילד מגיל 5 עד 14 שנה. יבוצע על ידי מומחה. ישולם באופן פרטי ויוחזר תשלום כנקוב בעמודת הסכום המקסימלי שניתן לתבוע. יש צורך באישור המבטח מראש לטיפול.	516.25
		אפקסיפיקציה - ישיבת המשך. עד 3 ישיבות המשך. ישולם באופן פרטי ויוחזר תשלום כנקוב בעמודת הסכום המקסימלי שניתן לתבוע. יש צורך באישור המבטח מראש לטיפול.	160.00

קוד טיפול	שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע*
D3310000	טיפול שורש - שן קדמית, לא כולל שחזור סופי	טיפול שורש על פי צורך רפואי המודגם בצילום אבחנתי. **	344.17
D3320000	טיפול שורש-שן מלתעה, לא כולל שחזור סופי		תעלה אחת- 344.17
D3320000	טיפול שורש-שן מלתעה, לא כולל שחזור סופי		2 תעלות- 474.22
D3330000	טיפול שורש - שן טוחנת, לא כולל שחזור סופי		602.67
D3339000	טיפול שורש- 4 תעלות, לא כולל שחזור סופי		602.67
D3346000	חידוש טיפול שורש- שן קדמית	חידוש טיפול שורש אחד לשן לתקופת הביטוח על פי צורך רפואי המודגם בצילום אבחנתי. ** יש צורך באישור המבטח מראש לטיפול.	344.17
D3347000	חידוש טיפול שורש- שן מלתעה		תעלה אחת- 344.17
D3347000	חידוש טיפול שורש- שן מלתעה		2 תעלות- 474.22
D3348000	חידוש טיפול שורש- שן טוחנת		602.67
D3349000	חידוש טיפול שורש- 4 תעלות		602.67
D2140000	שחזור אמלגם- משטח 1, משנן ראשוני או קבוע	סתימה אחת לכל שן בשנה.	179.96
D2150000	שחזור אמלגם- 2 משטחים, משנן ראשוני או קבוע		
D2160000	שחזור אמלגם- 3 משטחים, משנן ראשוני או קבוע		
D2161000	שחזור אמלגם- 4 משטחים, משנן ראשוני או קבוע		
D2330000	שחזור מרוכב על בסיס שרף, אקריל-משטח 1, קדמי	שתי סתימות לכל שן בשנה, בשיניים קדמיות שמספרן 13-23, 33-43.	211.32
D2331000	שחזור מרוכב על בסיס שרף, אקריל-2 משטחים, קדמי		
D2332000	שחזור מרוכב על בסיס שרף, אקריל-3 משטחים, קדמי		
D2335010	שחזור מרוכב על בסיס שרף, אקריל-4 משטחים או יותר, קדמי		

קוד טיפול	שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע*
D2391000	שחזור מרוכב על בסיס שרף/אקריל - משטח 1, אחורי	סתימה אחת לכל שן בשנה.	211.32
D2392000	שחזור מרוכב על בסיס שרף/אקריל - 2 משטחים, אחורי		
D2393000	שחזור מרוכב על בסיס שרף/אקריל - 3 משטחים, אחורי		
D2394000	שחזור מרוכב על בסיס שרף/אקריל - 4 משטחים או יותר, אחורי		
D2951000	אחזית פינים - לכל שן, בנוסף לשחזור	פין פרה-פולפרי לחיזוק השחזור. עד 2 פינים לשן לסתימה.	28.99
D2930000	כתר טרומי מפלדת אל חלד - שן נשירה	כתר טרומי לילד עד גיל 18. אחד לשן לתקופת ביטוח.	262.28
D2931000	כתר טרומי מפלדת אל חלד - שן קבועה		
D9110000	עזרה ראשונה - טפול בכאב שיניים	בימי חול ובשעות העבודה. שלושה טיפולים בשנה.	70.00
		טיפול עזרה ראשונה בלילה בשעות 20:00 ועד 08:00 למחרת ו/או בימי חג ושב. שלושה טיפולים בשנה. ישולם באופן פרטי ויוחזר תשלום כנקוב בעמודת הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	227.88
D9220000	הרדמה כללית לטיפול שיניים, בנוכחות מרדים - עד שעה	מכוסה בבית חולים ציבורי כחלק מטיפול שיניים מכוסה. ישולם באופן פרטי ויוחזר תשלום כנקוב בעמודת הסכום המקסימלי שניתן לתבוע. יש צורך באישור המבטח מראש לטיפול.	1250 ₪ או עד 75% מההוצאה בפועל, הנמוך ביניהם.
D9221000	הרדמה כללית לטיפול שיניים מורכב, בנוכחות מרדים - מעל שעה		
D1510000	שומר מקום קבוע, חד צדדי	אחד ללסת לתקופת ביטוח. ישולם באופן פרטי ויוחזר תשלום כנקוב בעמודת הסכום המקסימלי שניתן לתבוע. יש צורך באישור המבטח מראש לטיפול.	421.25
D1351000	איטום חריצים, לכל שן	אחד לשן בשלוש שנים. לילד עד גיל 12 שנה, בשיניים קבועות שמספרן 4,5,6,7 וטוחנות נשירות שמספרן 4,5 לילד עד גיל 3 שנה.	45.00

קוד טיפול	שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע*
D2950000	בניית תווך, כולל פינים לסוגיהם	מבנה ישיר אחד לשן לתקופת ביטוח. יש צורך באישור המבטח מראש לטיפול.	329.58
*לרופא שאינו בהסכם - החזר המבטח למבוטח יהיה בגובה התשלום בפועל לפי חשבונית, אך לא יותר מסכום ההחזר הנקוב בטבלה לעיל לצד כל טיפול, הנמוך ביניהם. בפניה לרופא הסכם, במידה ונדרש צילום נשך או צילום פריאפקאלי, המבוטח יישא בהשתתפות עצמית בסך 20 ₪ עבור כל צילום (לרבות לצורכי ביצוע הערכה תקופתית).			
**תוספת של 50% לטיפול מאושר מראש לביצוע על ידי מומחה.			
הערות	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.		

פרק ז' - טיפולי חניכיים (פריודונטיים)			
- מבוטח מעל גיל 21 שנים יהיה זכאי להשתתפות המבטח בגין טיפולים פרוטטיים בכפוף להוראות, לתנאים והסייגים המצוינים בפוליסה. - טיפול פריודונטי יבוצע לאחר קבלת אישור החברה מראש והשלמת הטיפול המשמר. - כל טיפולי החניכיים שאושרו בכתב על ידי המבטח יבוצעו על ידי רופאים מומחים למחלות חניכיים, בעלי תעודת מומחיות מטעם משרד הבריאות בישראל.			
קוד טיפול	שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימלי שניתן לתבוע*
D0180000	הערכה פריודונטלית מקיפה- מטופל חדש/מוכר	בדיקה פריודונטלית אחת לתקופת הביטוח.	106.77
D4355000	הטריה והסרה של פלאק ואבנית בכל הפה לשם הערכה ואבחון מקיפים	בנוסף למכסה התקופתית בנספח המשמר, יכוסה טיפול הסרת אבנית נוסף לתקופת ביטוח. הטיפול יבוצע במרפאת מומחה למחלות חניכיים.	142.26
D4341000	סילוק אבנית והקצעת שורשים- 4 שיניים ויותר, לישיבה, 30 דקות	ארבע ישיבות לתקופת ביטוח.	169.48
D4240000	הרמת מתלה עם החלקת שורשים- 4 שיניים ויותר, רבע פה או לחילופין	הגבלת המבטח הינה להרמת מתלה עם החלקת שורשים או לחילופין לניתוח חניכיים הכולל עיצוב עצם ** אחת לתקופת הביטוח לכל אחד מרבעי הפה.	1703.12
D4260000	ניתוח חניכיים כולל עיצוב עצם- 4 שיניים ויותר, רבע פה		
D4910000	טיפול תחזוקה פריודונטלי	ישולם 3 חודשים לאחר גמר ביצוע ניתוח כירורגי.	142.35

קוד טיפול	שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימלי שניתן לתבוע*	השתתפות עצמית
D4321000	קיבוע חוץ כותרתי לשיניים ניידות	קיבוע אמלגם או קיבוע מחומר מרוכב אחד לכל לסת לתקופת הביטוח. ניתן לביצוע על ידי כל רופא שיניים.	485.30	ישולם באופן פרטי ויוחזר תשלום כנקוב בעמודת הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
D9940010	סד סיגרי/ סד לילה	אחת לשלוש שנים. ניתן לביצוע על ידי כל רופא שיניים.	323.02	ישולם באופן פרטי ויוחזר תשלום כנקוב בעמודת הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
D4249000	הארכת כותרת	אחת לשן לתקופת ביטוח.	345.48	ישולם באופן פרטי ויוחזר תשלום כנקוב בעמודת הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
D4381010	טיפול באמצעות פריוצ'יפ, לשן או לחילופין	עד 4 טיפולים ללסת בתקופת ביטוח.	51.77	ישולם באופן פרטי ויוחזר תשלום כנקוב בעמודת הסכום המקסימלי שניתן לתבוע

קוד טיפול	שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	הסכום המקסימלי שניתן לתבוע*	השתתפות עצמית
D4381020	טיפול מקומי באמצעות אליזול, לשן	עד 4 טיפולים ללסת בתקופת ביטוח.	777.54	ישולם באופן פרטי ויוחזר תשלום כנקוב בעמודת הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
D7510000	חיתוך וניקוז מורסה- רקמה רכה בחלל הפה	ממקור פריודונטלי.	203.35	67.78
* בפנייה לרופא שאינו בהסכם - החזר המבטח יהיה בגובה 75% מהתשלום בפועל לפי חשבוניות אך לא יותר מסכום ההחזר הנקוב בטבלה לעיל לצד כל טיפול, הנמוך ביניהם.				
** הכיסוי אינו כולל הנחת חומרים שונים במהלך הניתוח כגון תוספת עצם מלאכותית או עצם מן החי או אמדוגן או ממברנה וכדומה באם נדרשת כזו.				
חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.				הערות

פרק ח' - טיפולי כירורגיה פה ולסת				
■ מבטח מעל גיל 21 שנים יהיה זכאי להשתתפות המבטח בגין טיפולים בכירורגיה פה ולסת בכפוף להוראות, לתנאים והסייגים המצוינים בפוליסה. ■ הטיפול יבוצע לאחר קבלת אישור המבטח מראש.				
קוד טיפול	פירוט הכיסויים בפוליסה	דברי הסבר	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע*	השתתפות עצמית
D7960000	פרנולקטומי	אחד ללסת לתקופת הביטוח.	950.00	ישולם באופן פרטי ויוחזר תשלום כנקוב בעמודת הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
D7320000	אלבאולופלסטיקה ללא עקירות, רבע פה	אחת ללסת לתקופת הביטוח.	554.63	
D7286000	ביופסיה של חלל הפה - רקמה רכה	הוצאת רקמה מדגמית לשם בדיקת מעבדה, כולל את בדיקת המעבדה.	727.95	
D7980000	הוצאת אבן מבלוטת / צינור הרוק		462.20	
D7450000	כריתת ציסטה בלסת, קוטר עד 1.25 ס"מ		414.43	
* בפנייה לרופא שאינו בהסכם - החזר המבטח יהיה בגובה 75% מהתשלום בפועל לפי חשבוניות אך לא יותר מסכום ההחזר הנקוב בטבלה לעיל לצד כל טיפול, הנמוך ביניהם.				
הערות				חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.

פרק ח' - טיפולים פרוטטיים (שיקום הפה)					
■ מבטח מעל גיל 21 שנים יהיה זכאי להשתתפות המבטח בגין טיפולים פרוטטיים בכפוף להוראות, לתנאים והסתייגים המצוינים בפוליסה. ■ טיפול פרוטטי יבוצע לאחר קבלת אישור המבטח מראש.					
קוד טיפול	שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע * (אכשרה)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
D0150000	הערכה מקיפה של הפה- מטופל חדש/מוכר	שלוש בדיקות בתקופת הביטוח	44.47	ללא תקופת אכשרה	
D2950000	בניית תווך, כולל פינום לסוגיהם	מבנה ישיר אחד לשן לתקופת ביטוח.	329.58	ללא תקופת אכשרה	
		החלפת מבנה ישיר- החלפת מבנה תאוושר כעבור 7 שנים מביצוע המבנה הראשוני.	329.58	הזכאות לביצוע החלפת מבנה הינה למבטח שצבר 12 חודשי ביטוח רצופים בפרק ח'.	
D2952000		מבנה יצוק אחד לשן לתקופת ביטוח.	498.95	ללא תקופת אכשרה	166.32
		החלפת מבנה יצוק- החלפת מבנה תאוושר כעבור 7 שנים מביצוע המבנה הראשוני.	498.95	הזכאות לביצוע החלפת מבנה הינה למבטח שצבר 12 חודשי ביטוח רצופים בפרק ח'.	166.32
D2751000	כתר חרסינה מאוהה למתכת לא אצילה	כתר אחד לשן לתקופת ביטוח, לרבות יחידה תלויה בגשר. ההחזר בגין הכתר כולל עלות הכתר הזמני.	1226.53	ללא תקופת אכשרה	408.84
		החלפת כתר- החלפת כתר תאוושר כעבור 7 שנים מביצוע הכתר הראשוני.	800.00	הזכאות לביצוע החלפת כתר הינה למבטח שצבר 12 חודשי ביטוח רצופים בפרק ח	572.38

קוד טיפול	שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע * (אכשרה)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
D2740000	כתר חרסינה, כולו חרסינה	כתר זרקוניה, בשיניים קדמיות בלבד 13-23, 33-43 עד 2 כתרים למבוטח בתקופת הביטוח.	1839.80	ללא תקופת אכשרה	ישולם באופן פרטי ויוחזר תשלום כנקוב בעמודת הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
D9951000	איזון סגר - מוגבל	מותנה בביצוע אצל מומחה בשיקום הפה. 3 פעמים בתקופת הביטוח.	196.71	ללא תקופת אכשרה	ישולם באופן פרטי ויוחזר תשלום כנקוב בעמודת הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
D2710000	כתר על בסיס שרף/אקריל, מוכן בצורה לא ישירה, מבושל	כתר אחד לשן בתקופת ביטוח.	92.49	ללא תקופת אכשרה	92.49

קוד טיפול	שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע * (אכשרה)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
D5211000	תותבת חלקית עליונה- על בסיס שרף/אקריל, כולל ווים מקובלים, נחות ושיניים, כולל בסיס שרף אקרילן עם ווי שרף או תיל מלופף	תותבת חלקית אחת לכל לסת לתקופת ביטוח לרבות החלפת תותבת חלקית.	1279.34	ללא תקופת אכשרה	426.45
D5212000	תותבת חלקית תחתונה-על בסיס שרף/אקריל כולל ווים ונחות או לחילופין				
D5213000	תותבת חלקית עליונה- נשלפת מויטליום, כולל ווים ונחות				
D5214000	תותבת חלקית תחתונה- נשלפת מויטליום, כולל ווים ונחות				
D5810000	תותבת ביניים שלמה עליונה, כולל ווים ושיניים	תותבת מעבר זמנית חלקית אחת לכל לסת לתקופת ביטוח לצורך ביצוע למעלה מ-3 שנים, כולל ווים. או לחילופין תותבת מעבר זמנית שלמה אחת לכל לסת בתקופת הביטוח.	829.44	ללא תקופת אכשרה	373.05
D5811000	תותבת ביניים שלמה תחתונה, כולל ווים ושיניים				
D5820000	תותבת ביניים חלקית עליונה נשלפת, כולל ווים ונחות				
D5821000	תותבת ביניים חלקית תחתונה נשלפת, כולל ווים ונחות				

קוד טיפול	שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע * (אכשרה)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
D5130000	תותבת מידית - עליונה	תותבת ביניים חלקית נשלפת פליפר - לשיניים קדמיות בלבד, לסת עליונה ותחתונה. אחת ללסת לתקופת ביטוח.	221.55	ללא תקופת אכשרה	73.85
D5140000	תותבת מידית - תחתונה				
D5110000	תותבת שלמה עליונה	אחת לכל לסת לתקופת ביטוח לרבות החלפת תותבת שלמה.	2031.24	ללא תקופת אכשרה	677.08
D5120000	תותבת שלמה תחתונה או לחילופין				
D5863000	תותבת על עליונה שלמה				
D5865000	תותבת על תחתונה שלמה				
D2975000	כיפת שורש	אחד לשן לתקופת הביטוח.	516.09	ללא תקופת אכשרה	172.03
D6950000	מחבר מדויק/ חצי מדויק לתותבת חלקית קבועה	מחבר אחד לשן מאחזת משני צדי התותבת מקסימום 2 מחברים ללסת לתקופת הביטוח.	727.61	ללא תקופת אכשרה	242.61
D6055000	מוט מחבר נתמך שתלים או שיניים	אחד ללסת לתקופת הביטוח.	1584.00	ללא תקופת אכשרה	528.00
D5650000	הוספת שן לתותבת חלקית קיימת	שן ראשונה. לרבות החלפת שן בתותבת.	66.64	ללא תקופת אכשרה	22.22
		כל שן נוספת.	53.11	ללא תקופת אכשרה	17.70
D5660000	הוספת וו לתותבת חלקית קיימת	לרבות החלפת ויים בתותבת.	121.58	ללא תקופת אכשרה	40.53
D5510000	תיקון שבר בבסיס תותבת שלמה	תיקון שבר או סדק בתותבת.	134.71	ללא תקופת אכשרה	44.9
D5620000	תיקון שלד יצוק של תותבת	הלחמת תותבת.	216.99	ללא תקופת אכשרה	72.33
D2960000	ציפוי שן משרף/ אקריל בצד השפתי - labial במרפאה	תיקון פנים (פסטה) לכתר. אחד לשן לתקופת הביטוח.	251.12	ללא תקופת אכשרה	83.7

קוד טיפול	שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע * (אכשרה)	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
D5710000	חידוש בסיס תותבת שלמה עליונה	לרבות חידוש בסיס תותבת חלקית נשלפת. אחד ללסת לתקופת הביטוח.	407.53	ללא תקופת אכשרה	136.22
D5711000	חידוש בסיס תותבת שלמה תחתונה				
D5730000	ריפוד תותבת שלמה עליונה במרפאה	לרבות ריפוד רך בתותבת חלקית נשלפת. אחד ללסת לתקופת הביטוח.	189.02	ללא תקופת אכשרה	63.01
D5731000	ריפוד תותבת שלמה תחתונה במרפאה				
D5750000	ריפוד תותבת שלמה עליונה במעבדה	לרבות ריפוד קשה בתותבת חלקית נשלפת. אחד ללסת לתקופת הביטוח.	275.84	ללא תקופת אכשרה	91.95
D5751000	ריפוד תותבת שלמה תחתונה במעבדה				
D9110000	עזרה ראשונה- טפול בכאב שיניים	טיפול עזרה ראשונה בחו"ל. טיפול אחד בשנה.	362.53	ללא תקופת אכשרה	ישולם באופן פרטי ויוחזר תשלום כנקוב בעמוד הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
D9974000	הבהרת שיניים פנימית במרפאה, לשן	בשיניים 13-23, 33-43, אחד לשן לכל שלוש שנים	310.74	ללא תקופת אכשרה	ישולם באופן פרטי ויוחזר תשלום כנקוב בעמוד הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
* בפנייה לרופא שאינו בהסכם - החזר המבטח יהיה בגובה 75% מהתשלום בפועל לפי חשבוניות אך לא יותר מסכום ההחזר הנקוב בטבלה לעיל לצד כל טיפול, הנמוך ביניהם.					
חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.					הערות

שתלים ושיקום על גבי שתלים דנטאליים - פרק ח'

- מבוטח/ת מעל גיל 21 שנים יהיה זכאי להשתתפות המבטח בגין טיפולי התקנת שתלים, בכפוף להוראות, לתנאים והסייגים המפורטים בפוליסה.
- שתלים שאושרו על ידי המבטח באישור מוקדם, יבוצעו אך ורק על ידי רופא שיניים מומחה בכירורגיה פה ולסת או מומחה לטיפול וניתוחי חניכיים (פריודונטי) בעל רישיון מומחה מטעם משרד הבריאות בישראל או על ידי רופא "מורשה" בהסכם עם המבטח.

קוד טיפול	שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע*	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
D6010000	החדרה כירורגית של שתל דנטלי, כולל חשיפה וחיבור של כיפת ריפוי	10 שתלים לכל הפה למבטח לתקופת הביטוח, עד 5 לכל לסת.	800	הזכאות הינה למבטח שצבר 12 חודשי ביטוח רצופים בפרק ח'.	1104.31
D6056000	מבנה טרומי לשתל דנטלי	מבנה אחד לכל שתל מכוסה.	498.32	זכאות למבטח שצבר 12 חודשי ביטוח רצופים בפרק ח'.	166.32
		החלפת מבנה על גבי שתל- החלפת מבנה על גבי שתל תאושר כעבור 7 שנים מביצוע המבנה הראשוני.	249.16	הזכאות הינה למבטח שצבר 12 חודשי ביטוח רצופים בפרק ח'.	249.48

קוד טיפול	שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע*	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
D6060000	כתר חרסינה מאוחה למתכת לא אצילה על שתל	כתר אחד לכל שתל מכוסה לרבות יחידה תלויה אחת בין שתלים.	1226.53	הזכאות הינה למבוטח שצבר 12 חודשי ביטוח רצופים בפרק ח'.	408.84
		החלפת כתר על גבי שתל - החלפת כתר על גבי שתל תאושר כעבור 7 שנים מביצוע הכתר הראשוני.	800.00	הזכאות הינה למבוטח שצבר 12 חודשי ביטוח רצופים בפרק ח'.	613.26
D6920000	מחבר הצמדה לתותבת חלקית קבועה/ כיפות לייצוב ועיגון תותבת על	מחבר אחד לכל שתל מכוסה.	498.32	הזכאות הינה למבוטח שצבר 12 חודשי ביטוח רצופים בפרק ח'.	166.32
		החלפת מחבר - החלפת מחבר תאושר כעבור 3 שנים מביצוע המחבר הראשוני.	249.16	הזכאות הינה למבוטח שצבר 12 חודשי ביטוח בפרק ח'.	249.48

קוד טיפול	שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע*	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
D0382000	טומוגרפיה ממוחשבת עם קרן קונית- ביצוע של לסת עליונה	צילום למטרת ביצוע שתלים, צילום אחד ללסת לתקופת הביטוח.	207.05	הזכאות הינה למבוטח שצבר 12 חודשי ביטוח בפרק ח'.	206.12
D0381000	טומוגרפיה ממוחשבת עם קרן קונית- ביצוע של לסת תחתונה				
D7952000	הרמת סינוס פתוחה, לרבות השתלת עצם, חד צדדית או לחילופין	הרמת סינוס אחת לכל צד בתקופת ביטוח כפעולה מקדימה לביצוע שתלים שאושרו. הטיפול כולל השתלת עצם וממברנה במידת הצורך.	2500.00	הזכאות הינה למבוטח שצבר 12 חודשי ביטוח בפרק ח'.	4500.00
D7951000	הרמת סינוס סגורה, כולל עצם/ תחליפי עצם		1250.00	הזכאות הינה למבוטח שצבר 12 חודשי ביטוח בפרק ח'.	1000.00
D7950000	השתלת עצם בלסת עליונה/תחתונה, חד צדדית	השתלת עצם אחד ללסת לתקופת ביטוח כפעולה מקדימה לביצוע שתלים שאושרו (שאינה במסגרת הרמת סינוס).	1200.00	הזכאות הינה למבוטח שצבר 12 חודשי ביטוח בפרק ח'.	ישולם באופן פרטי ויוחזר תשלום נקוב בעמודת הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
*בפנייה לרופא שאינו בהסכם - החזר המבטח יהיה בגובה 75% מהתשלום בפועל לפי חשבוניות, אך לא יותר מסכום ההחזר הנקוב בטבלה לעיל לצד כל טיפול, הנמוך ביניהם.					
חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.					הערות

פרק ח' - טיפול יישור שיניים (אורתודנטיה) לילדים				
■ מבוטח/ת שגילו אינו עולה על גיל 17 שנים יהיה זכאי להשתתפות המבטח בגין טיפולי יישור שיניים, בכפוף להוראות, לתנאים והסייגים המפורטים בפוליסה. ■ טיפולי יישור שיניים שאושרו על ידי המבטח באישור מוקדם, יבוצעו אך ורק על ידי רופא שיניים מומחה באורתודנטיה (יישור שיניים ולסתות) בעל רישיון מומחה מטעם משרד הבריאות בישראל או על ידי רופא "מורשה" בהסכם עם המבטח.				
קוד טיפול	שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע*	השתתפות עצמית
D8040000	יישור שיניים חלקי למשנן מבוגר	הזכאות לטיפול יישור שיניים הוא אחד לתקופת ביטוח.	2848.46	1812.65
D8090000	יישור שיניים מלא למשנן מבוגר			
	תיק צילומים אורתודונטיים	הזכאות לתיק צילומים הוא אחד לתקופת הביטוח.	370.00	200.00
D7280000	חשיפת שן כלואה מסיבות אורתודונטיות, כולל הדבקת סמכים	אחת לשנ לתקופת ביטוח.	517.35	ישולם באופן פרטי ויוחזר תשלום כנקוב בעמודת הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
* בפנייה לרופא שאינו בהסכם - החזר המבטח יהיה בגובה 75% מהתשלום בפועל לפי חשבונות, אך לא יותר מסכום ההחזר הנקוב בטבלה לעיל לצד כל טיפול, הנמוך ביניהם.				
הערות חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.				

מדד הפוליסה שפורסם ביום 15.8.2019.

מידע נוסף:

סכומים שאינם בערך נקוב: יובהר כי תגמולי ביטוח מרביים שאינם בערך נקוב, אם קיימים בפוליסה שברשותך, מבוססים על מחירי הסכם המתעדכנים מעת לעת על פי המפורט באתר החברה.

לבירור גובה תגמולי הביטוח האמורים הנכללים בתכנית הביטוח שברשותך, ניתן לפנות למוקד הראל, בטלפון *הראל (2735*) או באתר האינטרנט של החברה שכתובתו www.harel-group.co.il/wps/portal
התנאים המלאים והמחייבים הינם התנאים המפורטים בפוליסה.

פוליסה לביטוח בריאות ושיניים קבוצתי

לחברי ועובדי אגודת התעשייה האווירית לישראל

ובני משפחותיהם הרשומה כאגודה עותומנית

שמספרה 133211

פוליסה זו מעידה כי תמורת תשלום דמי ביטוח ובכפופות לתנאים להוראות ולחריגים המפורטים להלן, הראל חברה לביטוח בע"מ תפצה ו/או תשפה ו/או תשלם לספק השירות ו/או למבוטח תגמולי ביטוח בגין מקרי ביטוח כמפורט בכל פרק בפוליסה.

החל מיום 1.9.2019 להלן: ("המועד הקובע"), תחליף פוליסה זו את הפוליסות הקודמות.

1. הגדרות כלליות

בפוליסה פרקיה ונספחיה יהיו למונחים הבאים המשמעות אשר מפורשת בצדם:

- 1.1. "המבטח" או "החברה" - הראל חברה לביטוח בע"מ.
- 1.2. "האגודה" - אגודת עובדי התעשייה האווירית לישראל, הרשומה כאגודה עותומנית שמספרה 133211.
- 1.3. "בעל הפוליסה" - האגודה כהגדרתה לעיל.
- 1.4. "תעשייה אווירית" או "תע"א" - התעשייה האווירית לישראל בע"מ ו/או אלתא מערכות בע"מ וכן כל חברת בת של התעשייה האווירית לישראל בע"מ, שבעל הפוליסה יבקש להחיל לגביה פוליסה זו וזאת בכפוף להוראות הדין ולהסכמת המבטח.
- 1.5. "הסכם קודם" - הסכמים קיימים בין בעל הפוליסה ובין המבטח החל משנת 1979, על כל תוספותיהם. מהשנים 1982, 1986, 1990, 1992, 1998, 2004 ומ-2007, 2011, 2014, 2016.
- 1.6. "המבוטח" - עובד/ חבר אגודת התעשייה האווירית לישראל הרשומה כאגודה עותומנית שמספרה 133211 התע"א, לרבות עובדי שירות אשראי לעובד (ש"ל), או עובדי האגודה וכן גמלאי התעשייה האווירית לישראל ובני משפחותיהם (בן או בת זוג ו/או ידועה/ בציבור ו/או ילדי עובד/חבר/ גמלאי עד גיל 21 שנה ו/או ילדי בן/ בת זוג עד גיל 21 שנה).
- 1.7. "עובד / חבר זכאי" - עובד באגודה אשר בתום 12 חודשי העסקה בתעשייה האווירית או על פי החלטת בעל הפוליסה יצורף לביטוח עפ"י הסכם זה. מוסכם כי מבוטח חוזר לא ייכלל בהגדרה זו (להלן: "מבוטח חוזר").
- 1.8. "פורש" - עובד המסיים עבודתו ואינו גמלאי.
- 1.9. "גמלאי" - עובד לשעבר בתעשייה האווירית או עובד לשעבר באגודה ואשר הגיע לגיל הפרישה המוקדמת או שמשולמת לו אחת מאלה והינו או היה חבר אצל בעל הפוליסה:
 - 1.9.1. קצבה המשולמת לעובד בשל פרישה מעבודה, לפי הסדר בדין או בהסכם, ולפיו תשולם קצבה מקופת המעסיק, לרבות באמצעות קופת גמל מרכזית לקצבה או קופת גמל מרכזית להשתתפות בפנסיה תקציבית, או מאוצר המדינה, לעובד או לנושא משרה שיצא לקצבה, במשך כל ימי חייו;
 - 1.9.2. תשלום חודשי המשולם לעובד בשל פרישה מעבודה, מקופת המעסיק, או מאוצר המדינה, לכל הפחות עד הגיעו לגיל הפרישה המוקדמת;
- 1.10. "גיל הפרישה המוקדמת" - כמשמעותו בסעיף 5 לחוק גיל פרישה, התשס"ד-2004.

- 1.11. **"ילד"** - מי שרשום בקובץ כח אדם של התע"א כבן/בת של עובד/חבר זכאי ו/או של הגמלאי וגילו אינו עולה על 21 שנה, ומבלי לגרוע מכלליות האמור לרבות ילדים חורגים ומאומצים. לרבות ילדים מנישואין קודמים ונכדים יתומים שהועברו לחזקת העובד/חבר.
- 1.12. **"ילד בוגר"** - ילד מעל גיל 21 שנה של עובד/חבר זכאי ו/או של גמלאי.
- 1.13. **"בן זוג"** - מי שרשום בקובץ כח אדם של המעסיק או במאגר מידע של בעל הפוליסה כבן / בת זוג של עובד/חבר זכאי ו/או הגמלאי לרבות ידועה/בציבור ולרבות בני זוג מאותו המין לרבות אלמן/נה של עובד/חבר/ת זכאית ו/או הגמלאית.
- 1.14. **"שארית"** - בן זוג וילדיו של עובד/חבר מבוטח שנפטר או של גמלאי מבוטח שנפטר או של ילד בוגר מבוטח שנפטר - במקרה של משפחה מורחבת.
- 1.15. **"משפחה מורחבת"** - ילד בוגר מעל גיל 21 שנה של עובד/חבר מבוטח, ובן/בת זוג וילדיהם עד גיל 21 שנה של הילד הבוגר, שהם נכדיו של העובד/חבר או של הגמלאי המבוטח.
- 1.16. **"מוטב"** - הזכאי לקבל את תגמולי הביטוח על פי הוראה שניתנה על ידי המבוטח, אם לא ניתנה הוראה כזו ובמקרה פטירתו של המבוטח, יורשיו החוקיים של המבוטח.
- 1.17. **"מבוטח קיים"** - כל מבוטח שעובר למועד הקובע, היה מבוטח בתוכנית הביטוח שבחר על פי ההסכם הקודם.
- 1.18. **"מבוטח חדש"** - מבוטח שאינו מבוטח קיים שיצורף להסכם זה במהלך תקופת הביטוח על פי תנאי ההצטרפות המפורטים בפוליסה.
- 1.19. **"מבוטח חוזר"** - מבוטח שהיה מבוטח באחת מתוכניות הביטוח בפוליסה זו וגרע עצמו מהביטוח ומבקש להצטרף מחדש.
- 1.20. **"תאריך תחילת הביטוח"** - 1.9.2019 ולהלן "המועד הקובע".
- 1.21. **"תאריך הצטרפות"** - התאריך בו הצטרף המבוטח לראשונה לביטוח באמצעות בעל הפוליסה, כפי שמופיע בקובץ נתוני המבוטחים שהועבר לחברה, למעט אם מוגדר אחרת בתנאי ההצטרפות בסעיף 2 להלן.
- 1.22. **"דמי הביטוח"** - הסכום החודשי של דמי הביטוח הנקוב בהסכם זה, שעל בעל הפוליסה ו/או המבוטח לשלם למבטח בעבור כל מבוטח, כשהוא צמוד למדד (כהגדרתו להלן) ומעודכן אחת לחודש.
- 1.23. **"מקרה הביטוח"** -
 - 1.23.1. **עבור הכיסוי הביטוחי בפרקים א'-ו' לפוליסה ואחת מאלה:**
 - א. מערך עובדתי ו/או נסיבתי אשר קיומו מקנה למבוטח זכות לתגמולי ביטוח על פי האמור בפרק א' לפוליסה
 - ב. אירוע המוגדר על פי פרקים א'-ו' לפוליסה לפי העניין בגינו זכאי המבוטח לתגמולי ביטוח.
 - 1.23.2. **עבור הכיסוי הביטוחי בפרקים ז'-ח' לפוליסה:**
 - א. טיפול שיניים שהחל והסתיים במהלך תקופת הביטוח הנוכחית בעקבות צורך רפואי המודגם באמצעי האבחנה המקובלים ברפואת שיניים, בכפוף לתנאים ולסייגים המצוינים בפרקים ז' - ח' לפוליסה.
 - ב. יובהר כי טיפולי שיניים שאושרו על ידי המבטחת בתקופת ביטוח קודמת **וטרם החלו בביצועם**, יאושרו באישור החברה מראש על פי תנאי הפוליסה החדשה.
 - ג. טיפולי שיניים שאושרו על ידי המבטחת בתקופת ביטוח קודמת **והחלו בביצועם וטרם הסתיימו בפועל**, ישולמו על פי האישור שניתן ולפי תנאי הפוליסה בתקופת הביטוח הקודמת, כל זאת בכפוף להיות המבוטח מבוטח בתקופת הביטוח הנוכחית (כתר זמני, השחזות יחשבו כתחילת טיפול).

- 1.24. **"תקופת אכשרה"** - תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מבוטח מתאריך הצטרפותו לביטוח, כמוגדר בסעיף 1.21 לעיל, ומסתיימת בתום התקופה שצוינה בכל פרק לפוליסה. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות, ותחול מחדש בכל פעם בה צורך המבוטח לביטוח מחדש בתקופות ביטוח בלתי רצופות. מקרה ביטוח שארע בתקופת האכשרה (למעט מקרה ביטוח עקב תאונה בפרקים א'-ו' לפוליסה) דינו כמקרה ביטוח שארע לפני תחילת הביטוח.
- 1.25. **"תקופת המתנה"** - תקופה המתחילה במועד קרות מקרה הביטוח ומסתיימת לאחר הימים שצוינו כתקופת המתנה באותו פרק בפוליסה.
- 1.26. **"מדד"** - מדד המחירים לצרכן המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה או בהעדר פרסום כנ"ל, מדד המתפרסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומו, או מדד כלשהו שיוחד לשירותי בריאות.
- 1.27. **"המדד היסודי"** - המדד הידוע במועד הקובע.
- 1.28. **"שנת ביטוח"** - תקופה של כל 12 חודשים רצופים, שהראשונה תחילתה בתאריך תחילת הביטוח כהגדרתו לעיל.
- 1.29. **"גיל"** - גיל המבוטח ייחשב לפי הראשון בחודש במועד יום הולדתו, ולצורך קביעת זכויותיו בפוליסה בשנה האחרונה של תקופת הביטוח ייקבע גילו על פי תאריך הלידה של המבוטח כמפורט בפוליסה.
- 1.30. **"דף פרטי הביטוח"** - דף המצורף לפוליסה שכולל את הפרטים והתנאים הדרושים לשם התאמת פוליסת הביטוח לתנאי חוזה הביטוח של המבוטח.
- 1.31. **"סכום ביטוח"** - הסכום המרבי לתגמולי ביטוח או סכומי ההחזר, לפי העניין כמפורט בתנאי הפוליסה בכל פרקי הפוליסה.
- 1.32. **"חוק הביטוח"** - חוק חוזה הביטוח תשמ"א - 1981 (כפי שיעודכן מעת לעת).
- 1.33. **"חוק הבריאות"** - חוק ביטוח בריאות ממלכתי תשנ"ד - 1994 (כפי שיעודכן מעת לעת).
- 1.34. **"ישראל"** - מדינת ישראל, כולל השטחים המוחזקים ע"י ישראל.
- 1.35. **"חו"ל"** - כל מקום או מדינה מחוץ למדינת ישראל, למעט מדינות אויב.
- 1.36. **"בית חולים"** - מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים כללי בלבד, להוציא מוסד שהוא גם סנטוריום, בית החלמה, בית הבראה.
- 1.37. **"בית חולים ציבורי"** - בית חולים המוגדר כבית חולים ציבורי במאגר המידע של משרד הבריאות.
- 1.38. **"בית חולים פרטי"** - בית חולים כמוגדר לעיל המורשה על ידי משרד הבריאות לבצע ניתוחים באופן פרטי ו/או בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013-2014 התשנ"ג-2013), ו/או בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות אישורו לו לספק שירות בחירת רופא בתשלום.
- 1.39. **"בית חולים מוסכם"** - בית חולים פרטי כמוגדר לעיל, הנמצא בהסכם עם החברה, במועד ביצוע הפרוצדורה.
- 1.40. **"בית חולים בהסכם בפרקים ז'-ח' לפוליסה"** - בית חולים ציבורי כמוגדר לעיל, הנמצא בהסכם עם החברה, במועד הגשת התביעה על ידי המבוטח.
- 1.41. **"רופא שיניים מטעם המבטח"** - רופא שיניים שימונה על ידי המבטח לעסוק בעניינים רפואיים בביטוח שיניים אצל המבטח.
- 1.42. **"רופא מומחה"** - רופא שקיבל ממשרד הבריאות בישראל מספר רישיון מומחה בתחום רפואי מסוים המחזיק ברישיון בתוקף.

- 1.43. **"נותן שירות שבהסכם"** - מנתח, בית חולים, וכל רופא או גוף אחר המהווה ספק שירות רפואי עמו קשורה או מתקשר החברה בהסכם, ובלבד שהיה בהסכם עם החברה במועד ביצוע הפרוצדורה/ מתן השירות.
- 1.44. **"השתתפות עצמית"** - חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח כמפורט בכל אחד מפרקי הפוליסה / תכניות הביטוח עד לתקרה לה התחייבה החברה. מובהר בזאת כי חבות החברה לתשלום כלשהו עפ"י פרקי הפוליסה, תהיה רק לאחר ששולמה ההשתתפות העצמית ע"י המבוטח ורק לגבי עלות התביעה שמעבר להשתתפות זו.
- 1.45. **לוח תגמולי ביטוח ולוח ההשתתפות עצמית** - לוח המצורף לפרקים ז'-ח' לפוליסה זו והמצוין את סכומי ההחזר שעל המבטח לשלם למבוטח בגין טיפולים המכוסים על פי פרקים ז'- ח' ביטוח שיניים וכן את גובה ההשתתפות העצמית שעל המבוטח לשאת עבור כל טיפול מכוסה, כשהם צמודים למדד.
- 1.46. **"רופא שיניים"** - רופא שיניים בעל רישיון ישראלי תקף, המתיר לו לעסוק ברפואת שיניים או מרפאת שיניים מורשה על פי חוק מטעם הרשויות המוסמכות בישראל לעסוק בריפוי שיניים. בכל מקום בפוליסה זו שנכתב "רופא שיניים" - לרבות רופא שיניים פרטי, רופא הסכם ורופא שיניים בחו"ל, הכול לפי המקרה.
- 1.47. **"שיננית"** - עובדת במרפאת שיניים בעלת תעודה ורישיון מורשה מטעם משרד הבריאות לעסוק בהדרכה ו/או ביצוע הסרת אבנית, או כל פעולה אחרת המותרת על פי חוק.
- 1.48. **"מחלה"** - הפרעה שיש לה סיבה ספציפית עם סימנים ותסמינים שניתן לזהותם; כל מצב לא תקין או כשל תפקודי של הגוף.
- 1.49. **"מעבדה"** - מעבדה רפואית המוכרת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל.
- 1.50. **"תביעה"** - פניה מאת מבוטח אל המבטח לתשלום עבור שירותים/ים לפי פוליסה זו ו/או לקבלת תגמולי ביטוח ו/או למתן התחייבות לתשלום עבור שירותים כאמור בפוליסה זו.
- 1.51. **"חיתום"** - תהליך קבלת ההחלטה בחברת הביטוח אם לקבל את המועמד לביטוח, ובאילו תנאים לקבלו (בתנאים רגילים, בתוספת פרמיה או בהחרגת הבעיה הספציפית אם קיימת).
- 1.52. **"סייג בשל מצב רפואי קודם"** - חריג כללי בפוליסה הפוטר את החברה מחבותה, או מפחית את חבות החברה או היקף הכיסוי, בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.
- 1.53. **"מצב רפואי קודם"**
- מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה. לעניין זה, "אובחנו במבוטח" - בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח.
- 1.54. **"יום אשפוז"** - שהות של 24 שעות בבית חולים.
- 1.55. **"טיפול ניסיוני"** - טיפול רפואי, לרבות מתן תרופה, שביצועו/ה מחייב הגשה לקבלת אישור מועדת הלסינקי.
- 1.56. **"רופא שיניים מומחה"** - רופא שיניים שקיבל ממשרד הבריאות בישראל מספר רישיון מומחה בתחום רפואי מסוים ובלבד שתחום מומחיותו הוא בתחום הרלוונטי הנדרש לביצוע טיפול השיניים ו/או מי שהוסכם עליו (להלן: **"רופא מורשה"**) על דעת רופא החברה של המבטח ובעל הפוליסה כמורשה בהסכם עם המבטח למתן שירותים המוגבלים לרופאים מומחים בתחום כאמור.
- 1.57. **"רופא שיניים בהסכם"** - רופא שיניים, לרבות מרפאת שיניים ומכוני צילום, הקשור עם המבטח בחוזה למתן טיפול שיניים במסגרת תכנית ביטוח הוצאות רפואת שיניים, אשר בינו לבין המבטח קיים הסכם למתן שירות רפואי, הנדרש בכל אחד מפרקי הפוליסה,

לפיו התמורה לה זכאי נותן השירות, בגין שירות שיניתן למבוטח, תשולם לו ישירות על ידי המבוטח ובלבד שהיה צד להסכם עם החברה במועד התביעה.
רשימת רופאי ההסכם תהיה בפריסה ארצית ותפורסם באתר האינטרנט של המבוטח. המבוטח שומר לעצמו את הזכות להוסיף או לגרוע מרשימת רופאי ההסכם על פי שיקול דעתו הבלעדי.

1.57.1 **בוצע הטיפול המכוסה באמצעות רופא שיניים הסכם** - תהא ההשתתפות העצמית של המבוטח בגין הטיפול המכוסה על פי הנקוב בלוח תגמולי הביטוח המצורף לפרקים ז'-ח' בעמודת "השתתפות עצמית".

1.57.2 **בוצע הטיפול המכוסה באמצעות רופא שאינו בהסכם** - ישפה המבוטח את המבוטח בסכום ששילם המבוטח עבור הטיפול לרופא לאחר ניכוי שעור/ סכום ההשתתפות העצמית בגין הטיפול המכוסה הנקוב בלוח תגמולי הביטוח או בסכום תקרת ההחזר, הנמוך מבין השניים.

1.58 **"קופת חולים"** - תאגיד כהגדרתו בחוק הבריאות. להלן קופות החולים שהוכרו על ידי שר הבריאות נכון למועד הקובע: שירותי בריאות כללית, מכבי שירותי בריאות, קופת חולים מאוחדת וקופת חולים לאומית.

1.59 **"מכון צילום"** - מכון צילום המחזיק ברישיון מטעם הרשויות המוסמכות לעסוק בצילום רנטגן או צילומי "פוטו", או הדמיה לרבות מכוני צילום העוסקים במטבעים/אנליזות / צילומי CT וטומוגרפיה או סריקות / ממוגרפיות רפואיות בעל רישיון למכשיר קרינה למטרות רפואיות.

1.60 **"ותק"** - מספר החודשים ברציפות שצבר המבוטח באותה תכנית ביטוח (לעניין מעבר מתכנית א' לתוכנית ב').

1.61 **"שירותי בריאות נוספים" (שב")** - תכנית למתן שירותי בריאות נוספים על שירותי הבריאות על פי סל השירותים והתשלומים כהגדרתו בחוק הבריאות, המנוהלת על ידי קופת החולים בה חבר המבוטח, או על ידי ישות משפטית שהוקמה לשם כך.

1.62 **"צירוף בהסכמה"** - צירוף וולונטרי הדורש את הסכמתו מראש של המבוטח על רצונו להצטרף לביטוח (מאחר והמבוטח נושא בעלות כלשהיא עבור הביטוח), או להמשיך את הביטוח (ככל ונדרשת הסכמה לפי תקנות ביטוח בריאות קבוצתי).

1.63 **"תקנות ביטוח בריאות קבוצתי"** - תקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשע"ה- 2015.

1.64 **"חוזר ביטוח שיניים"** - חוזר ביטוח 1-4-2012 "ביטוח שיניים".

1.65 **"רופא אמן"** - רופא שיניים שמונה על ידי בעל הפוליסה בהסכמת המבוטח לפסוק במחלוקות רפואיות בכל הקשור בפוליסה זאת, לרבות לצורך מעקב ובקרה, ייעוץ וטיפול בערעורים.

2. אופן ההצטרפות לביטוח

2.1 מבטחים קיימים - תנאים לצירוף

מבטחים שהיו מבטחים בהסכם הקודם ו/או גמלאים שהיו מבטחים בהסכם הקודם, לרבות בני משפחתם, יצורפו לביטוח בכפוף למפורט להלן:

2.1.1 מבטחים קיימים מפוליסה קודמת ואשר לא קיימת לגביהם העלאה של דמי הביטוח (קרי: בסכום העולה על 15 ₪ במצטבר לכל מבטח או בשיעור העולה על 50% הנמוך ביניהם), יצורפו ברצף ביטוחי מלא לתוכנית בה בוטחו, עובר למועד הקובע ובאותו הרכב משפחתי, וזאת ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וחיתום רפואי וללא תקופות אכשרה. מוסכם, כי מועד תחילת ביטוח זה יהא מועד ההצטרפות לביטוח הקודם. על מבטחים קיימים בעלי וותק של למעלה משנה לא יחול סייג בשל מצב רפואי קודם.

2.1.2. **מבוטחים קיימים אשר קיימת לגביהם העלאה בדמי הביטוח** (קרי: בסכום העולה על 15 ₪ במצטבר לכל מבוטח או בשיעור העולה על 50% הנמוך ביניהם), יצורפו לתוכנית בה היו מבוטחים ובכפוף להסכמתו בכתב של העובד/ החבר/הגמלאי להעלאה זו וזאת עד ל-90 יום מתאריך תחילת הביטוח וללא צורך במילוי הצהרת בריאות וחיתום רפואי וללא תקופת אכשרה. במידה ולא תינתן הסכמתו יגרעו בני משפחתו מפוליסה זו.

2.1.3. **מעבר בין תכניות הביטוח בתקופת "חלון הזדמנויות":**

2.1.3.1. מבוטח קיים במועד תחילת הסכם זה, יוכל לעבור בין תכניות הביטוח במהלך 90 הימים הראשונים (להלן "חלון הזדמנויות") מיום המועד הקובע. מובהר כי הצטרפות מבוטח לתוכנית ב' תהיה עם תקופת אכשרה לגבי טיפולים שצוין בהם במפורש בפרק ח' לפוליסה זו.

2.1.3.2. מעבר לפי סעיף 2.1.3 מתוכנית ב' לתוכנית א' מותנה באי הגשת תביעה לתשלום טיפול שיניים שבוצע בתוך 90 ימים אלו.

באם תוגש תביעה לתשלום טיפולי שיניים לפי תנאי הכיסוי הביטוחי בתוכנית ב' בתוך 90 ימים אלו - המעבר בין התוכניות יהיה בכפוף לדרישת החזר כספי כמפורט בסעיף 6.2 להלן.

2.1.3.3. מובהר כי העובד/ החבר המבוטח ובני משפחתו שלא מימשו את זכאותו במהלך 90 הימים מהמועד הקובע להצטרף ו/או לעבור בין התוכניות לא יוכלו לעשות זאת במועד מאוחר יותר במהלך תקופת הביטוח למעט מהמפורט בסעיף 6.1.1 להלן.

2.2. **עובד / חבר זכאי חדש**

2.2.1. כל עובד/חבר זכאי, על פי הגדרות פוליסה זו, יצורף לתוכנית א' וזאת לאחר מילוי טופס הצטרפות הכולל הסכמה לניכוי שווי ההטבה משכרו. ההצטרפות תהיה ללא מילוי הצהרת בריאות, ללא חיתום רפואי וללא תקופת אכשרה.

2.2.2. על כל עובד/חבר שצורף על פי סעיף 2.2.1 לעיל לא יחולו סייגים בשל מצב רפואי קודם.

2.2.3. עובד/חבר זכאי יוכל להרחיב את הכיסוי הביטוחי ולעבור מתוכנית א' לתוכנית ב' ובתנאי כי יעשה זאת במהלך 90 הימים הראשונים ממועד זכאותו, ובכפוף למילוי טופס ההצטרפות לתוכנית ב' תהיה עם תקופת אכשרה לגבי טיפולים שצוין בהם במפורש בפרק ח' לפוליסה.

2.2.4. בעל הפוליסה והמבטח יעשו את הסידורים הנחוצים על מנת לאפשר לעובד/חבר וגם לבן/בת זוגו שהינם שניהם עובדי התע"א להיות מבוטחים בנפרד, כאשר הילדים יהיו מבוטחים רק אצל העובד/החבר או העובדת/החברה על פי בחירתם (ברירת המחדל הינה כי הילדים יהיו מבוטחים אצל העובדת).

2.3. **צירוף בני משפחה**

2.3.1. **בני/זוג וילדיו של עובד / חבר מבוטח שאינם מבוטחים קיימים במועד הקובע:** בן/בת זוג של עובד/חבר מבוטח וילדיהם עד גיל 21 שנה כולם **כיחידה אחת** (למעט אם בן/בת הזוג מבוטח בתוכנית ביטוח חופפת אחרת, במקרה כאמור יתאפשר צירוף ילדי המשפחה ללא צירוף של בן /בת הזוג), יצטרפו לתוכנית א' או לתוכנית ב', לפי התוכנית בה מבוטח העובד/החבר ובתנאי כי העובד/החבר יחתום על טופס הצטרפות עבורם וזאת במהלך 90 הימים הראשונים ממועד זכאותו ו/או מהמועד הקובע.

2.3.1.1. יובהר כי הצטרפות בני משפחה של עובד/חבר חדש מבוטח לתוכנית ב', תתאפשר עד 24 חודשים לפני תום תקופת הסכם הביטוח

2.3.1.2. הצטרפות כאמור לעיל תהיה ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, ללא חיתום רפואי, ללא חריג מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה למעט הטיפולים לגבם צוין במפורש בפרק ח' לפוליסה זו.

2.3.2. **משפחה מורחבת** - ילד בוגר מעל גיל 21 שנה של עובד/חבר מבוסט, ובן/בת זוגו וילדיהם עד גיל 21 שנה של הילד הבוגר, יוכלו להצטרף לתוכנית א' או לתוכנית ב' על פי בחירתו של הילד הבוגר, ובתנאי כי יעשה/ו זאת במהלך 90 הימים הראשונים לאחר המועד הקובע (להלן: "חלון הזדמנויות"). הצטרפות זו תהיה ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וללא חיתום רפואי.

לגבי בני משפחה כמוגדר לעיל בסעיף זה יחולו תקנות הפיקוח לגבי מצב רפואי קודם. וכן תחול תקופת אכשרה עבור טיפולים שלגבם צוין במפורש בפרק ח' בפוליסה זו. צירוף על פי סעיף זה יבוצע בתנאים הבאים:

2.3.2.1. מילוי טופס הצטרפות ובו כל פרטי בני משפחתו של הילד הבוגר.

2.3.2.2. חתימה על הוראת קבע / כרטיס אשראי למבטח.

2.3.3. **נישא עובד/חבר מבוסט, או הפך לידוע בציבור** יהיה זכאי לצרף, בתוך 90 יום ממועד זה, את בן/בת זוגו לביטוח על פי תכנית הביטוח בה מבוסט העובד/ החבר, וזאת בחודש בו עודכן קובץ כח אדם אצל תע"א ובכפוף למילוי טופס הצטרפות על ידי העובד/החבר. הצטרפות עד 90 יום כאמור לעיל, תהיה ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, ללא חיתום רפואי וללא תקופת אכשרה למעט הטיפולים לגבם צוין במפורש בפרק ח' לפוליסה. על בן/בת זוג יחולו סייגים בשל מצב רפואי קודם.

2.3.4. **הולדת ילד** - ילד שייוולד למשפחה מבוסטת לפי סעיפים 2.3.1 ו-2.3.2 או שיאומץ במהלך תקופת הביטוח, יצורף לביטוח עם בקשת העובד/החבר על פי התוכנית בה מבוסט העובד/החבר או הילד הבוגר (להלן: "משפחה מורחבת") ובכפוף למילוי טופס הצטרפות תוך 120 ימים מיום הלידה או האימוץ, לפי העניין. צירוף הילד יהיה ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וללא חיתום רפואי, ללא התייחסות לעברו הרפואי ובכלל זה למום מולד. כמו כן, לא תחול עליו תקופת אכשרה ולא יחולו לגביו סייגים בשל מצב רפואי קודם, ויהיה פטור מתשלום דמי ביטוח עד מלאות לו 5 שנים.

2.3.4.1. **עובדת בחופשת לידה** - האמור בסעיף 2.3.4 יחול גם על עובדת בחופשת לידה ובתנאי כי יתר המשפחה מבוסטת בתוכנית א' או בתוכנית ב' ובכפוף למילוי טופס הצטרפות לצירוף הילד וקבלת אישור מהמבטח על קבלת הטופס במשרדיו.

2.3.5. יובהר כי השימוש בעת השירות הצבאי בפוליסות השונות, כפוף להוראות הצבא כפי שישתנו מעת לעת.

2.3.6. **שארים** - שארים יהיו זכאים להמשיך הביטוח בתנאי הפוליסה הקבוצתית אם היו מבוסטים עובר להיותם שארים ובתנאי כי דמי הביטוח בגינם משולמים וזאת בתנאי כי הסדירו אמצעי גבייה תוך 90 יום מיום עובר להיותם שארים.

2.3.7. **הצטרפות מבוסט חוזר** - מבוסט אשר יגרע את עצמו מהביטוח במהלך תקופת הביטוח הנוכחית לא יוכל לחזור ולהצטרף במהלך תקופת ביטוח זו.

2.3.8. **מובהר כי ביטול הביטוח עבור העובד/החבר המבוסט, משמעותו ביטול הביטוח לגבי כל יחידי בני משפחתו הכלולים בפוליסה לרבות משפחה מורחבת.**

2.3.9. **גמלאים ובני משפחותיהם**

2.3.9.1. גמלאים אשר לא היו מבוסטים ערב ההסכם לא יוכלו להצטרף או לצרף את בני משפחתם לביטוח.

- 2.3.9.2. עובד שלא היה מבוטח בביטוח הקבוצתי והפך להיות גמלאי במהלך תקופת הביטוח לא יוכל להצטרף לביטוח זה.
- 2.3.9.3. גמלאים אשר היו מבוטחים ערב הסכם, לא יוכלו לצרף אליהם בני משפחה חדשים ובכלל זה גם "משפחה מורחבת", אלא אם אלו היו מבוטחים ערב הסכם זה.
- 2.3.9.4. עובד שהפך להיות גמלאי במהלך תקופת הביטוח, יוכל לעבור בין תכניות הביטוח (מתוכנית ב' לתוכנית א') במהלך 90 הימים ממועד יציאתו לגמלאות.
- 2.3.9.5. גמלאי המבוטח בפוליסה זו, לרבות בני משפחתו, לא יוכל לעבור בין תכניות הביטוח במהלך תקופת ביטוח זו.
- 2.3.9.6. גמלאי אשר היה מבוטח ערב הסכם זה, יוכל לעבור בין תכנית ב' לתוכנית א' או לבטל את בני משפחתו (בכפוף לאמור בסעיף 2.3.9.7 להלן) וזאת במהלך 90 הימים מהמועד הקובע.
- 2.3.9.7. מובהר כי המעבר בין תכניות הביטוח לפי סעיפים 2.3.9.4 ו-2.3.9.6, יהיה בכפוף לכך שכל יחיד המשפחה של הגמלאי יצורפו לתוכנית בה מבוטח הגמלאי, למעט ילדים בוגרים אשר הפרידו אמצעי תשלום (להלן: "משפחה מורחבת") ויוכלו להיות מבוטחים בתוכנית בה יבחרו.
- 2.3.9.8. **ילדים אשר מלאו להם 21 שנים במהלך תקופת הביטוח**
שלושה חודשים לפני שמלאו 21 שנים לילד מבוטח של עובד/חבר/גמלאי/ ילד בוגר (להלן "משפחה מורחבת"), יישלח על ידי המבטחת לעובד/ חבר מכתב בדבר עדכון דמי הביטוח במלאת לילד 21 שנים וזאת בהתאם למידע הקיים אצל המבטחת. ככל שלא תימסר הודעת ביטול הפוליסה לילד, על ידי העובד/ החבר/ הגמלאי/ ילד בוגר (להלן "משפחה מורחבת") המבוטח, הביטוח לילד לאחר גיל 21 שנים, יימשך ברצף ביטוחי ודמי הביטוח החודשיים ביגיו יהיו כמפורט בסעיף 12 להלן.
- 2.3.9.9. אם יחפוץ ילד בוגר שמלאו לו 21 שנים, להמשיך את הביטוח באמצעי גבייה אישי (להלן: "משפחה מורחבת"), יוכל לעשות כן על ידי פניה בכתב למבטח. דמי הביטוח החודשיים ביגיו יהיו כמפורט בסעיף 12 להלן והגבייה תיעשה באמצעי גבייה אישי.
- 2.3.10. **לגבי מבוטחים אשר נדרשים למלא הצהרת בריאות**
מבוטחים המצטרפים לביטוח שלא בחלונות הזמנים כמוגדר לעיל יעברו חיתום רפואי בעת הצטרפותם לביטוח (הצטרפותם בכפוף לאישור בעל הפוליסה).
- 2.3.11. שולמו לחברה כספים על חשבון דמי ביטוח, לפני שניתנה הסכמת החברה לעריכת הביטוח, לא ייחשב התשלום כהסכמת החברה לעריכת הביטוח. במקרה זה תשלח החברה בתוך 90 יום מיום קבלת דמי הביטוח לראשונה, החלטה בדבר קבלתו או אי קבלתו של המועמד לביטוח, ותשלח לו, לפי העניין, פוליסת ביטוח לרבות דף פרטי ביטוח, או הודעת דחייה על פיה המבוטח לא מתקבל לביטוח ואין לו כיסוי ביטוחי בתוקף או פנייה להשלמת נתונים או הצעת ביטוח נגדית. לא שלחה החברה תוך 90 יום מיום קבלת דמי הביטוח לראשונה, הודעת דחייה כאמור לעיל או פנייה להשלמת נתונים, או הצעת ביטוח נגדית, ייחשב המבוטח כמי שצורף לביטוח בתנאים הקבועים בהצעת הביטוח. ארע למועמד לביטוח מקרה ביטוח בתקופה שבין קבלת דמי הביטוח לראשונה לבין החלטת החברה בדבר קבלתו או אי קבלתו לביטוח, ועל פי הוראות החיתום הרפואי הקיימות בחברה לגבי מועמדים

לביטוח בעלי מאפיינים דומים, הייתה החברה מודיעה למועמד לביטוח, בתום הליך החיתום, על קבלתו לביטוח (אלמלא קרה מקרה הביטוח), יהיה זכאי המועמד לביטוח לכיסוי במסגרת הפוליסה בגין מקרה הביטוח וזאת, בכפוף לכל יתר הוראות הפוליסה ותנאיה.

2.3.12. הודיע מבוטח על מצב רפואי מסוים או לא נשאל לגביו והמבטח לא סייג במפורש את המצב הרפואי המסוים, יהא הביטוח בתוקף ללא סייגים או מגבלות מכל מין וסוג שהוא, לגבי אותו מצב רפואי קודם הנזכר בהודעת המבוטח.

2.3.13. מבוטח שהוא עמית בתכנית שב"ן, מסוג "כללית מושלם/פלטינום", "מגן זהב", "מאוחדת עדיף/שיא", "לאומית זהב" יוכל לרכוש תכנית בעלת כיסוי ביטוחי משלים לביצוע ניתוחים פרטיים בישראל, דהיינו תכנית המתחשבת בזכויות הניתנות במסגרת תכנית השב"ן לביצוע ניתוחים פרטיים (להלן: "כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים").

מבוטח אשר בחר בתוכנית זו יהיה מבוטח בכיסוי ביטוחי הכולל במקום כיסוי עפ"י פרק ב' לפוליסה את הכיסוי עפ"י פרק ג' וישלם את דמי הביטוח המופחתים אשר נקובים בסעיף 12 להלן.

למען הסר ספק, אין באמור כדי לגרוע מכך שמבוטחים קיימים יצורפו לרובד בו בוטחו בפוליסה הקודמת כמפורט לעיל.

2.3.14. חופשת לידה:

עובד/ת אשר יוצא/ת לחופשת לידה י/תמשיך להיות מבוטח/ת תחת ההסכם הקבוצתי ו/תדווח על ידי בעל הפוליסה במסגרת המדיה המגנטית החדושה כל עוד הינה בחופשת לידה במסגרת החוק (לאחר סיום חופשת הלידה במסגרת החוק, על העובד/ת להסדיר את התשלום מול בעל הפוליסה וחברת הביטוח).

2.3.15. צירוף מבוטח - סעיף 4 בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי:

מוטלת על בעל הפוליסה ו/או המבוטח לפי תנאי פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי חובה אחת מאלה:

2.3.15.1. לשלם, במועד תחילת תקופת הביטוח, דמי ביטוח, או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד, למעט לענין נכיו מהשכר בעד דמי ביטוח רפואי לפי סעיף 10(ג) לחוק עובדים זרים;

2.3.15.2. לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי; לא תצטרף החברה לאותו ביטוח, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה, ובלבד שהוצגה למבוטח רשימת כל הפרקים הנכללים בפוליסה הכוללים כיסויים ביטוחיים מסוגים מסוימים (בסעיף זה - פרקי כיסוי) ואת דמי הביטוח בעבור כל פרק כאמור בפרקד; במקרים שבהם ניתנת למבוטח אפשרות לבחור להצטרף לביטוח הכולל כמה פרקי כיסוי אשר נמכרים יחד כחבילה, בלי שניתן לבחור רק חלק מהפרקים, יוצגו למבוטח דמי הביטוח בעד כל חבילת פרקי כיסוי ולא בעד כל פרק כיסוי בנפרד; ואם המבוטח הוא ילדו או בן-זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים - החברה רשאית לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו או בן-זוגו.

2.3.15.3. סעיף 2.3.15 לעיל לא יחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותה חברה או אצל חברה אחרת, אם התקיימו תנאים אלה:

א. הפוליסה הקבוצתית הייתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה;

ב. חידוש הפוליסה הקבוצתית נעשה, בין באותם תנאים ובין בתנאים שונים, תוך שמירה על רצף ביטוחי לגבי כיסוי ביטוחי שהיה בתוקף עד מועד החידוש ושנכלל בפוליסה הקבוצתית לאחר אותו מועד; לעניין זה, "שמירה על רצף ביטוחי" - שמירת הרצף ללא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה.

ג. לא בוטלו אחד או יותר מפרקי כיסוי בסיסיים שהיו קיימים בפוליסה טרם חידושה; לעניין זה, "פרק כיסוי בסיסי" - פרק הכולל אחד או יותר מכיסויים האלה:

- (א) ניתוחים.
- (ב) תרופות.
- (ג) השתלות.
- (ד) מחלות קשות.
- (ה) שיניים.
- (ו) תאונות אישיות.

3. אופן ההצטרפות לתכניות הביטוח

תכנית ב'	תכנית א'	
צירוף אוטומטי	צירוף אוטומטי	עובדים/חברים שהינם מבטחים קיימים
בכפוף להסכמה	צירוף אוטומטי	בני/בנות זוג וילדים שהינם מבטחים קיימים
בכפוף למילוי טופס הצטרפות	בכפוף למילוי טופס הצטרפות	עובדים/חברים חדשים
בכפוף למילוי טופס הצטרפות	בכפוף למילוי טופס הצטרפות	בני/בנות זוג וילדים חדשים
בכפוף להסכמה	בכפוף להסכמה	גמלאים ובני/בנות זוג וילדים שהינם מבטחים קיימים
בכפוף למילוי טופס הצטרפות	בכפוף למילוי טופס הצטרפות	גמלאים ובני/בנות זוג וילדים שיפרשו לגמלאות בתקופת הביטוח

4. תכניות הביטוח -

פוליסה זו כוללת חמש (5) תכניות ביטוח ואלה הן:

4.1 תכנית א'

כוללת את הכיסוי הביטוחי המפורט להלן:

- 4.1.1 פרק א' - השתלות, ניתוחים/טיפולים מיוחדים בחו"ל.
- 4.1.2 פרק ב' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ.
- 4.1.3 פרק ג' - כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח.
- 4.1.4 פרק ד' - ניתוחים פרטיים ומחליפי ניתוח בחו"ל.
- 4.1.5 פרק ה' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות הממלכתי.

4.1.6. פרק ו' - שירותים רפואיים אמבולטוריים.

4.1.7. פרק ז' לפוליסה הכולל:

4.1.7.1. טיפולי שיניים משמרים.

4.1.7.2. טיפולי וניתוחי חניכיים (פריודונטיה).

4.1.7.3. טיפול יישור שיניים (אורתודנטיה) לילדים.

***ילד המבוטח עם הוריו** יהיה זכאי בנוסף לכיסוי לטיפול שיניים משמרים גם ל-טיפול יישור שיניים (אורתודנטיה) לילדים עד גיל 17 שנה כמפורט בפרק ח' לפוליסה.

4.2. תכנית ב'

כוללת את תכנית א' ובנוסף את פרק ח' לפוליסה וכולל:

4.2.1. טיפולים בכירורגיה פה ולסת.

4.2.2. טיפולים לשיקום הפה (פרותטיקה).

4.2.3. שתלים ושיקום על גבי שתלים דנטאליים.

4.2.4. טיפול יישור שיניים (אורתודנטיה) לילדים.

תכנית ג', ד' ו-ה' המפורטות להלן מיועדות אך ורק לבני משפחה אשר היו מבוטחים עובר למועד הקובע בתוכנית ביטוח לפי תכנית ג' ד' ו-ה' כדלהלן:

4.3. תכנית ג'

כוללת את הכיסוי הביטוחי המפורטים בפרק ז' להלן:

4.3.1. טיפולי שיניים משמרים.

4.3.2. טיפולי וניתוחי חניכיים (פריודונטיה).

4.3.3. טיפול יישור שיניים (אורתודנטיה) לילדים.

***ילד המבוטח עם הוריו** יהיה זכאי בנוסף לכיסוי לטיפול שיניים משמרים גם לטיפול יישור שיניים (אורתודנטיה) לילדים עד גיל 17 שנה כמפורט בפרק ח' לפוליסה.

4.4. תכנית ד'

כוללת את תכנית ג' ובנוסף את המפורט בפרק ח' לפוליסה וכולל:

4.4.1. טיפולים בכירורגיה פה ולסת.

4.4.2. טיפולים לשיקום הפה (פרותטיקה).

4.4.3. שתלים ושיקום על גבי שתלים דנטאליים.

4.4.4. טיפול יישור שיניים (אורתודנטיה) לילדים.

4.5. תכנית ה'

כוללת את הכיסוי המפורט להלן:

4.5.1. פרק א' - השתלות, ניתוחים/טיפולים מיוחדים בחו"ל

4.5.2. פרק ב' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ.

4.5.3. פרק ג' - כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח.

4.5.4. פרק ד' - ניתוחים פרטיים ומחליפי ניתוח בחו"ל.

4.5.5. פרק ה' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות הממלכתי.

4.5.6. פרק ו' - שירותים רפואיים אמבולטוריים.

5. תקופת ההסכם, והמשכיות

5.1. תקופת ההסכם תהיה מהמועד הקובע לתקופה של 60 חודשי ביטוח רצופים שהם 5 שנים קלנדריות. הסכם זה לא יחודש אוטומטית אלא רק לאחר הסכמת הצדדים.

5.2. ביטוח המשך ללא חיתום

5.2.1. המשך ביטוח בריאות פרקים א'-ו' - לעובד/ חבר המבוטח במסגרת פוליסה זו בפרקים א'-ו', ביטוח בריאות, המסיים עבודתו אצל מעסיקו, יתאפשר לו ולבני משפחתו לעבור לפוליסת פרט דומה (בהעדר פוליסה זרה) ועל פי הכיסויים הקרובים הקיימים בפוליסה פרט בחברה במועד המעבר ועל פי ההוראות הרגולטוריות לעניין תקופות הביטוח הממושכות ביותר התקפות המועד המעבר (להלן - "פוליסת המשך"), שלהלן תנאיה:

5.2.1.1. אם קיים במועד המעבר לפוליסת ההמשך כיסוי בסל שירותי הבריאות הדומה לכיסוי הקבוע בפוליסה, לא תחול על החברה החובה לכלול את הכיסוי האמור בפוליסת ההמשך; לעניין זה, "סל שירותי הבריאות" - כאמור בתוספת השנייה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 ובצו לפי סעיף 8 (ז) לחוק האמור;

5.2.1.2. דמי הביטוח יהיו דמי הביטוח שיהיו נהוגים במועד המעבר לכלל המבוטחים אצל המבוטח בפוליסת פרט דומה ועל פי גיל המבוטח באותו מועד. על תעריפים אלו תינתן הנחה בגובה 25% לשלוש שנים. במעבר לפוליסת ההמשך יינתן רצף ביטוחי ללא בחינה מחדשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה לכיסויים ולסכומים החופפים עם אלה בהם היה מבוטח בפוליסה זו.

5.2.2. המשך ביטוח השיניים פרקים ז'-ח': לעובד/חבר שפסקה זכאותו על פי הגדרות הפוליסה, תעמוד האפשרות להמשיך בביטוח על פי תנאי הסכם זה, וכל עוד ההסכם הקבוצתי בתוקף, ובתנאי כי הודיע בכתב על רצונו להמשיך בפוליסה זו תוך 60 ימים מהפסקת הביטוח לגביו, באותו הרכב משפחתי של מבוטחים (למעט ילדיו מעל גיל 21 שנה אם יהיו מעוניינים לצאת מתוכנית הביטוח) ובתוספת פרמיה של 25% ועד תום תקופת ההסכם זה בפוליסה הקבוצתית, באמצעות כרטיס אשראי/הוראת קבע אישית והמבטח יהיה רשאי לפנות אליו ולהציע לו לעשות כן.

5.2.3. על אף האמור לעיל גמלאים ובני משפחותיהם, כהגדרתם בסעיף 1.9 לעיל, יוכלו להמשיך להיות מבוטחים בפוליסה זו וכל עוד ההסכם הקבוצתי יהיה בתוקף. תנאי הביטוח שיחולו לגביהם הם התנאים שבפוליסה זו ודמי הביטוח שישולמו על ידם, יהיו כמפורט בטבלת דמי הביטוח לגמלאים, בתנאי כי הודיעו בכתב על רצונם להמשיך הביטוח בפוליסה זו תוך 90 ימים מהפסקת הביטוח לגביהם והעבירו לחברה אמצעי גבייה אישי (כרטיס אשראי, הוראת קבע).

5.2.4. האפשרות למעבר לפוליסת המשך כאמור בסעיף 5.2.2 ו-5.2.1, תינתן למי שהיה מבוטח ברציפות בפוליסה קבוצתית של אותה קבוצת מבוטחים במשך תקופה של שנה לפחות בסמוך לפני מועד הפסקת הביטוח הקבוצתי, וזאת במקרים ובתנאים המפורטים להלן:

5.2.4.1. סיום תקופת הביטוח של המבוטח, שבשלה מאבד את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית.

5.2.4.2. הפוליסה הקבוצתית אינה מתחדשת בחברה או אצל מבטח כלשהו לגבי כלל המבוטחים או לגבי חלק מהם.

5.2.4.3. גירושין שבשלם המבוטח מאבד את זכאותו להיכלל בפוליסה הקבוצתית (למען הסר ספק יובהר כי מבוטח שהינו עובד/ת חבר/ה אצל בעל הפוליסה לא ייגרע מהפוליסה בשל גירושין).

- 5.2.5. במקרים המפורטים בסעיף 5.2.4.3, 5.2.4.2 ו-5.2.4.1, תיפנה החברה בכתב לכל מבטח שהביטוח הקבוצתי הופסק לגביו או אינו מתחדש לגביו, ותציע לו לעבור לפוליסת המשך בתוך 60 ימים ממועד הודעת החברה. תחילת תקופת הביטוח בפוליסת ההמשך תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח הקבוצתי. המעבר לפוליסת ההמשך בביטוח בריאות, פרקים א'-ו' לפוליסה, יתבצע בכפוף לכך שבמועד הצטרפות המבטח לפוליסת ההמשך, הביטוח הקבוצתי לא חודש למבטח אצל מבטח אחר או שהמבטח אינו זכאי עוד להיכלל בפוליסה הקבוצתית אצל אותו מבטח, לפי העניין.
- 5.2.6. ייתכן שהמעבר לפוליסת המשך יהיה כרוך בהעלאת פרמיה משמעותית למבטח.
- 5.2.7. במקרה של סיום ההסכם עם החברה מכל סיבה שהיא, ובמקרה בו בעל הפוליסה יתקשר בהסכם לביטוח קבוצתי עם חברה אחרת, במסגרת ההסכם כאמור בעל הפוליסה יפעל להקנות לכל חברי הקולקטיב זכות להיות כלולים בפוליסה הקבוצתית אצל החברה האחרת.
- למען הסר ספק, לא יפעל בעל הפוליסה להעברת חלק מקבוצת המבטחים לחברה אחרת, והוא מתחייב כי בעת העברת הביטוח לחברה אחרת, יהיו כל הזכאים לביטוח על פי הסכם זה, זכאים לביטוח גם אצל החברה האחרת.
- בעל הפוליסה מצהיר ומאשר, כי ידוע לו שבתמחור עלות הביטוח לפי הסכם זה הסתמכה החברה על התחייבויותיו דלעיל, ואלמלא התחייבותו כאמור לעיל לענין המשך הכיסוי הביטוחי לא הייתה מתקשרת בהסכם זה.
- 5.2.8. למרות האמור בסעיפים 5.2.1 ו-5.2.2, במקרה בו בוטל הסכם זה ולא חודש אצל המבטח או אצל מבטח אחר, תינתן הנחה מדמי הביטוח שיהיו נהוגים במועד המעבר לכלל המבטחים אצל המבטח בפוליסת פרטית דומה ועל פי גיל המבטח באותו מועד בשיעור של 20% בשנתיים הראשונות, 15% החל מהשנה השלישית ולמשך כל חיי המבטח ובתנאי כי המבטח יסדיר את המשך הביטוח ישירות מול חברת הביטוח.
- 5.3. **"ברות ביטוח"** - מבטח המבטח בפוליסה זו ויצא לחו"ל במסגרת העבודה, יוכל לשמור על ברות ביטוח, שבמהלכה הוא אינו זכאי לכיסוי על פי תנאי הסכם זה. במהלך תקופת ברות הביטוח יוכל להמשיך לשלם דמי ביטוח חודשיים השווים ל-25% מדמי הביטוח החודשיים כמפורט בהסכם זה. עם שובו של המבטח ארצה וחזרתו לעבודה אצל בעל הפוליסה, יוכל לשוב לביטוח למעמד של מבטח רגיל, ללא צורך בחיתום או במילוי הצהרת בריאות, תוך 90 ימים מיום חזרתו, וזאת בתנאי שיוודע למבטח על שובו לישראל ורצונו בחידוש הביטוח בהתאם לתנאי פוליסה זו וככל שהינה בתוקף, ויסדיר את תשלום דמי הביטוח המלאים להסכם החל ממועד חזרתו ארצה. למרות האמור לעיל, מבטח שימשיך לשלם פרמיה מלאה כאמור בהסכם זה על פי תנאי פוליסה זו במהלך תקופת שהייתו בחו"ל, יהיה זכאי לכיסויים כמפורט בפוליסה, למעט ביצוע ניתוח בחו"ל על פי פרק ד' לפוליסה. במקרה כאמור בפרק ד', יהיה המבטח זכאי לכיסוי כאמור בפרק זה אך תקרת הכיסוי תהיה מוגבלת ל-100% מזכאות המבטח כאמור בפרק ב' (ניתוחים בישראל).
- 5.4. פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לא תפקע לגבי מבטח לפני תום תקופת הביטוח, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבלה החברה דמי ביטוח בעד המבטח בשל כיסויים אלה- סעיף 9 (ב) לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי.
- 5.5. פחת מספר המבטחים בקבוצה מ-50, לא תחודש הפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם (סעיף 4(ג) לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי).

6. תנאים לביטול הביטוח ומעבר בין תכניות, במהלך תקופת הביטוח:

6.1. כל מבטח, למעט העובדים/החברים, שיש ברשותו פוליסת ביטוח בתוקף בתנאי כיסוי ביטוחי חופפים להסכם זה (הן בחברת הראל או בחברה ביטוח אחרת), יוכל לעבור בין תכניות הביטוח לפי סעיף 6.1.1 להלן או לבטל את הפוליסה.

6.1.1. אופן מעבר בין תכניות הביטוח:

תכנית נוכחית	מעבר לתוכנית	מהות השינוי	דרישת החזר כספי (על פי סעיף 6.2 לעיל - ביטול פרקים ז'-ח')*
תכנית א'	תכנית ג'	ביטול פרקים א'-ו'	---
	תכנית ה'	ביטול פרק ז'	בכפוף לדרישת החזר כספי
תכנית ב'	תכנית ד'	ביטול פרקים א'-ו'	---
	תכנית ה'	ביטול פרקים ז'-ח'	בכפוף לדרישת החזר כספי

* בעת ביטול פרקים ז' ו/או ח', הפרמיה לחישוב דרישת החזר תהיה בהתאם לעלות הכיסוי שבוטל.

6.2. ביטול פרקים ז'-ח' לפי חוזר "ביטוח שיניים" 2012 - 4-1:

6.2.1. מוטב רשאי לבטל את הפוליסה בכל עת, בלא תנאי, למעט דרישת החזר כספי כמפורט בסעיף 6.2.1 (א) להלן:

מבטח רשאי לדרוש החזר כספי ממבטוח שביטל פוליסה, בכפוף לכל התנאים המצטברים שלהלן:

א. המבטוח ביטל את הפוליסה במהלך שלוש השנים הראשונות ממועד צירופו לפוליסה לראשונה או במהלך תקופה המסתיימת בחלוף שלושת רבעי תקופת הביטוח שהוגדרה בפוליסה בעת צירופו לראשונה, לפי המוקדם ביניהם (להלן - התקופה הקובעת). לעניין זה, במקרה של חידוש הפוליסה לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר (להלן - חידוש פוליסה) שבמסגרתו נוסף לפוליסה סל טיפולים שלא היה קיים לפני החידוש - יראו את חידוש הפוליסה כמועד צירופו של המבטוח לפוליסה לראשונה; במקרה של חידוש פוליסה שלא נוסף במסגרתו סל טיפולים שלא היה קיים לפני החידוש - לא יראו במועד חידוש הפוליסה כמועד צירופו של המבטוח לפוליסה לראשונה.

ב. תנאי ביטול הפוליסה פורטו בתכנית הביטוח, בטופס הגילוי הנאות ובטופס ההצטרפות.

ג. סך תגמולי הביטוח גבוהים מסך הפרמיות ששולמו בגין הפוליסה. בחינת הסכומים כאמור תיערך רק ביחס למבטוח שלגביו הוגשה בקשה לביטול במהלך התקופה הקובעת, ללא קשר למבטוחים אחרים בפוליסה.

6.2.2. גובה ההחזר הכספי האמור בסעיף 6.2.1 לעיל, לא יעלה על הנמוך מבין ההפרש בין סך תגמולי הביטוח לבין סך הפרמיות ששולמו בגין הפוליסה או מכפלת הפרמיה החודשית שמשולמת בגין המבטוח שלגביו הוגשה בקשת הביטול במספר החודשים שנותרו עד תום התקופה הקובעת.

לעניין חישוב גובה ההחזר הכספי יוגדרו - "סך תגמולי הביטוח" - סך תגמולי הביטוח ששילם המבטח במהלך התקופה הקובעת בגין תביעות מכוח הפוליסה של המבטוח שלגביו הוגשה בקשת הביטול. אם התקופה הקובעת היא מיום חידוש הפוליסה כאמור

בפסקה 6.2.1 (א), חישוב ההחזר הכספי יהיה על פי תגמולי הביטוח ששילם המבטח בגין סל הטיפולים החדש בלבד. המבטח יהיה רשאי לכלול בתגמולי

הביטוח הוצאות בגין ניהול תביעות בשיעור שייקבע בפוליסה שלא יעלה על עשרה אחוזים מסך תגמולי הביטוח.

"סך הפרמיות" - סך הפרמיות ששולמו בשל המבוטח שלגביו הוגשה בקשת הביטול במהלך התקופה הקובעת. אם התקופה הקובעת היא מיום חידוש הפוליסה כאמור בפסקה 6.2.1 (א), הפרמיות לצורך חישוב ההחזר הכספי יהיו הפרמיות ששולמו בגין סל הטיפולים החדש בלבד.

6.3. ביטול פרקים ז' ו/או ח' או ביטול פרקים א'-ו' עבור העובד / החבר / גמלאי / ילד בוגר (להלן: "**משפחה מורחבת**"), יגרור גם ביטול יתרת הפרקים לגבי העובד / החבר / גמלאי ולגבי כל אחד מיחיד בני משפחתו הכלולים בפוליסה.

6.4. האמור בסעיף 6.3 יחול על העובד / החבר ו/או בני משפחה שמבוטחים בתוכנית א' או תכנית ב'.

6.5. מוסכם כי הפסקת הביטוח תיכנס לתוקפה באחד בחודש העוקב שבו התקבלה בכתב "**בקשת ביטול הביטוח**" של המבוטח במשרדי המבטח.

7. ביטול הפוליסה ע"י המבוטח - סעיף 8 בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי

7.1. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בסעיף 4(ב) לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי והודיע המבוטח למבטח או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבוטח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שארע בתקופת 60 הימים כאמור.

7.2. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בסעיף 4 ובסעיף 5(ב) לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי, ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד חידוש הביטוח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין; בוטל הביטוח כאמור בסעיף זה ופנה מבוטח אל מבטח בבקשה להצטרף חזרה לביטוח הבריאות הקבוצתי בתוך 45 ימים ממועד מסירת ההודעה השנייה ונתן את הסכמתו המפורשת לחידוש הביטוח או לשינוי, לפי העניין, יצורף המבוטח לביטוח הקבוצתי תוך שמירה על רצף ביטוחי כאמור בסעיף 4(ב)(2) לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי; לעניין סעיף זה, "לא התקבלה הסכמה" - למעט סירוב המבוטח במפורש לחידוש הביטוח או שינוי תנאיו ולרבות מבוטח שההודעה השנייה נמסרה לו באמצעות שיחה טלפונית ובמהלכה המבוטח לא הביע את הסכמתו המפורשת.

7.3. על אף האמור בסעיף 9(ב) לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי, פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בתקנה 2 לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי, שבשלה הוא התקשר בחוזה לביטוח בריאות קבוצתי, יבוטל הביטוח לגבי אותו מבוטח, לכל היותר בתוך 90 ימים ממועד ביטול הזיקה; ואולם אם בעל הפוליסה הוא מעביד, כאמור בתקנה 2(1) לתקנות אלו, מבטח יהיה רשאי שלא לבטל את הביטוח כאמור עד תום תקופת הביטוח הנקובה בפוליסה, בכפוף להסכמת המבוטח.

8. תגמולי ביטוח לפי פרקים א'-ו':

8.1. המבטח ישלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם, לפי העניין ובהתאם לכיסוי הרלוונטי, ישירות לנותן השירות או ישלם למבוטח כנגד קבלות או העתקן והכל כמפורט בכל אחד מהצטרפות והפרקים. המבוטח זכאי לקבל מהמבטח, לפי דרישתו, כתב התחייבות כספית לנותן השירות כמוגדר בהגדרות הכלליות של הפוליסה לעיל, אשר יאפשר לו קבלת שירות רפואי כמפורט בתנאי הפרק, ובלבד שהמבוטח זכאי לקבלת תגמולי הביטוח על פי תנאי הפוליסה.

- 8.2. במקרה של תשלום ישירות לנותן השרות, ימציא המבטח התחייבות כספית לתשלום תגמולי הביטוח, תוך חמישה ימי עבודה מיום אישור התביעה למעט במקרים דחופים בהם תומצא ההתחייבות הכספית לנותן השרות תוך יום עבודה אחד בלבד. במקרים בהם נותן השרות אינו מכיר בכתב ההתחייבות האמור, יהיה המבטח זכאי לקבל מהמבטח זיכוי כספי כנדרש ע"י נותן השרות, לרבות העברה כספית ישירה לנותן השרות.
- 8.3. במקרה של תשלום למבטח כנגד קבלות או העתקן, ישלם המבטח למבטח את תגמולי הביטוח לא יאוחר משלושים ימי עבודה מיום קבלת הקבלות או העתקן והמסמכים הנדרשים, לרבות המסמכים הרפואיים הנדרשים לאישור התשלום.
- 8.4. תגמולי ביטוח אשר נועדו לממן טיפולים רפואיים המתבצעים מחוץ לגבולות מדינת ישראל ישולמו במטבע המדינה בה יש לבצע את התשלום.
- 8.5. תגמולי ביטוח הנקובים במטבע זר והתשלומים בישראל ישולמו בשקלים בהתאם לשער המכירה (העברות והמחאות) של המטבע הזר הנ"ל. המציא המבטח למבטח מסמך המוכיח את שער מטבע החוץ לפיו רכש את המטבע הנ"ל ו/או מסמך מחברת האשראי במידה ושילם בכרטיס אשראי, ישופה בשקלים לפי שער זה. היה ואין בידיו הוכחה על גובה השער, ישופה בהתאם לשער המכירה של הבנק כאמור לעיל.
- 8.6. למען הסר ספק, תביעה אשר אושרה בתקופת הביטוח או המשולמת לשיעורין כדוגמת, אך לא רק תביעת תרופות תמשיך להיות משולמת בתום תקופת הביטוח ועד למיצוי גבולות האחריות בפרק הרלבנטי ללא קשר ובנוסף למוגדר כמקרה ביטוח בפרק הרלוונטי. במידה והתביעה תכוסה גם על ידי המבטח החדש (במעבר ביטוח) יתבצע שיבוב לפי חוק חוזה ביטוח.

9. כפל ביטוחי -

הוראות לעניין חבות משותפת וזכות שיבוב - סעיף 10 בתקנות ביטוח בריאות קבוצתי: החברה תהיה אחראית, לחוד, כלפי המבטח על מלוא סכום תגמולי הביטוח עד לגובה התקרה הקבועה בפוליסה הקבוצתית, אך אם היה המבטח זכאי לכיסוי ההוצאות המשולמות בעד מקרה ביטוח גם לפי פוליסה לביטוח בריאות אחרת בין אצל אותה חברה ובין אצל חברה אחרת. בפוליסות שתגמולי ביטוח לפיהן משולמים בהתאם לשיעור הנזק שנגרם, יישאו המבטחים בנטל החיוב בינם לבין עצמם, לפי היחס שבין תקרות תגמולי הביטוח הנוגעות למקרה הביטוח כפי שהן קבועות בפוליסות הביטוח.

10. **תחלוף (סברוגציה) -** הייתה למבטח בגין מקרה הביטוח גם זכות פיצוי או שיפוי כלפי צד שלישי, שלא מכוח חוזה ביטוח, עוברת זכות זו לחברה, מעת ששילמה למבטח תגמולי ביטוח, ובשיעור התגמולים ששילמה ומבלי לפגוע בזכות המבטח לגבות תחילה מצד שלישי שיפוי מעל לתגמולי ביטוח שקיבל על-פי פוליסה זו. קיבל המבטח מצד שלישי פיצוי או שיפוי שהיה מגיע לחברה על-פי סעיף זה, עליו להעבירו לחברה. בכל מקרה של פשרה, ויתור או פעולה אחרת של המבטח, הפוגעת בזכות שעברה לחברה, עליו לפצותה בשל כך. המבטח מתחייב לשתף פעולה ככל שידרש ממנו לשם מימוש זכותה של החברה כאמור. הוראות סעיף זה לא יחולו אם מקרה הביטוח נגרם שלא בכוונה בידי אדם שמבטח סביר לא היה תובע ממנו פיצוי או שיפוי, מחמת קרבת משפחה או יחס של מעביד ועובד שביניהם.

10.1. נפטר המבטח, ישלם המבטח את יתרת תגמולי הביטוח לנותן השירות לו התחייב המבטח לשלם ו/או ליורשיו החוקיים של המבטח, עפ"י העניין.

10.2. המבטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על אלה המצוינים בכל פרק לפי העניין. סעיף זה לא יחול אם מקרה הביטוח נגרם שלא בכוונה בידי אדם או גוף שמבטח סביר לא היה תובע ממנו פיצוי או שיפוי לרבות אך לא מוגבל מחמת קרבת משפחה, חברות בהתאגדות או יחסי עובד מעביד שביניהם.

11. תביעות

11.1. תביעות לפי פרקים א'-ו' לפוליסה:

- 11.1.1. המבטח מתחייב לממן ו/או לשפות ו/או לפצות את המבוטח או לשלם למבוטח סכומים בהתאם לפוליסה זו, ובכפוף לכיסוי הביטוחי שנרכש ובתנאי ששמו של המבוטח מופיע ברשימת המבוטחים שנמסרה למבטח בהתאם להוראות הפוליסה.
- 11.1.2. בקרות מקרה הביטוח ו/או בהיוודע למבוטח על הצורך בניתוח או בהשתלה או בטיפול המיוחד בחו"ל או בתרופות שאינן בסל הבריאות הממלכתי (להלן: "פעולות הדורשות אישור מוקדם"), יודיע על כך למבטח ויקבל את אישורו בכתב תוך 14 ימי עבודה ממועד קבלת כל המסמכים הדרושים לבירור חבות המבטח, ובמקרה חירום תוך יום עבודה אחד. קבלת האישור יכול שתהא מראש או בדיעבד, על פי הנדרש בפוליסה.
- 11.1.3. אישור המבטח לעניין זה משמעו אישור העובדה כי המבוטח אכן מבוטח במסגרת הסכם זה, כי מקרה הביטוח אכן מוגדר כמקרה ביטוח על פי תנאי הסכם זה, וכי לא חל אף אחד מהחריגים העשויים לשלול את זכאותו של המבוטח.
- 11.1.4. על אף האמור לעיל, לא פנה המבוטח למבטח לצורך קבלת אישורו, לפני ביצועו של הטיפול הרפואי, כאמור לעיל, יהא רשאי המבטח להפחית את סכום תגמולי הביטוח להם יהיה זכאי המבוטח לגובה הסכום שהיה משלם המבטח לו היה פונה המבוטח למבטח בבקשה לקבלת אישור כאמור לפני ביצועו של הטיפול הרפואי. האמור לא יחול במקרה שהמבוטח פנה למבטח באיחור מסיבות מוצדקות או אם אי הפניה או הפניה באיחור לא מנעו מהמבטח את בירור חבותו ולא הכביד על הבירור.
- על אף האמור לעיל, יהיה מקרה ביטוח כרוך במצב חירום רפואי ו/או אשפוז ממושך בלתי מתוכנן, ישלם המבטח את מלוא תגמול הביטוח בהתאם להוראות הפוליסה ותנאיה
- 11.1.5. סודיות רפואית- אם יידרש לכך על ידי המבטח, המבוטח ימסור למבטח כתב ויתור על סודיות רפואית המתיר לכל רופאיו ו/או לכל גוף או מוסד אחר בארץ ו/או בחו"ל להעביר למבטח את כל המידע הרפואי הנמצא ברשותו והנוגע למבוטח.
- 11.1.6. אם יידרש לכך על ידי המבטח, המבוטח ימסור למבטח את הפרטים המתייחסים לתביעתו ואת המסמכים הרפואיים והאחרים הדרושים למבטח לשם בירור חבותו, אותם יכול המבוטח להשיג במאמץ סביר. המבוטח רשאי להגיש את המסמכים בין היתר באמצעות דואר אלקטרוני, מסרון או חשבון אישי מקוון.
- 11.1.7. אישור המבטח את התביעה, ישלם ישירות לנותן השירות או למבוטח לפי העניין, והכל כמפורט לעיל.
- 11.1.8. בכל מקום שבו נקבע בהסכם זה תשלום למבוטח עצמו, יבוצע התשלום לאחר שהמבוטח ימציא למבטח את הקבלות/ העתקן בגין התשלומים בהם נשא.
- 11.1.9. המבטח יסייע למבוטחים במילוי טפסי התביעה, ובתרגום מונחים, ויעמיד לצורך זה אדם מתאים במשרדיו, וכן יספק למבוטחים ו/או לבעל הפוליסה תרגום לעברית של השאלות המופיעות בטופס התביעה לנוחיות המבוטחים.
- 11.1.10. זכות קיזוז- המבטח רשאי לקזז מתגמולי הביטוח המגיעים למבוטח או למוטב בקרות מקרה הביטוח כל סכום שהמבוטח חייב למבטח על פי כל דין.
- 11.1.11. כתב התחייבות כספית- המבוטח זכאי לקבל מהמבטח, לפי דרישתו, כתב התחייבות כספית לנותן השירות אשר יאפשר לו לקבל שירות רפואי ובלבד שהמבטח מחויב בתשלום עבור השירותים הנדרשים על פי תנאי הפוליסה.

מובהר, כי קבלת תגמולי הביטוח בפועל מותנית בביצוע הטיפול בפועל אצל
נותן השירות כאמור בהתאם להוראות הפוליסה.

11.1.12. בתשלום תגמולי ביטוח בגין ניתוחים בחו"ל, השתלות או טיפולים מיוחדים
בחו"ל (בפרק א'), אישר המבטח ביצוע הטיפול בחו"ל אזי:

11.1.12.1. תינתן למבוטח התחייבות כספית המופנית לגורם המבצע את
הניתוח או

11.1.12.2. המבטח יהיה רשאי, על פי שיקול דעתו, לשלם הוצאות מוכרות
או כל חלק מהן לנותני השירות או למבוטח עצמו.

11.1.12.3. במקרה של תשלום למבוטח עצמו, יבוצע התשלום כנגד קבלות
במידה וההשתלה תיערך במקום שאינו מספק קבלות יינתן פיצוי
כמפורט בפרק השתלות בישראל ובחו"ל שלהלן.

11.1.13. **גבול אחריות המבטח מחוץ לגבולות מדינת ישראל** - אחריות המבטח
מוגבלת לגבולות מדינת ישראל, למעט כיסוי בגין השתלות ניתוחים וטיפולים
מיוחדים בחו"ל, ואינה באה להחליף ביטוח נסיעות לחו"ל.

ארע מקרה ביטוח בחו"ל, יכוסה על פי תנאי פוליסה זו בתנאי שהטיפול הרפואי
יתבצע בישראל.

11.2. תביעות לפי פרקים ז'-ח' לפוליסה:

11.2.1. אישור מוקדם לביצוע הטיפולים

הזכאות לקבלת תגמולי ביטוח בפרקים ז'-ח' מותנית בקיום התנאים הבאים:

11.2.1.1. מבוטח המבצע טיפול שיניים המחייב אישור החברה מראש, חייב
לקבל את אישור המבטח בטרם תחילת ביצוע הטיפול למעט אם
צוין אחרת. אולם, אי קבלת אישור החברה מראש לא תשלול זכות
לקבלת תגמולי ביטוח, במידה וזכאי להם המבוטח על פי תנאי
הפוליסה לו היה מקבל אישור מראש מהחברה לאישור התביעה.

11.2.1.2. הבקשה לאישור מוקדם תועבר למבטח על ידי המבוטח או על
ידי נותן שירות שבהסכם, לפי העניין, על גבי טופס הנהוג אצל
המבטח. המבטח ימסור למבוטח את החלטתו תוך 14 ימי עבודה
מיום קבלת הבקשה לאישור במשרדי החברה.

11.2.1.3. תוקפו של האישור המוקדם יבטל בתום 12 חודשים ממתן האישור
(במידה ולא החל בטיפול), או במועד סיום הביטוח, המוקדם ביניהם.

לבקשת הרופא המטפל, ובאישור רופא האמון, יוארך תוקף האישור
המוקדם עד ל-6 חודשים נוספים וזאת במידה וטרם הסתיימה
תקופת הביטוח של המבוטח ובכפוף לסעיף חבות המבטח לאחר
תום תקופת הביטוח.

11.2.1.4. המבוטח לא יוגבל לבחירת ספק שבהסדר עם המבטח, ויהיה
רשאי לבחור בכל ספק (רופא/ מרפאה/ מכון צילום).

11.2.1.5. שונתה תכנית הטיפול לאחר מתן האישור, לא יהיה המבטח חייב
בתגמולי ביטוח אלא אם היה מאשר את תכנית הטיפולים, אילו
הוגשה במועד.

11.2.1.6. מבוטח שהחל בטיפול חייב לסיימו אצל אותו רופא לגביו נית
האישור המוקדם. המבוטח יהיה רשאי לעבור לרופא אחר לגמר
הטיפול בתנאי שקיבל מראש את אישור המבטח לעשות כן.

11.2.1.7. לשם קבלת האישור המוקדם יוגשו למבטח כל המסמכים הנדרשים
לבירור חבותו ובכלל זה תכנית הטיפול כשהיא חתומה על ידי נותן

השירות המבצע את הטיפול בצירוף צילומי רנטגן קריאים, בעלי ערך אבחנתי ואבזורי אבחון.

11.2.1.8. המבטח ישיב לכל פניה לאישור מוקדם/ערעור תוך 14 ימי עבודה מעת קבלת הבקשה אצל המבטח.

11.2.1.9. המבטח לא ימנע ממתן אישור לטיפולים ולא ידחה ערעור אלא מימוקים מהותיים וממשיים וימסור בכתב ובפירוט את נימוקי החלטתו. במקרה של דחייה רפואית - ההחלטה תהיה מנומקת וחתומה על ידי רופא המבטח. יובהר כי נימוקים אשר לא העלתה חברת הביטוח במכתב הדחייה - לא יוכלו להיטען על ידה במועד מאוחר יותר.

11.2.1.10. **סודיות רפואית** - חתימת המבטח על כתב ויתור על סודיות ומסירת הפרטים והמסמכים הדרושים לחברה בקשר עם הטיפולים הרפואיים שערך בשינוי.

11.2.1.11. **טיפול חלופי** - מבטח יאפשר למבטח המעוניין בכך לקבל טיפול חלופי לטיפול המכוסה בפוליסה, בתנאי שלפי סטנדרטים רפואיים מקובלים הטיפול החלופי צפוי להביא לתוצאות רפואיות דומות, ובתנאי שעלות הטיפול החלופי למבטח לא תעלה על עלות הטיפול המכוסה בפוליסה.

11.2.1.12. המבטח העביר לחברה **"טופס תביעה של המבטח"**, וצרף גם חשבוניות וכן מסמכים נוספים בהתאם למצוין בפוליסה.

11.2.1.13. **חוות דעת נוספת** - המבטח רשאי לדרוש שמהמבטח ייבדק על ידי רופא שיניים מטעמו כתנאי לאישור המוקדם או לתשלום, ובלבד שהבדיקה תהיה סבירה בנסיבות העניין ועל חשבון המבטח. יובהר כי אין בכך כדי לגרוע מיכולתו של המבטח למצות בכל עת את זכויותיו המוקנות לו מכח הפוליסה בבית המשפט.

11.2.1.14. **איסור השפעה על שיקול דעת** - מבטח לא ישפיע על שיקול דעתו המקצועי של רופא ולא ייתן לו הוראות או הנחיות המגבילות את שיקול דעתו המקצועי, בכפוף לכך שהרופא פועל על פי סטנדרטים רפואיים מקובלים.

11.2.1.15. זכאות המבטח לקבלת טיפול משמר, פריודונטי, פרוטטי, שתלים דנטליים, ויישור שיניים (אורתודונטיה) לפי פרקים ז'-ח', המוגדרים במפרט הטיפולים, יינתן על פי הכיסויים המפורטים בכל פרק בנספח הטיפולים, ולפי העניין.

11.2.1.16. **מובהר כי החל מהמועד הקובע, מכסות הטיפולים התקופתיים, בשן, באזור, בלסת או בפה, לפי העניין, יאופסו ויימנו מחדש.**

11.2.1.17. הפוליסה לפיה ישולמו תגמולי הביטוח הייתה בתוקף לגבי המבטח.

11.2.1.18. **תשלום תגמולי ביטוח למבטח** -

בוצע טיפול שיניים המכוסה על פי פוליסה זו אצל נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח, ישולמו תגמולי ביטוח למבטח המגיעים לו על פי תנאי הפוליסה ובכפוף לאישור המוקדם שניתן לו ע"י המבטח לביצוע הטיפול כפי שבוצע בפועל, בהצגת חשבוניות המפרטות את עלות כל טיפול שבוצע ואת סך התשלומים בגינם שילם המבטח, ובהמצאת כל המסמכים הדרושים למבטח לביורר חבותו.

א. בתוך 14 ימי עבודה ממועד קבלת כל מסמכים הנחוצים לאשור ותשלום התביעה במשרדי החברה, כמפורט במפרט הטיפולים.

ב. המבטח ישפה את המבוטח בסכום ששילם המבוטח עבור הטיפול לרופא, בניכוי שעור / סכום ההשתתפות העצמית בגין הטיפול המכוסה הנקוב בלוח התגמולים או בסכום תקרת ההחזר, הנמוך מבין השניים.

ג. איומת ביצוע שיחזור פרוטתי יכול להיעשות בדרכים הבאות:

- צילום פוטוגרפי.
- צילום רנטגן, שמבוצע על פי שיקול דעתו של הרופא המטפל לצרכים רפואיים.
- צילום תבנית המעבדה עליה בוצע גשר / תותבת.
- בדיקת רופא.

11.2.1.19. תשלום תגמולי הביטוח המגיעים למבוטח על פי הפוליסה -

יבוצע באחת משתי הדרכים שלהלן:

א. למוטב (במקרה שבו המבוטח נפטר - לעיזבון / יורשי המבוטח) - כנגד חשבונית (בתנאים המפורטים בפוליסה).

ב. לנותן השירות בהסכם - החברה תעניק למבוטח כתב התחייבות כספית לספק השירות, ככל שנדרש ובהתאם לתנאי הפוליסה.

11.2.2. נוהל הגשת תביעה לתשלום תגמולי ביטוח:

11.2.2.1. מבוטח שביצע טיפול שיניים המכוסה לפי פוליסה זו אצל נותן

שירות שאינו בהסכם עם המבטח ואינו מחייב אישור מוקדם של המבטח, יהיה זכאי לשיפוי הוצאותיו הממשיות בגין אותו טיפול בניכוי סכום / שיעור השתתפות עצמית או עד תקרת ההחזר הנקובה לאותו טיפול בלוח תגמולי הביטוח, הנמוך ביניהם, בתוך 14 ימי עבודה מעת קבלת טופס תביעה של המבטח במשרדיו, בצירוף כל החשבוניות בהן תצוין עלות כל אחד מהטיפולים בגינם נדרשת חברת הביטוח לשלם וכל המסמכים והצילומים הנדרשים למבטח לשם בירור חבותו בכפוף לסעיף 11.2.1.18 לעיל וככל שנדרשים לפני העניין.

11.2.2.2. מבוטח המבקש לעבור טיפול שיניים אצל נותן שירות שאינו

בהסכם עם המבטח והמחייב אישור מוקדם של המבטח, יעביר בעצמו את הבקשה לאישור מוקדם, המבטח ישיב למבוטח את תשובתו תוך 14 ימי עבודה. המבוטח יהיה זכאי לשיפוי הוצאותיו הממשיות בניכוי סכום / שיעור השתתפות עצמית או עד תקרת ההחזר הנקובה לאותו טיפול בלוח תגמולי הביטוח, הנמוך ביניהם, תוך 14 ימי עבודה מעת קבלת טופס תביעה של המבטח במשרדיו, בצירוף כל החשבוניות בהן תצוין עלות כל אחד מהטיפולים בגינם נדרשת חברת הביטוח לשלם וכל המסמכים והצילומים הנדרשים למבטח לשם בירור חבותו בכפוף לסעיף 11.2.1.18 לעיל וככל שנדרשים לפני העניין ובתנאי שקיבל המבוטח את האישור המוקדם של המבטח לביצוע הטיפול כפי שבוצע בפועל ובכפוף לאמור בסעיף 11.2.1.1 (להלן "אישור מוקדם לביצוע הטיפולים").

11.2.2.3. מבוטח שביצע, אצל נותן שירות שבהסכם, טיפול שיניים המכוסה

לפי פוליסה זו, יהיה חייב בתשלום השתתפות עצמית כנקוב בלוח התגמולים לצד כל טיפול.

11.2.2.4. **מבטח המבצע אצל נותן שירות שבהסכם טיפול שיניים המכוסה לפי פוליסה זו, והמחייב אישור מוקדם של המבטח, נותן השירות יגיש למבטח במישרין את תכנית הטיפול. המבטח יעביר במישרין לנותן השירות את החלטתו, תוך 14 ימי עבודה מעת קבלת טופס התביעה בצירוף כל הצילומים והמסמכים לבירור חבותו. על גבי האישור יציין המבטח את סכום ההשתתפות העצמית אותו על המבטח לשאת בגין כל טיפול. הכול בכפוף לאמור בסעיף 11.2.1.1 (להלן: "אישור מוקדם לביצוע טיפולים"). המבטח יסדיר את יתרת התשלום ישירות עם נותן השירות על פי תנאי ההתקשרות עמו.**

11.2.2.5. **כתב התחייבות כספית**

המבטח זכאי לקבל מהמבטח, לפי דרישתו, כתב התחייבות כספית לנותן השירות אשר יאפשר לו לקבל שירות רפואי ובלבד שהמבטח מחויב בתשלום עבור השירותים הנדרשים על פי תנאי הפוליסה. מובהר, כי קבלת תגמולי הביטוח בפועל מותנית בביצוע הטיפול בפועל אצל נותן השירות כאמור בהתאם להוראות הפוליסה.

11.2.2.6. **כיסוי הוצאות טיפולי שיניים בחו"ל** - מבטח אשר נשלח לחו"ל ע"י תעשייה אווירית וכל בני משפחתו המבוטחים והנמצאים בחו"ל עמו, הזקוקים לטיפול המכוסה על פי תנאי הסכם זה, יהיו זכאים לשיפוי עבור הוצאותיהם לטיפול כאמור, בהתאם לתקרות ההחזר המצוינות בלוח תגמולי הביטוח, בכפוף למילוי כל תנאי הסכם זה, וזאת אם נותן הטיפול היה רופא שיניים או רופא מומחה או אדם המוסמך כדין בארץ מתן הטיפול לתת את הטיפול מהסוג שנתן. למרות האמור לעיל, מבטח המבטח בפרק ח' יהיה זכאי להחזר לטיפול עזרה ראשונה בחו"ל החזר המבטח יהיה בגובה התשלום בפועל לפי חשבונית, אך לא יותר מסכום תקרת ההחזר הנקוב בלוח תגמולי הביטוח.

11.2.2.7. **חבות המבטח לאחר מועד תום הביטוח**

מבטח יכסה טיפולים שבוצעו בתוך 90 יום מתום תקופת הביטוח ושמתקיים בהם אחד מאלה:

(1) טיפול שהוא חלק מתכנית טיפולים שהוגשה לאישור המבטח במהלך תקופת הביטוח.

(2) טיפול שהחל במהלך תקופת הביטוח.

11.2.2.8. **שירות מיוחד לילדים**

יובהר כי קיימים שירותים מסוימים בתחום רפואת השיניים עבור ילדים בסל הבריאות, המוענק על ידי קופות החולים. וזאת, בהתאם ובכפוף לתנאים שנקבעו בהוראות הדין ובנהלי קופות החולים. שירותים כאמור עשויים להיות חופפים לכיסויים מסוימים בפוליסה.

11.2.2.9. במקרה בו לא יימצא נותן שירות שבהסכם עם המבטח (לרבות רופא מומחה), במרחק של 70 ק"מ ממקום מגוריו של המבטח, יהיה רשאי המבטח לפנות לרופא פרטי ולקבל החזר כספי בגין טיפולי השיניים שביצע במסגרת הפוליסה, בתוספת של 25% מתקרת ההחזר הנקובה בלוח התגמולים שמצורף לפוליסה זו.

12. דמי הביטוח והתאמת פרמיה

דמי הביטוח החודשיים ב-ש יהיו כדלקמן:

12.1. חבר שהינו עובד

אופן התשלום: מרוכז ע"י בעל הפוליסה		
תכנית ב'	תכנית א'	
חבר	88.83 ₪	במימון של המעסיק למעט גילום שווי המס בגין ההטבה
249.00 ₪	88.83 ₪	מתוכם 88.83 ₪ במימון של המעסיק למעט גילום שווי המס בגין ההטבה
בן/בת זוג	133.30 ₪	
* ילד עד גיל 21 שנה	73.50 ₪	
ילד בוגר (מעל גיל 21 שנה)	133.30 ₪	
188.77 ₪		

* התשלום הינו עבור 3 ילדים מגיל 5 עד גיל 21 שנה, החל מהילד הרביעי ואילך - חינם.
תכניות ג', ד', ה' הינן עבור מבוטחים אשר היו מבוטחים בתוכניות אלו בתקופת הביטוח הקודמת.

אופן התשלום: מרוכז ע"י בעל הפוליסה			
תכנית ג'	תכנית ד'	תכנית ה'	
חבר	-----	-----	
בן/בת זוג	53.99 ₪	104.81 ₪	88.65 ₪
* ילד עד גיל 21 שנה	50.81 ₪	50.81 ₪	21.99 ₪
ילד בוגר (מעל גיל 21 שנה)	53.99 ₪	104.40 ₪	88.65 ₪

* התשלום הינו עבור 3 ילדים מגיל 5 עד גיל 21 שנה, החל מהילד הרביעי ואילך - חינם.
דמי הביטוח עבור תכנית שכוללת כיסוי משלים לניתוחים (לבעלי שב"ן):

אופן התשלום: מרוכז ע"י בעל הפוליסה		
תכנית ב'	תכנית א'	
חבר	86.83 ₪	במימון של המעסיק למעט גילום שווי המס בגין ההטבה
247.00 ₪	86.83 ₪	מתוכם 86.83 ₪ במימון של המעסיק למעט גילום שווי המס בגין ההטבה
בן/בת זוג	131.30 ₪	
* ילד עד גיל 21 שנה	71.50 ₪	
ילד בוגר (מעל גיל 21 שנה)	131.30 ₪	
186.77 ₪		

* התשלום הינו עבור 3 ילדים, מגיל 5 עד גיל 21 שנה, החל מהילד הרביעי ואילך - חינם.

12.2. חברים שהינו גמלאי

אופן התשלום: אמצעי גבייה אישי		
תכנית ב'	תכנית א'	
חבר שהינו גמלאי	186.73 ₪	
בן/בת זוג של גמלאי	197.97 ₪	
* ילד עד גיל 21 שנה	73.50 ₪	
ילד בוגר (מעל גיל 21 שנה)	129.13 ₪	
181.10 ₪		

* התשלום הינו עבור 3 ילדים מגיל 5 עד גיל 21 שנה, החל מהילד הרביעי ואילך - חינם.

תכניות ג', ד', ה' הינן עבור מבוטחים אשר היו מבוטחים בתוכניות אלו בתקופת הביטוח הקודמת.

אופן התשלום: אמצעי גבייה אישי			
תכנית ג'	תכנית ד'	תכנית ה'	
חבר שהינו גמלאי	51.44 ₪	128.81 ₪	135.72 ₪
בן/בת זוג של גמלאי	51.44 ₪	128.81 ₪	135.72 ₪
* ילד עד גיל 21 שנה	47.70 ₪	47.70 ₪	21.99 ₪
ילד בוגר (מעל גיל 21 שנה)	51.44 ₪	128.81 ₪	97.72 ₪

* התשלום הינו עבור 3 ילדים מגיל 5 עד גיל 21 שנה, החל מהילד הרביעי ואילך - חינם

דמי הביטוח עבור תכנית שכוללת כיסוי משלים לניתוחים (לבעלי שב"ן):

אופן התשלום: אמצעי גביה אישי		
תכנית א'	תכנית ב'	
חבר שהינו גמלאי	184.73 ₪	332.00 ₪
בן/בת זוג של גמלאי	195.97 ₪	332.00 ₪
* ילד עד גיל 21 שנה	71.50 ₪	71.50 ₪
ילד בוגר (מעל גיל 21 שנה)	127.13 ₪	179.10 ₪

* התשלום הינו עבור 3 ילדים מגיל 5 עד גיל 21 שנה, החל מהילד הרביעי ואילך - חינם.

12.3. דמי הביטוח יהיו צמודים למדד שיפורסם ביום 15.8.2019.

12.4. לדמי ביטוח אשר לא שולמו במועד יתווספו הפרשי הצמדה וריבית על פי הקבוע בחוק פסיקת ריבית והצמדה תשכ"א 1961 מיום היווצר הפיגור ועד לפירעון בפועל של דמי הביטוח אצל החברה.

12.5. קביעת דמי ביטוח- תקנה 5(ב) לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי:

מבטח לא יבצע במהלך תקופת הביטוח או במועד חידוש הביטוח הקבוצתי, העלאה של דמי הביטוח שנושא בתשלומם המבטח בסכום העולה על 15 שקלים חדשים במצטבר לכל מבטח או בשיעור העולה על 50 אחוזים מהם, הנמוך ביניהם, אלא על פי הסכמתו המפורשת של המבטח בטרם מועד העלאת דמי הביטוח, אשר תועדה, ואם המבטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים- המבטח רשאי להעלות את דמי הביטוח לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר להעלאת דמי הביטוח שהוא נושא בהם לגבי ילדו או בן זוגו; לעניין זה, "העלאה של דמי ביטוח" -

- (1) לרבות הפחתה בהיקף הכיסוי הביטוחי שנעשתה כתחליף להעלאה של דמי הביטוח והעלאה בחלק היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבוטח;
- (2) לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח במלואה או בחלקה או הרחבתה;
- (3) למעט העלאה בדמי הביטוח הנובעת מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה או העלאה בדמי הביטוח הנובעת ממעבר בין קבוצות גיל שפורטו בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה;
- (4) במהלך תקופת הביטוח- בנוגע לדמי הביטוח שמשלם המבוטח מתחילת תקופת הביטוח עד מועד העלאת דמי הביטוח;
- (5) במועד חידוש הביטוח הקבוצתי- בנוגע לדמי הביטוח ששילם המבוטח ערב מועד חידוש הביטוח.

12.6. **התאמת פרמיה:** בתום 30 חודשים מהמועד הקובע, תיערך בדיקה של נתוני הפוליסה לתקופה של 24 חודשים מהמועד הקובע, לבחינת הצורך בקיום התאמת הפרמיה ו/או שינוי בכיסויים. נוסחת התאמת דמי הביטוח תבוצע בהתאם לנוסח התאמת הפרמיה הקיים בהסכם בין בעל הפוליסה לבין המבטחת.

13. חריגים כלליים

13.1. חריגים כלליים לפרקים א'-ו'

המבטח לא יהיה אחראי ולא ישלם תגמולי ביטוח על פי פרק זה, על כל פרקיו, בכל אחד מהמקרים הבאים:

13.1.1. מקרה הביטוח אירע לפני מועד הצטרפותו של המבוטח לביטוח. למען הסר ספק, עבור מבוטחים קיימים מקרה ביטוח שחל טרם המועד הקובע יכוסה עפ"י תנאי הסכם הקודם ובתנאי כי המבוטח היה מבוטח בהסכם הקודם.

13.1.2. מקרה הביטוח אירע לאחר תום תקופת הביטוח.

13.1.3. מקרה הביטוח הינו טיפול המחייב אישורה של ועדת הלסינקי או שאינו מקובל לפי אמות מידה רפואיות מקובלות/קיום מנחים מקובלים בעולם סיבוכי הריון ו/או לידה למעט הפלה הנדרשת מסיבות רפואיות, פריין ו/או עקרות למעט הריון מחוץ לרחם, כיסוי לניתוח קיסרי (במידה והמבוטחת לא עברה ניתוח קיסרי טרם הצטרפותה לביטוח) והפסקת הריון מסיבות רפואיות, למעט כיסויים המופיעים בפרק העוסק בביטוח ושירותים לנשים הרות.

13.1.4. ניתוח אסתטי לתיקון צלקות לאחר כוויית, תאונות ניתוחים או שברים כמו גם ניתוח לתיקון חך שסוע, וניתוח לתיקון הדורצלה או וריקוצלה.

13.1.5. פעילות ספורט מקצוענית במסגרת אגודת ספורט שהינה פעילות ספורט אשר שכר בצידה, למעט פעילות ספורט במסגרת מקום העבודה (להסרת ספק, הסייג לא יחול על פעילות במסגרת הליגה למקומות עבודה).

13.1.6. מקרה הביטוח נגרם עקב ניסיון התאבדות, פגיעה עצמית, אלכוהוליזם, שימוש בסמים או התמכרות להם, למעט אם השימוש בסמים נעשה על פי הוראות רופא שלא לצורך גמילה.

13.1.7. השתתפות פעילה של המבוטח בפעולה מלחמתית, משטרתית, במהפכה, מרד, פרעות, מהומות, מעשה חבלה, או פשע, עוון, סחר בסמים, פעילות ללא רישיון תקף המתאים לאותה פעילות ככל שנדרש, או התנגדות למעצר, או מקרה ביטוח במהלך שירות צבאי הנובע באופן ישיר מפעילות בעלת אופי צבאי לרבות תרגילים/אימונים צבאיים או טרנס צבאיים מכל סוג שהוא, צבא קבע או שירות במילואים או צבא סדיר.

13.1.8. טיסה בכלי טייס כלשהו, למעט טיסה כנוסע בכלי טייס אזרחי בעל תעודת כשירות להובלת הנוסעים, ולמעט טיסה של עובד מבוטח תוך כדי או עקב עבודתם אצל מעסיקם.

13.1.9. מקרה הביטוח אירע בתקופת האכשרה. למעט מקרה ביטוח שנגרם מתאונה לגביו לא תחול תקופת אכשרה.

13.1.10. לגבי בני משפחה שמועד הצטרפותם להסכם זה הינו לאחר המועד הקובע - מקרה ביטוח שגורם ישיר וממשי לו היה מהלך רגיל של מצב רפואי קודם מדיינ; מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח; לרבות בשל מחלה או תאונה; לעניין זה, "אובחנו במבוטח" - בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי

מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח.
חריג זה יהא מוגבל בזמן על פי גיל המבוטח במועד ההצטרפות לביטוח
כדלקמן:

13.1.10.1 פחות מ-65 שנים - החריג יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על
שנה אחת ממועד ההצטרפות לביטוח.

13.1.10.2 65 שנים או יותר - החריג יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על
חצי שנה ממועד ההצטרפות לביטוח.

סייג בשל מצב רפואי קודם לא יהיה תקף אם המבוטח הודיע לחברה
על מצב בריאותו הקודם והחברה, לא סייגה במפורש את המצב הרפואי
המסוים הנזכר בהודעת המבוטח והביטוח יהא בתוקף ללא סייגים או מגבלות
מכל מין וסוג שהוא, לגבי אותו מצב רפואי קודם הנזכר בהודעת המבוטח.

13.1.11 מקרה הביטוח נגרם או הינו תוצאה ישירה של שירות המבוטח בגוף
בטחוני (שאינו צבאי) או משטרתי והמבוטח זכאי לפיצוי מגורם ממשלתי
עפ"י דין/תקנה/חוק.

13.2 חריגים כלליים לפרקים ז'-ח'

13.2.1 המבטח יהיה פטור מכיסוי ו/או שיפוי ו/או פיצוי בגין כל אחד מהמצבים
הבאים:

בפוליסה או בנספחי הטיפולים.

13.2.2 טיפולי שיניים הקשורים באופן ישיר ו/או עקיף במטרת יופי ו/או אסתטיקה.

13.2.3 טיפולים שיקומיים שהצורך הרפואי לביצועם הינו אובדן חומר שן ובלבד
שבצילום מודגם אובדן חומר שן אשר השאיר פחות ממילימטר חומר
שן תקין מעל מוך השן או אובדן חומר שן של 2/3 ומעלה מכותרת השן.

13.2.4 ההזדקקות כולה לטיפול השיניים נגרמה על ידי המבוטח /ת ובמידה.

13.2.5 בגין תרופות שהמבוטח/ת נזקק/ה להן בקשר לטיפול שיניים.

13.2.6 אדם שאינו רופא שיניים כהגדרתו בפוליסה זו למעט טיפולי הסרת אבנית
שבוצעו על ידי שיננית בפיקוח רופא שיניים.

13.2.7 מודגש ומובהר בזה, כי הכיסוי הביטוחי על פי פוליסה זו לא מעניק כיסוי
ו/או שיפוי ו/או פיצוי ו/או תגמולי ביטוח כלשהם, יהיה מצב שינוי של
המבוטח אשר יהיה, פרט לטיפולים המפורטים במפורש בנספח טיפולים
ובתנאי שהמבטח הכיר בקיומו של מקרה הביטוח.

13.2.8 חבות המבטח לא תחול בגין טיפול שאינו מוגדר במפורש בהסכם זה
ונספחיו. למעט המתחייב מטיפול חלופי כמפורט בסעיף 11.2.1.11 לעיל.

13.2.9 המבטח לא יהיה חייב בתגמולי ביטוח בגין כל טיפול אשר הוצג במפורש
בפוליסה ו/או בנספחיה, וכן בגין כל טיפול הוצג ממכסת הטיפולים
וממסגרת חבות המבטח.

13.2.10 הכשלה של ברור החבות (סעיף לחוק חוזה הביטוח) לא קוימה חובת
המבוטח לפי סעיף 22 או לפי סעיף 23 לחוק חוזה ביטוח, וקוימה היה
מאפשר למבטח להקטין חבותו, אין הוא חייב בתגמולי הביטוח אלא במידה
שהיה חייב בהם אילו קוימה החובה, הוראה זו לא תחול בכל אחת מאלה:

13.2.10.1 החובה לא קוימה או קוימה באיחור מסיבות מוצדקות.

13.2.10.2 אי קוימה או איחור לא מנע מהמבטח את ברור חבותו ולא
הכביד על הברור.

13.2.11 עשה המבוטח במתכוון דבר שהיה בו כדי למנוע מן המבטח את ברור
חבותו או להכביד עליו, אין המבטח חייב בתגמולי ביטוח אלא במידה
שהיה חייב בהם אילו לא נעשה אותו דבר.

14. הצמדה למדד

דמי הביטוח, ההשתתפות העצמית ותגמולי הביטוח על פי ביטוח זה, יהיו צמודים למדד ויוצמדו לשיעור עליית המדד הקובע לעומת המדד היסודי.

15. מיסים והיטלים

בעל הפוליסה או המבוטח, חייב בתשלום כל המיסים הממשלתיים והאחרים החלים על ביטוח זה או המוטלים על דמי הביטוח ועל תגמולי הביטוח ועל כל התשלומים האחרים, בין אם מיסים אלה קיימים ביום היכנס הביטוח לתוקף ובין אם יוטלו במועד מאוחר יותר, על פי חוק.

16. התיישנות התביעות

16.1. תקופת ההתיישנות של תביעה לתגמולי ביטוח על פי פרקים א'-ו', היא 3 שנים מיום קרות מקרה הביטוח.

16.2. תקופת ההתיישנות של תביעה לתגמולי ביטוח על פי פרקים ז'-ח', היא 5 שנים מיום קרות מקרה הביטוח.

17. מתן מסמכים והודעות למבוטח - סעיפים 6,7 בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי

17.1. מבטח ימסור עם תחילת תקופת הביטוח, לכל יחיד מקבוצת המבוטחים, בין בהצטרפותו לראשונה ובין במועד חידוש הביטוח לתקופה נוספת, העתק פוליסה, טופס גילוי נאות לפי הנחיות המפקח, דף פרטי ביטוח וכן מסמכים נוספים שיורה עליהם המפקח;

17.2. על אף האמור בסעיף 18.1 לעיל, חודש הביטוח הקבוצתי לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או הוארך הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטח על חידוש הביטוח לתקופה נוספת, בלא שינוי בדמי הביטוח ובשאר תנאי הכיסוי הביטוחי, ימסור המבטח לכל יחיד מקבוצת המבוטחים הודעה על חידוש הביטוח בלבד ויציין-

17.2.1. כי הוארכה תקופת הביטוח ולא חלו שינויים בתנאי הכיסוי הביטוחי;

17.2.2. את האפשרות של המבוטח לקבל העתק ממסמכי הפוליסה;

17.2.3. את האפשרות של המבוטח לעיין במסמכי הפוליסה תוך מתן פירוט היכן הדבר ניתן.

17.3. חלה על מבוטח חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מהחוזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, תוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח.

17.4. נקבע כי בעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח, במלואם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מן החוזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, בתוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח, ואולם המבטח רשאי שלא לשלוח למבוטח הוראות בחוזה האמור לעניין גובה דמי הביטוח, התאמת דמי הביטוח והשתתפות ברווחים.

17.5. חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (בסעיף זה- מועד תחילת השינוי), ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהיה מבוטח בה ערב מועד תחילת השינוי, עד 60 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי; נדרשה הסכמתו המפורשת של מבוטח, כאמור בסעיף 4 או בסעיף 5(ב) לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי, תיכלל בהודעה כאמור פסקה לעניין ההסכמה המפורשת הנדרשת של המבוטח ובהעדרה המשמעות של העדר הרצף הביטוחי כאמור בסעיף 4(ב) (2) לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי; לא התקבלה הסכמתו המפורשת של המבוטח כאמור עד למועד תחילת השינוי, ימסור המבטח למבוטח בתוך 21 ימים, ולא יאוחר מ-45 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה שנייה בדבר הצורך בקבלת הסכמתו המפורשת של המבוטח; הודעה שנייה תימסר באמצעים אחרים משליחה בדואר רגיל, לרבות, בדואר רשום או שיחת טלפון.

17.6. חודשה פוליסה לקבוצת מבטחים אצל מבטח אחר, אשר לא ביטח את הקבוצה ערב החידוש - ימסור המבטח האחר לכל יחיד בקבוצת המבטחים הודעה בכתב בדבר חידוש כאמור, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד חידוש הביטוח.

17.7. הסתיימה הפוליסה ולא חודשה, בין אם אצל אותו מבטח ובין אם אצל מבטח אחר, לכלל או לחלק מהמבטחים, ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבטחים שהסתיימה או לא חודשה הפוליסה כאמור, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד סיום תקופת הביטוח, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, ויצוין בה את זכות ההמשכיות של היחיד לפוליסת פרט לביטוח בריאות ואת זכות היחיד להנחה בדמי הביטוח, ככל שכל אחת מזכויות אלה נוגעות בדבר, וכן יפרט בהודעה כאמור כל זכות נוספת של היחיד הנובעת מסיום הפוליסה.

17.8. פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בסעיף 6.5.3 לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבטחים, בתוך 30 ימים מיום שנודע לו על הפסקת הזיקה כאמור או לכל המאוחר בתוך 90 ימים מיום הפסקת הזיקה כאמור, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, הכוללת פירוט של זכויות המבוטח לפי הפוליסה הקבוצתית.

17.9. חלה על מבוטח במועד ההצטרפות לביטוח הבריאות הקבוצתי החובה לשלם דמי ביטוח, אשר לפי תנאי הפוליסה תחל גבייתם לאחר המועד האמור, ימסור המבטח למי שמשלם את דמי הביטוח שאינו בעל הפוליסה, הודעה בכתב בדבר המועד שבו תחל הגבייה של דמי הביטוח; הודעה כאמור תימסר למי שמשלם את דמי הביטוח במהלך שלושת החודשים שקדמו למועד הגבייה האמור.

18. חוק הביטוח וחוק הבריאות

18.1. הוראות חוק חוזה הביטוח תשמ"א - 1981 יחולו על פוליסה זו.

18.2. למען הסר ספק, הוראות פוליסה זו כפופות להוראות החוק והרגולציה ואין בהם כדי לגרוע מזכויותיו של המבוטח.

18.3. במקרה שתפורסם בחוזר הנחיה ו/או הוראה של המפקח על הביטוח ו/או יחולו שינויים בחוק חוזה ביטוח, לאחר חתימת הסכם זה, יהיו רשאים המבטחת ו/או בעל הפוליסה לדרוש יישומו של חוזר זה בתנאי הפוליסה ככל שיש בו כדי להיטיב עם בעל הפוליסה ועם המבוטחים והחלתו תהיה בהסכמת הצדדים בלבד.

18.4. אם יחולו שינויים בחוק הבריאות או בסל שירותי הבריאות על פי חוק הבריאות, תהא החברה רשאית לערוך את השינויים המתבקשים מכך בפוליסה.

19. הודעות

הודעה שתישלח על ידי החברה לכתובת האחרונה הידועה לה של המבוטח, תיחשב כהודעה שנמסרה לו כהלכה.

20. הצהרת בעל הפוליסה - סעיף 3 א' 1 לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי

בעל הפוליסה מצהיר ומתחייב בזאת כי הינו פועל באמונה ובשקיפה לטובת המבוטחים בלבד ואין ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל הפוליסה.

פרק א': השתלות, ניתוחים/טיפולים מיוחדים בחו"ל

1. הגדרות

בנוסף להגדרות הכלליות בפוליסה ולהגדרות בפרק זה יחולו על פרק זה ההגדרות הנוספות שלהלן:

1.1. **"איבר מלאכותי"** - מערכת מכנית ו/או אלקטרונית אשר מוחדרת באופן מלא או חלקי בגופו של אדם במהלך ניתוח, פועלת בעזרת אנרגיה חשמלית ומחליפה פעילות פיזיולוגית של איבר. מובהר כי שתל אשר מושתל בגופו של אדם לצורך החלפת תפקוד רקמה כגון מסתם מלאכותי, או שתל אשר מושתל בגופו של אדם על מנת לרפא מחלה או מצב רפואי כגון סטנט לא ייחשבו איבר מלאכותי.

1.2. **"השתלה"** - כל השתלה הניתנת לרישום במרכז הלאומי להשתלות בישראל לרבות, כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח, של ריאה, אונת ריאה לב, כליה, לבלב, כבד, אונת כבד, רחם, מעי, שחלה/ות, קרנית וכל שילוב ביניהם ו/או חלק מהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, או השתלת מח עצמות מתורם אחר או מח עצמות שמקורו בתרומה עצמית של המבוטח או השתלת תאי אב, ו/או תאי גזע מדם היקפי ו/או דם טבורי ו/או דם פריפרי מתורם זר ו/או מגופו של המבוטח וכל שילוב ביניהם כחלק מהשתלת מח עצמות השתלה תכלול גם השתלת או תפועל בעזרת איבר מלאכותי כדוגמת לב מלאכותי ו/או השתלת איבר ממקור אחר לרבות השתלת איבר מבע"ח (בשלב בו הפרוצדורה הפסיקה להיות מוגדרת כניסיונית ע"י הרשויות המוסמכות במדינת ישראל או ארה"ב או האיחוד האירופי). יובהר כי השתלת לב מלאכותי כחלק מהליך לקראת השתלת לב מתורם יחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד. **הגדרה זו נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 'הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות'.**

1.3. **"הוצאות מוכרות"** - כל ההוצאות בגין השתלה לרבות השתלה חוזרת או טיפול מיוחד בחו"ל כמפורט בפרק זה.

1.4. **"טיפול מיוחד בחו"ל"** - ניתוח/ טיפול מיוחד בחו"ל אשר מתקיים לגביהם אחד מהתנאים האמורים בסעיפים כדלקמן:

1.4.1. הטיפול המיוחד אינו בר ביצוע על ידי שרותי הרפואה בישראל.

1.4.2. זמן ההמתנה לביצוע הניתוח ו/או הטיפול המיוחד בישראל עולה על זמן ההמתנה לביצוע הניתוח ו/או הטיפול המיוחד בחו"ל, ובשל ההמתנה, עלולה להיגרם החמרה (על פי קריטריונים רפואיים מקובלים) במצבו הרפואי של המבוטח ו/או סיכון לחיי המבוטח ו/או הרעה משמעותית באיכות חייו של המבוטח.

1.4.3. קיים בחו"ל ניסיון מוכח רב יותר (עפ"י קריטריונים רפואיים מקובלים) בביצוע הטיפול המיוחד, מאשר בישראל.

1.4.4. ביצוע ניתוח ו/או טיפול מיוחד הנדרש להצלת חוש השמיעה או הראיה של המבוטח.

1.4.5. הניתוח ו/או הטיפול המיוחד, דרוש למבוטח למניעת היווצרות נכות לצמיתות בשיעור העולה על 75%.

1.4.6. סיכויי ההצלחה בביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל גבוהים באופן משמעותי מסיכויי ההצלחה בביצוע הטיפול המיוחד בארץ.

למען הסר ספק, תנאים אלו אינם מצטברים.

2. מקרה ביטוח להשתלה

2.1. עבור מבטחים קיימים:

מצבו הרפואי של המבוטח המחייב ביצוע השתלה בחו"ל כהגדרתה לעיל או ביצוע השתלה בחו"ל כהגדרתה לעיל.

2.2. עבור מבטחים חדשים:

מצבו הרפואי של המבוטח המחייב ביצוע השתלה בחו"ל, כהגדרתה לעיל.

3. מקרה הביטוח לטיפול מיוחד בחו"ל

3.1. עבור מבטחים קיימים:

מצבו הרפואי של המבוטח המחייב ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל, כהגדרתו לעיל או ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל כהגדרתו לעיל.

3.2. עבור מבטחים חדשים:

מצבו הרפואי של המבוטח המחייב ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל, כהגדרתו לעיל. למען הסר ספר טיפול חוזר או המשכי בעקבות השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל או השתלה חוזרת יהא חלק מאותו מקרה הביטוח.

4. תנאי זכאות

4.1. להשתלה - המבטח יהיה חייב בכיסוי השתלה שמתקיימים בה כל התנאים המצטברים הבאים:

4.1.1. רופא מומחה בתחום הרפואי הרלבנטי מטעם המבוטח קבע עפ"י קריטריונים רפואיים מקובלים את הצורך בביצוע השתלה.

4.1.2. ההשתלה תבוצע בבית חולים מוכר ומורשה ע"י הרשויות המוסמכות באותה ארץ.

4.1.3. ההשתלה אינה מהווה טיפול ניסיוני ו/או טיפול למטרת מחקר ו/או חקירה.

4.1.4. ההשתלה תבצע על פי אמות מידה אתיות וחוקיות מקובלות במדינה בה היא מבוצעת ובישראל.

4.2. לטיפול מיוחד בחו"ל - המבטח יהיה חייב בכיסוי טיפול מיוחד בחו"ל שמתקיימים בו כל התנאים המצטברים הבאים:

4.2.1. רופא מומחה מטעם המבוטח בתחום הרפואי הרלוונטי קבע על פי קריטריונים רפואיים מקובלים כי התקיים אחד התנאים המפורטים בסעיף 1.4 לעיל.

4.2.2. הטיפול המיוחד בחו"ל אינו מהווה טיפול ניסיוני למטרות מחקר או חקירה או אינו טיפול לא קונבנציונאלי למעט אם הטיפול הוא פרוצדורה רפואית מוכרת ורופא מומחה מטעם המבוטח בתחום הרפואי הרלוונטי קבע כי לטיפול סיכויי הצלחה.

4.2.3. הטיפול המיוחד בחו"ל יתבצע על פי אמות מידה אתיות וחוקיות מקובלות במדינה בה הוא מבוצע.

5. התחייבות המבטח

בקרת מקרה הביטוח, ובתנאי כי מדובר בנותן שירות שבהסכם המבטח יספק על חשבון גם ארגון, תאום, ואישור קבלת החולה במרכז הרפואי אליו מופנה החולה, וכן ישפה המבטח את המבוטח או ישלם ישירות לנותן השירות בגין ההוצאות המוכרות בגין השתלה או בגין הטיפול המיוחד בחו"ל כמפורט להלן למרות האמור לעיל לא יכוסו הוצאות תיווך או כל הוצאה אחרת אשר אינה מפורטת בפרק זה:

- 5.1. **להשתלה במסלול שיפוי:** הוצאות כמפורט בסעיף 5.3 להלן, לביצוע השתלה במסגרת בית חולים שבהסכם ועל ידי צוות רפואי שבהסכם - **שיפוי מלא ללא תקרת עלות כוללת.** במקרה של ביצוע ההשתלה על ידי המבוטח בבית חולים שאינו כלול ברשימת בתי החולים שבהסכם ו/או על ידי צוות רפואי שאינו בהסכם, הסכום המרבי לשיפוי בגין הוצאות בעת אשפוז והוצאות נלוות להשתלה יהא עד ל-4,000,000 ₪ לכל השתלה, ובכפוף לאמור בס' 5.3.16 - 5.3.1 ולתקרות המפורטות בהם, אם וככל שקיימות תקרות. במקרה של צורך בהשתלת מח עצם ולאחר מיצוי הזכויות על פי סל הבריאות ישולמו הוצאות לאיתור תורם מח עצם, וזאת עד לסכום של 250,000 ₪.
- 5.2. **לטיפול מיוחד בחו"ל** - הסכום המרבי לשיפוי בגין כל הטיפולים המיוחדים וההוצאות בגינם המהווים מקרה ביטוח אחד יהא 1,250,000 ₪ (מיליון ומאתיים וחמישים אלף שקלים חדשים). היה והוציא המבוטח בישראל תשלומים בגין הכיסוי לטיפול מיוחד בחו"ל, יהיה זכאי המבוטח לתשלום מהחברה המבטחת עד 20% מסכום הביטוח המרבי לטיפול מיוחד.
- למען הסר ספק, במידה ונדרשת נסיעה לחו"ל לצורך אבחון של הבעיה הרפואית, יכוסו הוצאות האבחון, הטיפול, (במידה ובוצע), וכל הבדיקות שיבוצעו במסגרת זו יאושרו ויכוסו במסגרת סעיף זה בין אם המבוטח עבר או לא עבר טיפול מיוחד בחו"ל במסגרת אותה הנסיעה.
- 5.3. **תגמולי הביטוח** - השיפוי למקרה הביטוח כמוגדר בסעיפים 2,3 לעיל יהא בגין ההוצאות הממשיות ששולמו בפועל והמפורטות להלן:
- 5.3.1. תשלום לרופאים ולמוסדות רפואיים בחו"ל עבור הערכה רפואית של המבוטח, כנדרש על פי מצבו הרפואי של החולה, לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל.
- 5.3.2. הוצאות הצוות הרפואי והוצאות חדר ניתוח, כל ההוצאות הרפואיות והאשפוז שניתנו למבוטח בחו"ל לרבות אך לא רק אשפוז ביחידה לטיפול נמרץ עד 90 יום לפני הביצוע ועד 300 יום לאחר ביצועה במהלך ביצוע ההשתלה ו/או הטיפול המיוחד בחו"ל, כל ההוצאות הכרוכות בבדיקות, שירותי מעבדה לרבות אך לא מוגבל לבדיקות פתולוגיה, ציטולוגיה, וגנטיקה שיידרשו, תרופות וטיפולים להם נזקק המבוטח.
- 5.3.3. תשלום עבור ההוצאות להשגת האיבר להשתלה, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה. לקבל, כיסוי ההוצאות הרפואיות הכרוכות באיתור התורם כולל הוצאות שהייה וטיסה לצורך איתור תורם עבור המבוטח ומלווה אחד. הכיסוי יכלול גם רישום במאגרים בחו"ל וכל פעולה אחרת הנדרשת לאיתור האיבר והשגתו - התקרה לסעיף זה הינה 200,000 ₪.
- 5.3.4. תשלום עבור משתלים מיוחדים או מפרישי תרופות המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח. תקרה לסעיף זה הינה 100,000 ₪.
- 5.3.5. הוצאות נסיעה לחו"ל למבוטח ולמלווה אחד (עד 2 מלווים במקרה שהמבוטח הינו קטין), בטיסה מסחרית רגילה לצורך ביצוע השתלה ו/או טיפול מיוחד בחו"ל.
- 5.3.6. ביטוח נסיעות לחו"ל - המבטח ידאג למבוטח ולמלווה אחד מטעמו לביטוח נסיעות לחו"ל אשר יכלול כיסוי גם למקרה ביטוח הקשור למצב הקיים בגינו נסע המבוטח לחו"ל.
- 5.3.7. הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל לצורך ביצוע השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל והוצאות העברה יבשתית סבירות משדה התעופה לבית החולים בחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס בטיסה מסחרית רגילה. הטסה רפואית משמעה - הטסה בשירות מטוסים רגיל ו/או במטוס מיוחד, בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח המועבר

מישראל למקום ביצוע ההשתלה או הניתוח המיוחד בחו"ל ובחזרה לישראל, בתנאי שרופא מומחה קבע כי עלול להתעורר צורך בהתערבות רפואית במהלך הטיסה וההסטה הרפואית הינה אפשרית והכרחית מבחינה רפואית.

5.3.8. הוצאות סבירות לשהייה בחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל כהגדרתו לעיל, למבוטח ולמלווים אך לא יותר מ-1200 ₪ (אלף ומאתיים שקלים חדשים) ליום, עד לתקרה מרבית של 180,000 ₪ (מאה ושמונים אלף שקלים חדשים) למקרה ביטוח.

5.3.9. המשך טיפולים או מעקב רפואי בחו"ל שלא ניתנים לביצוע בישראל, הנובעים מביצוע השתלה ו/או טיפול מיוחד.

5.3.10. הוצאות הסטת גופת המבוטח לישראל, אם נפטר, חו"ח, כתוצאה מהשתלה ו/או טיפול מיוחד בחו"ל - בתיאום מראש עם המבטח.

5.3.11. מובהר כי השתלה ו/או טיפול רפואי מיוחד חוזר/ים אשר יידרשו/ בעקבות ביצוע מקרה ביטוח כפעולה ראשונית מהווה חלק בלתי נפרד ממקרה הביטוח הראשוני.

5.3.12. מבוטח על פי פרק זה, שעבר השתלה בארץ או בחו"ל (למעט השתלת קרנית ו/או מח עצמות עצמית) יפוצה ויקבל גמלה חודשית בסך 7,000 ₪ (שבעה אלפים שקלים חדשים), לאחר ביצוע ההשתלה לחודש למשך 24 חודשים. נפטר המבוטח לאחר ההשתלה וטרם מיצה את הגמלה כקבוע לעיל, יקבלו מוטביו את יתרת הגמלה כקבוע לעיל, מיד עם פטירתו לפי צו ירושה ו/או קיום צוואה.

5.3.13. **פיצוי חד פעמי להשתלה בחו"ל** - תשלום חד פעמי בגובה הוצאות המבוטח בפועל, אך לא יותר מ-400,000 ₪ לאחר ביצוע ההשתלה בחו"ל שהמבטח לא השתתף במימונה בין בתשלום ישירות לנותן השירות ובין במתן שיפוי למבוטח כנגד הוצאותיו ובין אם בתשלום לקופות חולים ו/או לגורם אחר, ובתנאי כי התקיימו הוראות חוק השתלת אברים, התשס"ח-2008, לרבות כי נטילת האיבר והשתלת האיבר לא נעשו בניגוד להוראות הדין החל באותה מדינה וכי מתקיימות הוראות החוק לעניין איסור סחר באיברים. מובהר פיצוי לפי סף זה הינו חילופי לכיסוי לפי סעיפים 5.3.1 - 5.3.9 לעיל, וכי על המבוטח להודיע לחברה על בחירתו לחברה טרם ביצוע ההשתלה.

5.3.14. **הבאת מומחה רפואי לישראל כתחליף להשתלה או כתחליף לניתוח או טיפול מיוחד בחו"ל** - החברה תכסה את עלות הבאת המנתח, שהותו בארץ, הוצאות טיסתו ושכרו. **בחירת המנתח תקבע ע"י המבוטח, ובתנאי כי לחברת הביטוח יתאפשר לתאם את הבאתו ושהייתו בישראל.**

5.3.15. יובהר כי ככל שיצא המבוטח לחו"ל להשתלה או לטיפול מיוחד ומכל סיבה שהיא לא בוצעה השתלה או לא בוצע הטיפול המיוחד בעת שהותו בחו"ל - המבטח יישא בכל ההוצאות המפורטות לעיל בסעיפים 5.3.1 עד 5.3.7.

6. **המשך טיפול רפואי מיוחד בארץ לאחר השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל**, שנקבע ע"י רופא מומחה מטעם המבוטח בתחום הרפואי הנוגע לעניין, אשר אינו מכוסה ע"י קופת החולים של המבוטח במסגרת סל הבריאות - עד לתקרה של 130,000 ₪ (מאה ושלושים אלף שקלים חדשים) **למקרה ביטוח. לא יאה כפל כיסוי על פי סעיף זה אם הטיפול התרופתי יכוסה על פי פרק התרופות.**

פרק ב': ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ לאחר השתתפות עצמית כמפורט בסעיף 2 להלן

1. הגדרות:

- 1.1. **"התייעצות"** - התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה אחריו.
- 1.2. **"טיפול מחליף ניתוח"** - טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, חומרי סיכוך למפרקים, הזרקות לעמוד שדרה, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף.
- 1.3. **"ניתוח"** - פעולה פולשנית חדירנית (Invasive Procedure) החדרת דרך רקמות ומטרתה אבחון, ו/או טיפול ו/או מניעה ו/או ריפוי מחלה ו/או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות או הצטברות או סתימה או היצרות. במסגרת זו ייראו כניתוח גם פעולות פולשניות - חודרניות, כולל פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, גלי קול, חשמל, גלים אלקטרו מגנטיים, חום או קרינה לרבות קרינה רדיואקטיבית המבוצעים במהלך הניתוח. כמו כן, הראית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, הדמיה מגנטית (כחלק מתהליך הניתוח ו/או לפניו ובלבד וקיימת הפניה מהרופא המנתח לביצוע הבדיקה לפני הניתוח. למען הסר ספק, מובהר כי הבדיקה תכוסה ע"י המבטח גם אם כתוצאה ממנה יוחלט שלא לקיים את הניתוח), ניתוח באמצעות אנדוסקופיה, צנתור, אנגיוגרפיה, השתלת עור, קולונוסקופיה, הזרקה או החדרה של חומרים רדיואקטיביים לתוך גידול, הקפאת תאי גידול, באמצעות טכניקת קריו הרס תאי גידול באמצעות גלי רדיו, ו/או קפיץ/ים לדרכי האוויר בריאות, אבחון באמצעות מצלמה תוך גופית, וכן ריסוק אבנים יחשבו ניתוח על פי הגדרה זו. יכוסה ניתוח המתבצע באמצעות כירורגיה רובוטית. מובהר כי ניתוחים לכריתת שחלה/ות ו/או ניתוחים לכריתת שד/ים (כולל שחזור שדיים), ו/או ניתוחים לכריתת מעיי ייחשבו כניתוח על פי הוראות פוליסה זו גם אם ידרשו לצורכי מניעה ו/או לצורך מניעה על רקע גנטי. מובהר כי "ניתוח" יכלול כל אמצעי טיפול המבוצע כיום ו/או יבוצע בעתיד.

הגדרת "ניתוח" נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר 20/2004 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות".

- 1.4. **"מרפאה כירורגית פרטית"** - מרפאה, כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם, הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 34(א)(2) לפקודה האמורה, שאינה בבעלות ממשלתית, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות.
- 1.5. **"בית חולים פרטי"** - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן; אחד מאלה:
 - (1) בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013.
 - (2) בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות לספק שירות בחירת רופא בתשלום.
- 1.6. **"קופת חולים"** - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן; כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994.
- 1.7. **"רופא מומחה"** - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן; רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות.

1.8. **"שתל"** - כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ותוך כדי ניתוח בבית/בתי חולים, (על פי הגדרותיהם דלעיל), לרבות עדשה טורית או מולטי פוקאליות במקרה של צורך פרק ירך, אלודרם, שתל PSI לחוסר גולגלתי, עצמימי שמע מלאכותיים, קוצב לב, דפירילטור תוך גופי, משתלים מפרשי תרופות, ו/או חומרים למניעת הידבקויות, חומרים רדיואקטיביים המוחדרים ישירות לגידול או בדרך של אנגיוגרפיה (כדוגמת טיפול בסירטקס) פולימר המוחדר לריאות, (כדוגמת אריסל), למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי. הגדרת **"שתל"** נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שנקבע המפקח על הביטוח בחוזר 20/2004 **"הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות"**.

1.9. **"תקופת אכשרה"** - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:

תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה עבור כל כיסוי, ובה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה, תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.

1.10. **"הסדר ניתוח"** - הסדר ניתוח כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994 - הסכם בין החברה לבין רופא או מוסד רפואי לפיו מלוא התשלומים הקשורים לניתוח שבוצע בישראל, לרבות התשלומים לרופא ולמוסד הרפואי וכן התשלומים בעבור הציוד, האביזרים והתכשירים המשמשים בביצוע הניתוח ובמהלך הטיפול, ישולמו על ידי החברה למעט השתתפות עצמית ככל שנקבעה.

1.11. **"הסדר התייעצות"** - הסדר התייעצות כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994 - הסכם בין החברה לבין רופא או מוסד רפואי, לפיו מלוא התשלום המגיע לרופא או למוסד רפואי בעד התייעצות רפואית נקבע באותו הסכם, ימומן על ידי חברת הביטוח, למעט השתתפות עצמית ככל שנקבעה ויכול שישולם על ידי החברה או על ידי המטופל.

2. מקרה הביטוח:

מקרה הביטוח הוא: מקרה הביטוח הוא ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל במבוטח במהלך תקופת הביטוח או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי, אשר יש למבטח עימו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי עניין ולאחר תשלום השתתפות עצמית כמפורט להלן:

2.1. במקרה של ניתוח הכולל אשפוז של לילה אחד או יותר לאחר הניתוח -

2.2. השתתפות עצמית בגובה של 1,180 ₪ לכל מקרה ביטוח.

מבוטח שיבצע את הניתוח באמצעות השב"ן יהיה זכאי לכיסוי שמעבר למלוא הזכויות המוקנות לו במסגרת תכנית השב"ן שבה הוא חבר (לרבות החזר השתתפות עצמית וכלל שישנה כזו ושולמה על ידי המבוטח) ובלבד שהניתוח בוצע באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי אשר יש למבטח עמו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין.

2.3. במקרה של ניתוח ללא אשפוז לילה אחד לאחר הניתוח - לא תחול השתתפות עצמית.

3. הכיסוי הביטוחי:

בקרת מקרה ביטוח יהיה זכאי המבוטח לכיסוי מלוא העלות של מקרים אלה בלבד:

3.1. שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח ועד לסך של 1,500 ₪ להתייעצות אצל רופא שאין לגביו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי עניין. לעניין זה יובהר כי התייעצות תכונה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו.

3.2. שכר מנתח.

3.3. ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית: כיסוי זה יכלול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, לרבות שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח והוצאות אשפוז עד לתקרה של 30 ימי אשפוז כולל אשפוז טרום ניתוח.

3.4. טיפול מחליף ניתוח - וזאת עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל.

לעניין זה, עלות הניתוח המוחלף בישראל הנה על פי הסכום המפורסם במועד קרות מקרה הביטוח באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.harel-group.co.il. כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.

יובהר כי התשלומים בגין סעיפים 3.2 ו-3.3, יבוצעו לנותני השירות שבהסדר ניתוח בלבד ולא ישולם למבוטח החזר בגין הוצאות שהוציא, אף אם שולמו על ידי לנותני שירות שבהסדר כאמור. יובהר כי במקרה ששילם המבוטח לנותן שירות שבהסדר, יהיה זכאי לכיסוי (באמצעות תשלום לנותן השירות שבהסדר) עד הסך שהיה משולם לנותן שירות שבהסדר התייעצות או הסדר ניתוח, לפי העניין.

4. חריגים:

סעיף החריגים בתנאים הכלליים אינו חל על פרק זה.

החברה לא תהא אחראית ולא תהא חייבת לשלם תגמולי ביטוח בכל אחד מהמקרים הבאים:

4.1. מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה.

4.2. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית.

4.3. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים הבאים:

4.3.1. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד לרבות שחזור באמצעות שרירי הבטן;

4.3.2. ניתוח לקיצור קיבה למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40.

4.3.3. ניתוח קוסמטי שהצורך בו נובע בעקבות תאונת דרכים ו/או תאונת עבודה ו/או אירוע טרור, לאחר מימוש ומיצוי הזכויות על פי כל דין וזאת עד לתקרה של 50,000 ₪ למקרה ביטוח.

4.4. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;

4.5. השתלת איברים; לעניין זה, "השתלת איברים" - כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, בלב, כבד, וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת לב מלאכותי ובלבד שמתקיים כיסוי לאירועם אלה בפרק "ההשתלות" למעט מקרה ביטוח שקרה טרם תחילת הביטוח.

4.6. ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" - "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א - 1980;

- 4.7. מקרה ביטוח שארע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרתי, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית;
- 4.8. מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 4.9. מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004.
- 4.10. ניתוח שבוצע בישראל ושאינ לחברה לגביו הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי. קרי הזכאות לכיסוי ביטוחי הנה רק אם לחברה קיים הסדר ניתוח עם הרופא וגם עם המוסד הרפואי.

5. תקופת אכשרה:

תקופת אכשרה הינה בת 90 ימים לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצות. בנוגע להריון או לידה תהיה תקופת האכשרה 12 חודשים בלבד.

פרק ג': כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפול מחליפי ניתוח

(לבעלי שב"ן - כללית מושלם/פליטנום, מגן זהב, מאוחדת עדיף/שיא, לאומית זהב) פרק זה יחול במקום פרק ב', אך ורק על מבטח אשר בחר להיות מבטח בכיסוי ביטוחי משלים לניתוחים כמפורט בסעיף 2.3.14 בתמורה לתשלום דמי ביטוח כאמור בסעיף 12

1. הגדרות:

- 1.1. **"ההתייעצות"** - ההתייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה אחריו.
- 1.2. **"טיפול מחליף ניתוח"** - טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, חומרי סיכור למפרקים, הזרקות לעמוד שדרה, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף.
- 1.3. **"ניתוח"** - פעולה פולשנית חדירנית (Invasive Procedure) החודרת דרך רקמות ומטרתה אבחון, ו/או טיפול ו/או מניעה ו/או ריפוי מחלה ו/או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות או הצטברות או סתימה או היצרות. במסגרת זו יראו כניתוח גם פעולות פולשניות - חודרניות, כולל פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, גלי קול, חשמל, גלים אלקטרו מגנטיים, חום או קרינה לרבות קרינה רדיואקטיבית המבוצעים במהלך הניתוח. כמו כן, הראית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, הדמיה מגנטית (כחלק מתהליך הניתוח ו/או לפניו ובלבד וקיימת הפניה מהרופא המנתח לביצוע הבדיקה לפני הניתוח. למען הסר ספק, מובהר כי הבדיקה תכוסה ע"י המבטח גם אם כתוצאה ממנה יוחלט שלא לקיים את הניתוח), ניתוח באמצעות אנדוסקופיה, צנתור, אנגיוגרפיה, השתלת עור, קולונוסקופיה, הזרקת או החדרה של חומרים רדיואקטיביים לתוך גידול, הקפאת תאי גידול, באמצעות טכניקת קריו הרס תאי גידול באמצעות גלי רדיו, ו/או קפיץ/ים לדרכי האוויר בריאות, אבחון באמצעות מצלמה תוך גופית, וכן ריסוק אבנים יחשבו ניתוח על פי הגדרה זו. יכוסה ניתוח המתבצע באמצעות כירורגיה רובוטית. מובהר כי ניתוחים לכריתת שחלה/ות ו/או ניתוחים לכריתת שד/יים (כולל שחזור שדיים), ו/או ניתוחים לכריתת מעי ייחשבו כניתוח על פי הוראות פוליסה זו גם אם ידרשו לצורכי מניעה ו/או לצורך מניעה על רקע גנטי. מובהר כי "ניתוח" יכלול כל אמצעי טיפול המבוצע כיום ו/או יבוצע בעתיד.

הגדרת "ניתוח" נוסחה באופן שמיטיב עם המבטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר 20/2004 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות".

- 1.4. **"מרפאה כירורגית פרטית"** - מרפאה, כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם, הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 34(א)(2) לפקודה האמורה, שאינה בבעלות ממשלתית, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות.
- 1.5. **"בית חולים פרטי"** - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:
אחד מאלה:

- (1) בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013.
- (2) בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות לספק שירות בחירת רופא בתשלום.

- 1.6. **"קופת חולים"** - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:
כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994.

- 1.7. **"רופא מומחה"** - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן: רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות.
- 1.8. **"שתל"** - כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ותוך כדי ניתוח בבית/בתי חולים, (על פי הגדרותיהם דלעיל), לרבות עדשה טורית או מולטי פוקאליות במקרה של צורך פרק ירך, אלודרם, שתל PSI לחוסר גולגתלי, עצמי שמע מלאכותיים, קוצב לב, דפירילטור תוך גופי, משתלים מפרשי תרופות, ו/או חומרים למניעת הידבקות, חומרים רדיואקטיביים המוחדרים ישירות לגידול או בדרך של אנגיוגרפיה (כדוגמת טיפול בסירטקס) פולימר המוחדר לריאות, (כדוגמת אריסל), למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי. **הגדרת "שתל" נוסחה באופן שמייטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר 20/2004 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות".**

- 1.9. **"תקופת אכשרה"** על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן: תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה עבור כל כיסוי, ובה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה, תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.

2. מקרה הביטוח:

מקרה הביטוח הוא ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל במבוטח במהלך תקופת הביטוח או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי, אשר יש למבטח עמו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין.

3. הכיסוי הביטוחי:

- בקורות מקרה ביטוח יהיה זכאי המבוטח לכיסוי מלא העלות של מקרים אלה בלבד:
- 3.1. שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח ועד לסך של 1,500 ₪ להתייעצות אצל רופא שאין לגביו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי עניין. לעניין זה יובהר כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו.
- 3.2. שכר מנתח.
- 3.3. ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית: כיסוי זה יכלול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, לרבות שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח והוצאות אשפוז עד לתקרה של 30 ימי אשפוז כולל אשפוז טרום ניתוח.
- 3.4. טיפול מחליף ניתוח- וזאת עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל.
- לעניין זה, עלות הניתוח המוחלף בישראל הנה על פי הסכום המפורסם במועד קרות מקרה הביטוח באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.harel-group.co.il. כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.
- יובהר כי התשלומים בגין סעיפים 3.2 ו-3.3, יבוצעו לנותני השירות שבהסדר ניתוח בלבד ולא ישולם למבוטח החזר בגין הוצאות שהוציא, אף אם שולמו על ידי לנותני שירות שבהסדר כאמור.** יובהר כי במקרה ששילם המבוטח לנותן שירות שבהסדר, יהיה זכאי לכיסוי (באמצעות תשלום לנותן השירות שבהסדר) עד הסך שהיה משולם לנותן שירות שבהסדר התייעצות או הסדר ניתוח, לפי העניין.

4. תגמולי ביטוח:

הסדר ניתוח - הסדר ניתוח כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994 - הסכם בין החברה לבין רופא או מוסד רפואי לפיו מלוא התשלומים הקשורים לניתוח שבוצע בישראל, לרבות התשלומים לרופא ולמוסד הרפואי וכן התשלומים בעבור הציוד, האביזרים והתכשירים המשמשים בביצוע הניתוח ובמהלך הטיפול, ישולמו על ידי החברה למעט השתתפות עצמית ככל שנקבעה.

הסדר התייעצות - הסדר התייעצות כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994 - הסכם בין החברה לבין רופא או מוסד רפואי, לפיו מלוא התשלום המגיע לרופא או למוסד רפואי בעד התייעצות רפואית נקבע באותו הסכם, ימומן על ידי חברת הביטוח, למעט השתתפות עצמית ככל שנקבעה ויכול שישולמו על ידי החברה או על ידי המטופל.

בקורות מקרה ביטוח המבוטח יהיה זכאי כדלקמן:

- 4.1 בקורות מקרה ביטוח יהיה זכאי המבוטח לכיסוי שמעבר למלוא הזכויות המוקנות לו במסגרת תכנית השב"ן שבה הוא חבר (לרבות החזר השתתפות עצמית וכלל שישנה כזו ושולמה על ידי המבוטח), עבור ניתוחים פרטיים בישראל ובלבד שבוצע באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי אשר יש למבטח עמו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין.
- 4.2 במקרים בהם אין השב"ן מכסה מקרה ביטוח למבוטח בלבד, בשל נסיבות מסוימות הנוגעות למבוטח מסויים (כגון פיגור בתשלום דמי החברות לשב"ן או הפסקת החברות בשב"ן או מכל סיבה אחרת) יהיה המבוטח זכאי לכיסוי על פי האמור בסעיף 4.1 לעיל, ויראו אותו כמי שחברותו בשב"ן לא הופסקה והוא יכוסה (כתשלום לנותני שירות שבהסדר כאמור לעיל) לפחות על פי ההפרש שבין סך ההוצאות בפועל לבין ההוצאות שהיו משולמות לו במקרה של מימון ההוצאות על ידי תכנית השב"ן שבה הוא היה חבר ובכפוף לכך שיש למבטח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין. יובהר, לצורך חישוב ההפרש האמור בסעיף 4.2 לעיל, יידרש המבוטח להוכיח מהן הזכויות הניתנות לחברי השב"ן לאותו מקרה ביטוח. במקרים שבהם לא יוכח מהן הזכויות הניתנות לחברי השב"ן, תיקבע השתתפות החברה על פי המידע הקיים בחברה לגבי ההשתתפות הנדרשת באותו סוג ניתוח ובאותה תוכנית שב"ן.
- 4.3 במקרים שבהם השב"ן שבו חבר המבוטח אינו מכסה את מקרה הביטוח לכלל העמיתים בשב"ן, לרבות במהלך תקופת אכשרה/המתנה בשב"ן (כהגדרתה בשב"ן) וכן במקרים בהם המבוטח הינו חייל בשירות סדיר, יינתן כיסוי בגין ההוצאות המוכרות המפורטות בסעיף 4 לעיל ובכפוף לכך שלמבטח קיים הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי, והוראות סעיף 4.1 לעיל לא יחולו על מקרה הביטוח.

5. ברות ביטוח:

הופסקה ו/או בוטלה ו/או תמה חברותו של המבוטח ו/או זכאותו בשב"ן מסיבה כלשהי (להלן: "הפסקת השב"ן"), יהא המבוטח רשאי לבקש בתוך 60 יום מיום הפסקת השב"ן, להצטרף לביטוח לכיסוי לניתוחים שלא יפחת בהיקפו מתנאי הכיסוי לניתוחים הנהוג בחברה באותה עת, עם הגשת בקשה בכתב, תשלום דמי ביטוח מלאים וכנהוג בחברה באותה עת. במקרה זה, יהיה המבוטח זכאי לברות ביטוח שמשמעותה הצטרפות ללא כל תקופת אכשרה ולא תידרש הצהרת בריאות חדשה. תחילת הביטוח לכיסוי לניתוחים תהא למפרע על פי מועד הפסקת השב"ן.

6. חריגים:

סעיף החריגים בתנאים הכלליים אינו חל על פרק זה.

החברה לא תהא אחראית ולא תהא חייבת לשלם תגמולי ביטוח בכל אחד מהמקרים הבאים:

- 6.1 מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה

- 6.2. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית.
- 6.3. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים הבאים:
 - 6.3.1. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד לרבות שחזור באמצעות שרירי הבטן;
 - 6.3.2. ניתוח לקיצור קיבה למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ-40.
 - 6.3.3. ניתוח קוסמטי שהצורך בו נובע בעקבות תאונת דרכים ו/או תאונת עבודה ו/או אירוע טרור, לאחר מימוש ומיצוי הזכויות על פי כל דין וזאת עד לתקרה של 50,000 ₪ למקרה ביטוח.
- 6.4. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;
- 6.5. השתלת איברים; לעניין זה, "השתלת איברים" - כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת לב מלאכותי ובלבד שמתקיים כיסוי לאירועם אלה בפרק "ההשתלות" למעט מקרה ביטוח שקרה טרם תחילת הביטוח.
- 6.6. ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" - "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;
- 6.7. מקרה ביטוח שארע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרתי, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית;
- 6.8. מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 6.9. מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004.
- 6.10. ניתוח שבוצע בישראל ושאינו לחברה לגביו הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי. קרי הזכאות לכיסוי ביטוחי הנה רק אם לחברה קיים הסדר ניתוח עם הרופא וגם עם המוסד הרפואי.

7. תקופת אכשרה:

תקופת אכשרה הינה בת 90 ימים לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצות. בנוגע להריון או לידה תהיה תקופת האכשרה 12 חודשים בלבד.

פרק ד': ניתוחים פרטיים ומחליפי ניתוח בחו"ל

1. הגדרות

בנוסף להגדרות הכלליות הספציפיות הקבועות לעיל בפוליסה, תחול על פרק זה ההגדרה הנוספת שלהלן:

- 1.1 **"הטסה רפואית"** - הטסה בשירות מטוסים רגיל או במטוס מיוחד בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח, המועבר מישראל לחו"ל ו/או מחו"ל לישראל, בתנאי שרופא קבע כי עלול להתעורר צורך בהתערבות רפואית במהלך הטיסה, כולל העברה ברכב יבשתי, המותאם לעניין, משדה התעופה למקום ביצוע הניתוח ו/או בחזרה ארצה משדה התעופה אל מקום המשך הטיפול במבוטח בישראל.
- 1.2 **"ניתוח"** - פעולה פולשנית חיריתית (Invasive Procedure) החודרת דרך רקמות ומטרתה אבחון, ו/או טיפול ו/או מניעה ו/או ריפוי מחלה ו/או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות או הצטברות או סתימה או היצרות. במסגרת זו יראו כניתוח גם פעולות פולשניות - חודרניות, כולל פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, גלי קול, חשמל, גלים אלקטרו מגנטיים, חום או קרינה לרבות קרינה רדיואקטיבית המבוצעים במהלך הניתוח. כמו כן, הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, הדמיה מגנטית (כחלק מתהליך הניתוח ו/או לפני ובלבד וקיימת הפניה מהרופא המנתח לביצוע הבדיקה לפני הניתוח. למען הסר ספק, מובהר כי הבדיקה תכוסה ע"י המבוטח גם אם כתוצאה ממנה יוחלט שלא לקיים את הניתוח, ניתוח באמצעות אנדוסקופיה, צנתור, אנגיוגרפיה, השתלת עור, קולונוסקופיה, הזרקה או החדרה של חומרים רדיואקטיביים לתוך גידול, הקפאת תאי גידול, באמצעות טכניקת קריו הרס תאי גידול באמצעות גלי רדיו, ו/או קפיץ/ים לדרכי האוויר בריאות, אבחון באמצעות מצלמה תוך גופית, וכן ריסוק אבנים יחשבו ניתוח על פי הגדרה זו. יכוסה ניתוח המתבצע באמצעות כירורגיה רובוטית. מובהר כי ניתוחים לכריתת שחלה/ות ו/או ניתוחים לכריתת שד/יים (כולל שחזור שדיים), ו/או ניתוחים לכריתת מעי יחשבו כניתוח על פי הוראות פוליסה זו גם אם ידרשו לצורכי מניעה ו/או לצורך מניעה על רקע גנטי. מובהר כי "ניתוח" יכלול כל אמצעי טיפול המבוצע כיום ו/או יבוצע בעתיד.

הגדרת "ניתוח" נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר 20/2004 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות".

- 1.3 **"שתל"** - כל איבר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ותוך כדי ניתוח בבית/בתי חולים, (על פי הגדרותיהם דלעיל), לרבות עדשה טורית או מולטי פוקאליות במקרה של צורך פרק ירך, אלודרם, שתל PSI לחוסר גולגלתי, עצמימי שמע מלאכותיים, קוצב לב, דפירילטור תוך גופי, משתלים מפרשי תרופות, ו/או חומרים למניעת היזבקות, חומרים רדיואקטיביים המוחדרים ישירות לגידול או בדרך של אנגיוגרפיה (כדוגמת טיפול בסירטקס) פולימר המוחדר לריאות, (כדוגמת אריסל), למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי. **הגדרת "שתל" נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר 20/2004 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות".**

2. תנאי מוקדם לאחריות המבטח

הכיסוי לניתוחים פרטיים בחו"ל מאפשר ביצוע ניתוח פרטי בחו"ל, בכפוף לכך שהניתוח אושר מראש על ידי המבטח, ושההתקשרות עם נותני השרות הרפואי ותאום הניתוח ייעשו ישירות על ידי המבטח.

יובהר כי המבטח לא יגביל את המבוטח לביצוע ניתוח במרכז רפואי שלמבטח יש הסכם עמו או במרכז רפואי כלשהו כך שאם הניתוח לא אושר מראש על ידי המבטח, ו/או אם המבוטח

יבחר לבצע את הניתוח אצל מנתח ובית חולים שאינם בהסדר עם החברה למרות אישור התביעה ע"י החברה יכסה המבטח את עלות הניתוח ובכל מקרה לא יותר מ-200% מעלות כוללת של ביצוע הניתוח בארץ.

3. מקרה הביטוח

3.1. עבור מבוטחים קיימים:

מצבו הרפואי של המבוטח המחייב ביצוע ניתוח בחו"ל כהגדרתה לעיל או ביצוע ניתוח בחו"ל.

3.2. עבור מבוטחים חדשים:

מצבו הרפואי של המבוטח המחייב ביצוע ניתוח בחו"ל.

4. תגמולי הביטוח בגין מקרה הביטוח

4.1. בקרות מקרה הביטוח, ישלם המבטח ישירות לנותן השרות ו/או ישפה את המבוטח עבור הוצאות הרפואיות הקשורות בניתוח וכל הוצאה רפואית הנדרשת לניתוח וניתנת במסגרת בית החולים, כמפורט להלן:

4.1.1. כיסוי להתייעצות בחו"ל על פי סעיף 2.1 בפרק האמבולטורי.

4.1.2. הוצאות הכנה לניתוח, שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, הוצאות הרופא הצוות המנתח, שהייה בבית חולים בחדר בו שתיים עד שלוש מיטות בבית חולים פרטי.

4.1.3. תרופות בעת הניתוח ובעת האשפוז.

4.1.4. בדיקות אבחון, הדמיה ובדיקות מעבדה.

4.1.5. בדיקות פתולוגיות.

4.1.6. טיפולים פיזיותרפיים בעת אשפוז.

4.1.7. 4.1.8 שתל בזמן ניתוח 60,000 ₪

4.1.8. החזר מלא של הוצאות שכר אחות פרטית לכל יום אשפוז עקב ניתוח בבית חולים ובמהלך אשפוז רציף לאחר הניתוח.

4.1.9. כל הוצאה רפואית אחרת, הקשורה ישירות לניתוח ואשר החיוב בגינה נעשה ע"י בית החולים או הרופא המנתח או המרדים.

4.1.10. שירות הסעה באמבולנס לב"ח ובין בתי חולים. ההחזר לא יעלה על התעריף הרשמי הקיים באותה עת בשירותי אמבולנס בארץ מקום הביצוע, המקבילים לשירותי מן דוד אדום בישראל.

4.2. במקרה של ניתוח המבוצע בחו"ל הכרוך בתקופת אשפוז העולה על 7 ימים, יכסה המבטח, בנוסף לאמור בסעיף 4.1 לעיל, גם את ההוצאות הבאות:

4.2.1. **כיסוי להוצאות נסיעה לחו"ל** - למבוטח ולמלווה אחד (עד שני מלווים אם המבוטח הוא קטין) בטיסה מסחרית רגילה או בתנאים מיוחדים על פי הוראת רופא לצורך ביצוע הניתוח בחו"ל.

4.2.2. **כיסוי להוצאות הטסה רפואית** - במקרה של צורך בהטסה רפואית של המבוטח לחו"ל לצורך ביצוע הניתוח או חזרתו ארצה לאחר ניתוח, יכסה המבטח את הוצאות ההטסה הרפואית.

4.2.3. **כיסוי להוצאות שהייה** - הוצאות לשהייה בחו"ל הנחוצות לצורך ביצוע הניתוח בחו"ל למבוטח ולמלווים אך לא יותר מ-עד 1,000 ₪ ליום ועד לסך מרבי של 100,000 ₪. במקרה שהמבוטח הינו קטין, התקרה תהא 1,250 ₪ ליום ובסה"כ עד 125,000 ₪. יובהר כי בנוסף לאמור לעיל ובכפוף להנחיית הרופא

המנתח מבוטח לאחר הניתוח אשר עבר בחו"ל אשר בגינו אושפז לתקופה של 7 ימים רצופים או יותר, ואשר נדרש להישאר בקרבת בית החולים ולא באשפוז לצורך מעקב רפואי אחרי הניתוח, יהיה זכאי להחזר הוצאות אלו לתקופה של עד 10 ימים לאחר השחרור מבית החולים.

4.2.4. **כיסוי להוצאות הטסת גופה** - המבטח יכסה הוצאות הטסת גופה לישראל לאחר ניתוח, אם נפטר המבטח בעת שהותו בחו"ל. כיסוי ההוצאה יהיה מלא ויבוצע על ידי המבטח או בתיאום עמו.

4.2.5. **התייעצות עם רופאים מומחים לפני הניתוח** - בארץ: שיפוי מלא להתייעצות עם רופא מומחה עד לגובה 800 ש"ח.

4.2.6. **תשלום במקרה מוות במהלך ביצוע הניתוח בחו"ל** - נפטר המבטח במהלך 14 ימים מהיום בו עבר ניתוח כתוצאה ישירה מהניתוח המכוסה במסגרת פרק זה תשלם החברה ליורשיו על פי צו ירושה ו/או צו קיום צוואה בנוסף לתגמולי הביטוח סכום נוסף של 250,000 ש"ח.

4.2.7. **מענק חד-פעמי לניתוח גדול בחו"ל אשר משך האשפוז בגינו הינו לפחות 8 ימים** - פיצוי בסך 25,000 ש"ח.

4.3. **ביטוח נסיעות לחו"ל** - המבטח ידאג למבטח ולמלווה אחד מטעמו לביטוח נסיעות לחו"ל אשר יכלול כיסוי גם למקרה ביטוח הקשור למצב הקיים בגינו נסע המבטח לחו"ל.

4.4. **אי יכולת לביצוע ניתוח בחו"ל**

למען הסר ספק, במידה ולא ניתן להעביר את המבטח לחו"ל לביצוע הניתוח בחו"ל מסיבות רפואיות תשלם המבטחת עבור הבאת המומחה מחו"ל עד 120,000 ש"ח לביצוע הניתוח בישראל.

5. תנאים מיוחדים לפרק זה

בהיודע למבטוח על הצורך בניתוח אשר ברצונו לבצע בבי"ח בחו"ל, יידע את המבטח וימסור לידי את שם ביה"ח וכתובת ביה"ח בחו"ל, בו הינו מעוניין לבצע את הניתוח הנ"ל וכן את כל הפרטים הנוספים הקשורים בניתוח.

6. חריגים מיוחדים

סעיף החריגים הכלליים בפוליסה חלים אף על פרק זה.

בנוסף לאמור לעיל, החברה לא תהא חייבת בתשלום תגמולי ביטוח על פי פרק זה במקרים הבאים:

6.1. השתלות בישראל ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל שאינם ניתנים לביצוע בישראל (המכוסים לפי פרק א').

6.2. מקרה ביטוח שארע למוטב השווה רוב ימות השנה (מעל 183 ימים ברצף) מחוץ למדינת ישראל.

6.3. זריקות והזלפות שלא במסגרת או במהלך ניתוח.

6.4. ניתוחים הקשורים בשיניים ובחניכיים.

7. **זכות עיון בהסכמי המבטח** - במקרה והניתוח בוצע בחו"ל או במימון חלקי או מלא של המבטח, לבעל הפוליסה תהיה הזכות לעיין בהסכמים שיש למבטח עם ספקי השרות הרפואי הרלוונטי, כפי שהיו מעת לעת, זאת על מנת לוודא שסכומי הפיצוי, להם זכאי המבטח, עומדים בתנאי הסכם הביטוח.

פרק ה': תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות הממלכתי

1. הגדרות

בנוסף להגדרות הכלליות בפוליסה, יחולו על פרק זה ההגדרות הנוספות שלהלן:

1.1. **"רשימת התרופות המאושרות לשימוש"** - רשימת התרופות המאושרות על ידי הרשויות המוסמכות במדינת ישראל לרבות תרופות המאושרות באופן פרטני או כוללני לשימוש ו/או היבוא תרופה, כפי שתעודכן מעת לעת ע"י הרשויות.

1.2. **"תרופה"** - חומר כימי או ביולוגי או תכשיר כהגדרתו בפקודת הרוקחים התשמ"ו - אשר מטרתו לאבחן או למנוע או לטפל או לרפא או להאריך חיים או להקל בכאב או לה קל על הסימפטומים הרפואיים או שנועד לטפל במצב רפואי שנגרם עקב מחלה או תאונה או למנוע החמרה או הישנות או התפתחות של אותה מחלה (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים), אשר אינו נכלל בסל הבריאות הממלכתי ו/או אשר נכלל בסל הבריאות להתוויה שונה מזו אשר בגינה נדרש לטיפול במבוטח, ובלבד שהוא מופיע ברשימת התרופות המאושרות לשימוש ו/או שאושרו לשימוש על ידי הרשות המוסמכת בישראל ו/או הרשויות המוסמכות בארצות הברית ו/או במדינות החברות באיחוד האירופי (לפני מאי 2004), שווייץ, נורבגיה, איסלנד, אוסטרליה, ניו-זילנד, יפן וקנדה או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMA) (להלן - "המדינות המוכרות") או מוכרות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח כמפורט להלן בסעיפים 1.2.1 עד 1.2.5 ("תרופה" לצורך הגדרה זו תכלול גם תרופה המוגדרת כ-OFF LABEL בהתאם לפירוט כדלהלן):

כל תרופה שאושרה לשימוש באחת מהמדינות המוכרות, אך לא להתוויה הרפואית ו/או במינון שונה ו/או בעיתי שונה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובלבד שהתרופה הוכרה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי לפחות אחד מהבאים:

1.2.1. פרסומי ה-FDA

1.2.2. American Hospital Formulary Service Drug Information

1.2.3. US Pharmacopoeia-Drug Information

1.2.4. Drugdex [Micromedex], ובלבד שהתרופה עונה על לפחות תנאי אחד מהתנאים הבאים [כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות]:

א. עוצמת ההמלצה [Strength Of Recommendation] - נמצאת בקבוצה I או IIa.

ב. חוזק הראיות [Strength Of Evidence] - נמצאת בקטגוריה A או B.

ג. יעילות [Efficacy] - נמצאת בקבוצה I או IIa.

1.2.5. תרופה שהטיפול בה מומלץ לפחות באחד מה-National Guidelines שתפרסם על ידי אחד מהבאים:

א. NCCN

ב. ASCO

ג. NICE

ד. ESMO Minimal Recommendation

ההגדרות נוסחו באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות וההוראות המפורטות בחוזר המפקח על הביטוח 18-1-2015 - "הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתכנית לביטוח תרופתי".

1.2.6. **תרופת יתום** - תרופה לטיפול במחלה נדירה אשר אושרה ו/או הוכרה כתרופת יתום בישראל ו/או ע"י הרשויות המוסמכות באחת או יותר מהמדינות

המוכרות, למעט תרופה המפותחת לאדם מסוים, עבור קוד גנטי מסוים, פרופיל גנטי מסוים או מבנה מסוים של המולקולות והתאים של אותו אדם.

1.2.7 **"תרופת חמלה"** - תרופה אשר הוגשה לאישור הרשויות המוסמכות במדינות המוכרות למצבו הרפואי של המבוטח או מצויה בהליכי פיתוח או ניסוי למצבו הרפואי של המבוטח, או שאושרה למצב רפואי שונה ולא אושרה למצבו הרפואי של המבוטח, ואיננה תרופת "OF LABEL", הניתנת לחולה כאשר אין תרופה יעילה מאושרת למצבו עד לתקרה של 200,000 ₪.

1.2.8 **תרופת IND (Investigational New Drug)** - תרופה המצויה בתהליכי הגשה לאישור הרשויות המוסמכות במדינות המוכרות, הניתנת לחולה כשאין תרופה יעילה מאושרת למצבו, ובתנאי שהתרופה אינה ניתנת למבוטח במסגרת ניסוי קליני, והרשות המוסמכת באחת המדינות המוכרות אישרה את הטיפול כטיפול IND. עד לתקרה של 200,000 ₪.

1.2.9 **תרופות לפי סעיף 29g** - רכישת תרופות שאינן כלולות בסל שירותי הבריאות ובתנאי שניתן אישור לשימוש בתרופה על פי תקנה 29 (א) 3 לתקנות הרוקחים (תכשירים), תשמ"ו - 1986, ו/או שאושרה לשימוש על ידי הרשויות המוסמכות באחת מהמדינות המוכרות ו/או על ידי הרשויות המוסמכות בישראל להתוויה רפואית לטיפול במצב רפואי כלשהו ובתנאי שהתרופה אינה מתחום הרפואה המשלימה ובכפוף לכך שרופא מומחה בתחום הרפואי הרלבנטי בדרגת סגן מנהל מחלקה ומעלה בבית חולים כללי (כלומר, שמפעיל באורח קבע חדר מיון), קבע כי התרופה יעילה באופן ממשי לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על סמך שני פרסומים מדעיים רפואיים מקובלים וכי התועלת בשימוש בתרופה עולה על הסיכון הכרוך בה.

1.3 **"טיפול תרופתי נילווה"** - נטילת תרופה, באורח חד פעמי או מתמשך לרבות שתל ו/או אביזר מצופה תרופה ו/או אמצעי אחר להחדרתה, למעט אשפוז / אשפוז יום עד לתקרה של 2,000 ₪ לטיפול.

1.4 **ההגדרה נוסחה באופן שמייטיב עם המבוטח ביחס להגדרות והוראות המפורטות בחוזר המפקח על הביטוח 18-1-2015 - "הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתכנית לביטוח תרופתי."**

1.5 **"סל הבריאות הממלכתי"** - מכלול השירותים הרפואיים והתרופות הניתנות ע"י קופות החולים לחבריהן במסגרת ומכוח חוק הבריאות או מכוח כל מחויבות אחרת שבין הקופה לבין חבריה כולם או חלקם בכל מסגרת אחרת. למען הסר ספק תרופה אשר מופיעה בסל הבריאות וקופת החולים מסרבת לספקה ו/או לממנה מכל סיבה תוכר במסגרת ביטוח זה. ככל שסירוב הקופה ניתן בכתב, יהווה המסמך כאסמכתא לסירוב.

1.6 **"בית מרקחת"** - מקום המורשה על פי החוק בישראל למכור ולשווק תרופות לציבור, כולל בית מרקחת הממוקם בבית חולים (להלן: "נותן השירות").

"מרשם" - מסמך רפואי חתום על ידי רופא מומחה ו/או רופא בית חולים, אשר אישר את הצורך בטיפול התרופתי וקבע את אופן השימוש בתרופה, את המינון ומשך הטיפול הנדרש.

1.7 **"מחיר מרבי מאושר"** - הסכום המאושר ע"י הרשויות המוסמכות במדינת ישראל לגבייה עבור תרופה ביום ביצוע התשלום ע"י המבוטח.

1.8 **"סכום השיפוי המרבי"** - גובה תגמולי הביטוח המרביים שישלם המבוטח עבור תרופה ו/או תרופות על פי פרק זה, במהלך כל תקופת הביטוח.

2. מקרה הביטוח

הצורך בנטילת תרופה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח עפ"י קביעת רופא מומחה. מטעמו של המבוטח.

3. התחייבות המבטח

- 3.1. המבטח ישפה את המבטח ו/או ישלם ישירות לנותן השירות את תגמולי הביטוח, עד תקרת סכום השיפוי המרבי בסך 5,000,000 ₪ המתחדש אחת לשלוש שנים בגין סעיפים 1.2.1 - 1.2.6.
- 3.2. תקרת סכום השיפוי לסעיפים 1.2.7 - 1.2.8, תהיה 200,000 ₪ למקרה ביטוח
- 3.3. תקרת השיפוי לסעיף 1.2.9 תהיה בכפוף המצטברים שלהלן:
- 3.3.1. המבטח יפנה לאישור המבטח קודם לרכישת התרופה כאשר בידיו מרשם. לא פנה המבטח למבטח לקבלת אישור מוקדם כאמור, יופחת סכום תגמולי הביטוח עד לגובה הסכום שהיה משלם המבטח לו הייתה נמסרת לו על כך הודעה מראש. האמור לא יחול במקרה שהמבטח פנה למבטח באיחור מסיבות מוצדקות או אם הפנייה באיחור לא מנעה מהמבטח את בירור חבותו ולא הכביד על הבירור לחילופין, למבטח תהיה זכות לספק למבטח את התרופה ו/או התכשיר הרפואי בפועל ובלבד שהתרופה ו/או התכשיר הרפואי יסופקו באופן סדיר ובפרק זמן סביר.
- 3.3.2. מובהר כי אישור מכוח סעיף 29(ג) (לפקודת הרוקחים) (אישור על פי פקודת הרוקחים למתן תכשיר רפואי שאינו רשום בספר התרופות לחולה ספציפי) ייחשב כאישור של רשות מוסמכת בישראל לשימוש בתרופה והיא תכוסה במסגרת הפוליסה עד סכום ביטוח מרבי בסך 200,000 ₪ למקרה ביטוח. אולם, בתום 3 חודשים ובמידה ויוכח כי התרופה יעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבטח באמצעות מסמך מאת רופא מומחה מטעם המבטח, תקרת הכיסוי על פי סעיף זה תהא בסך של 500,000 ₪ למקרה ביטוח.
- 3.4. הוצאות בגין טיפול תרופתי נילווה ישולמו על ידי המבטח כנגד קבלות או העתקן, בגובה התשלומים ששולמו בפועל בלבד.
- 3.5. לא יינתן כיסוי בגין תשלומים עבור טיפולים תרופתיים אשר טרם נרכשו על ידי המבטח בפועל ו/או בגין התחייבות נותן שירות לטיפוליים תרופתיים עתידיים ו/או תרופות שנרכשו לאחר תקופת הביטוח.
- 3.6. סכום הכיסוי לתרופה לא יעלה על המחיר המרבי המאושר לאותה תרופה על ידי הרשויות המוסמכות בישראל. תרופה אשר לא נקבע לה מחיר מרבי מאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל, ייקבע סכום הכיסוי על פי המחיר המרבי לאותה תרופה בהולנד במחירי דולר ארה"ב. תרופה אשר לא נקבע לה מחיר מרבי מאושר בהולנד, יקבע סכום הכיסוי על פי המחיר המרבי לאותה תרופה באנגליה במחירי דולר ארה"ב.
- 3.7. המבטח לא יגביל את הכיסוי הביטוחי בטענת קיום תרופה חליפית הכלולה בסל הבריאות.
- 3.8. למען הסר ספק, יובהר כי, הכיסוי הביטוחי לתרופות שאין כלולות בסל שירותי הבריאות כאמור בפרק זה יכלול כיסוי לתרופות אשר נעשה בהן שימוש במהלך ולשם ביצוע הפרוצדורות כדוגמת ניתוח וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ או בחו"ל, השתלה, טיפול מיוחד בחו"ל, לרבות במהלך אשפוז הנלווה לביצוען, ועל פי קביעתו של הרופא המבצע.
- 3.9. המבטח ישפה את המבטח עבור השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה ועד סכום של 500 ₪ לכל טיפול.

4. השתתפות עצמית

- המבטח ישפה את המבטח בגין כל הוצאותיו לתרופה/ות בניכוי השתתפות עצמית בסך 300 ₪ לחודש, ובניכוי השתתפות קופת חולים אם קיימת.
- מבטח אשר נזקק לתרופה/ות שעלותן מעל 5,000 ₪ לחודש יהיה פטור מתשלום השתתפות עצמית.

למרות האמור לעיל, מבוטח אשר נזקק לתרופה/ות למחלת הסרטן יהיה פטור מתשלום השתתפות עצמית. יובהר כי תרופות אשר עלותן נמוכה מ-300 ש"ח לחודש לא כלולות על פי הכיסוי של פרק זה.

5. כיסוי לתרופות מיוחדות UPGRADE

- 5.1. מבוטח הזכאי לכיסוי תרופה על פי פרק זה, אשר רכש את התרופה במסגרת תכנית השב"ן בה הוא חבר, מבלי שתבע את החברה, יהיה זכאי בנוסף לזכאותו על פי תכנית השב"ן לפיצוי חודשי כלהלן:
- א. תרופה שעלותה 300 ש"ח עד 4,999 ש"ח - פיצוי בגובה ההשתתפות העצמית ששולמה על ידו במסגרת תכנית השב"ן.
- ב. תרופה שעלותה 5,000 ש"ח - 9,999 ש"ח - פיצוי חודשי 1,000 ש"ח בנוסף לשיפוי בגין ההשתתפות העצמית ששולמה על ידו לקופת החולים.
- ג. תרופה שעלותה 10,000 ש"ח - 19,999 ש"ח - פיצוי חודשי 2,000 ש"ח בנוסף לשיפוי בגין ההשתתפות העצמית ששולמה על ידו לקופת החולים. תרופה שעלותה 20,000 ש"ח ומעלה - פיצוי חודשי 3,000 ש"ח. בנוסף לשיפוי בגין ההשתתפות העצמית ששולמה על ידו לקופת החולים.

6. חריגים מיוחדים לפרק זה:

בנוסף לחריגים הכללים לפוליסה יחול על פרק זה החריגים הבאים:

- 6.1. לא יכוסה מקרה ביטוח כאמור להלן: תרופה לטיפול בשיניים, טיפול תרופתי מונע במסגרת שרות רפואה מונעת כדוגמת טיפול בוויטמינים ו/או חיסונים ו/או תוספי מזון.
- 6.2. טיפול תרופתי מניעתי (במבחן טיפול תרופתי במחלה) למבוטח שהינו נשא או חולה במחלת תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) ובכלל זה מוטציה ו/או וריאציה דומה אחרת.

פרק ו': שירותים רפואיים אמבולטוריים

1. מקרה ביטוח

שירותים רפואיים שבוצעו במהלך תקופת הביטוח.

2. תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח

המבטח ישלם למבוטח 80% מההוצאות בהן נשא בפועל, בגין מקרי הביטוח המפורטים בנספח זה, אך לא יותר מהסכום המרבי לכל טיפול כמפורט להלן.

2.1. התייעצות עם רופא מומחה (ללא קשר לניתוח):

בנוסף להתחייבויות המבטח בפרקי הביטוח השונים לעניין התייעצות עם רופא מומחה - המבטח ישלם למבוטח 80% מההוצאה בפועל בהן נשא המבוטח בפועל בגין התייעצות עם רופא מומחה לרבות לצורך מניעת מחלה (למעט במקרה של התייעצויות לצורך מעקב הריון, רופא משפחה וילדים שאינם מטפלים בשגרה) ללא קשר לניתוח, אצל רופא, על פי בחירתו ועל פי שיקול דעתו הבלעדית ללא קשר לניתוח לרבות ייעוץ תרופתי אישי, שירות של רוקחות קלינית המבוצע ע"י רוקח.

הזכאות - עד 2 התייעצויות לכל שנת ביטוח ועד לתקרה של 1,200 ₪ להתייעצות.

2.2. כיסוי עלות חוות דעת נוספת בחו"ל:

המבטח ישפה את המבוטח בגין הזדקקותו של המבוטח לחוות דעת רפואית שנייה בכל תחום רפואי ואשר ברשותו חוות דעת רפואית ראשונה של רופא מומחה (בארץ או בחו"ל). הכיסוי כולל קביעת אבחנה ו/או דרך טיפול ו/או בדיקת ממצאים, כמו כן פענוח נוסף של כל הבדיקות.

הזכאות - עד 3 חוות דעת לכל שנת ביטוח ושיפוי עד לתקרה של 7,000 ₪ כנגד קבלות או העתקן.

2.3. בדיקות אבחנתיות: (ללא קשר - לנזכר בסעיפים הרלוונטיים לכל פרקי הפוליסה, יחול התשלום ההחזר על פי העניין הגבוה ביניהם).

בדיקות אבחנתיות (לרבות אך לא מוגבל) בדיקות מעבדה, בדיקות דם, הפרשות, תאים בדיקת רקמת ביולוגית, בדיקת פיברוסטאט וכד' רנטגן, א.ק.ג., בדיקות הדמיה - אולטרסאונד (U.S), טומוגרפיה ממוחשבת (C.T), בדיקת תהודה מגנטית (M.R.I), **CTC**, מיפוי, **PET, OCT, CAPSULE WIRELESS ENDOSCOPY, EEG, EMG**, תהודה מגנטית פונקציונאלית (**FMRI**), **PAP**, ממוגרפיה וכל בדיקה אחרת המבוצעת בכל טכניקה או טכנולוגיה הידועה היום או שתהיה ידועה בעתיד הנדרשת לאבחון / מניעת מחלתו של המבוטח או לקביעת דרכי הטיפול בה.

המבטח ישלם למבוטח 85% מההוצאות בהן נשא בפועל לצורך ביצוע הבדיקה ועד 7,000 ₪ לכל בדיקה לכל שנת ביטוח.

גבול האחריות המרבי לכל הבדיקות לכל שנת ביטוח יהיה סך של 16,000 ₪.

2.3.1. בדיקות דימות לרבות אך לא מוגבל:

CARDIAC CT סריקה של הלב בסורק חדשני 64 פרוסות המאפשר אבחון מדויק ומהיר של הצרויות בעורקי הלב - מבלי להחזיר צנתר.

אבלציות AF - לטיפול בהפרעות קצב.

קולונוסקופיה וירטואלית.

חוות דעת שנייה על בדיקות הדמיה - חוות דעת שנייה אצל רדיולוגים מובילים בתחום לבעיה הספציפית של הפענוח.

שירות רדיולוג פרטי - בחירת רדיולוג מומחה בתת תחום של בדיקות הדימות, פענוח הבדיקה, שיחת ייעוץ אישית במהלכה יוסברו התוצאות ושיחה של הרדיולוג עם הרופא המפנה.

קפסולה למעינים - קפסולת וידאו לבדיקת המעינים הדקים.
Capsule Wireless Endoscopy

positron emission tomography - C.T PET

הדמיית בלוטות ממוחשבת לרבות מיפוי בלוטות לימפה.

תהודה מגנטית פונקציונלית-FMRI (Functional Imaging Magnetic Resonance)

בדיקות גסטרואנטרולוגיות לילדים בהרדמה כללית -
הבדיקות כוללות בדיקות לרבות אך לא מוגבל: בדיקות אנדוסקופיות,
גסטרוסקופיה, קולונוסקופיה ופוליפקטומיות בהרדמה.
טיפול ביוז רדיואקטיבי בין היתר לחולי סרטן בלוטת התריס -
יוז רדיואקטיבי הניתן בקפסולה דרך הפה ו/או בדרכים אחרות.
מיפוי לאבחון מחלת פרקינסון.

גסטרו קוליני ברוכנוסקופיה.

2.4. בדיקות למחלת הסרטן לרבות בדיקות פרמקוגנטיקה:

בדיקות פתולוגיות ו/או גנטיות וגנומיות לרבות בדיקות מעבדה הנעשות על רקמה ביולוגית שאופיין ומטרתן בין היתר:

- בדיקות מניעתיות.
- בדיקות לאבחון מוקדם.
- בדיקות לאבחון ואפיין מחלת הסרטן ואיתור מקום הגידול.
- בדיקות להתאמת טיפול לרבות מניעת תופעות לוואי, סיוע בקבלת החלטה טיפולית לרבות ביחס לסוג התרופה ולמינון המומלץ, לסוג הטיפול ו/או יעילות הטיפול ו/או המינון לרבות בירור מידת העמידות של הגידול לסוגים שונים של תרופות כימיות.
- בדיקות להערכת התקדמות עתידית של המחלה
- בדיקת נשאות גנטית של מבוטח לרבות בדיקה לקביעת הגן האחראי למחלת המבוטח או מחלה של בן משפחה מדרגה ראשונה אשר חלה באותה המחלה, והערכת מידת סיכון להופעת סרטן בעתיד.
- קבלת חוות דעת שניה לבדיקה פתולוגית בארץ או בחו"ל.
- כל הבדיקות שיוורחו בעתיד במעבדות השונות, ואשר נועדו לטיפול בנושאים הנזכרים מעלה, ייכללו בכיסוי זה.

תנאי לכיסוי:

הבדיקות ו/או הטיפולים בוצעו על פי הפניית רופא מומחה בכתב.

אופן התשלום בגין כלל הבדיקות:

המבטח ישלם ישירות למעבדה או לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות או העתקן עד תקרה בגובה של 40,000 ₪.

2.5. בדיקות גנטיות מניעתיות ולצורך אבחון:

מבוטח אשר בן משפחתו מדרגה ראשונה חלה בסרטן יהיה זכאי לבצע אבחון גנטי פעם אחת לכל תקופת הביטוח לגילוי נשאות גנים סרטיניים. המבטח ישלם 85% מההוצאות שנשא המבוטח בפועל ועד 5,000 ₪ לכל תקופת ההסכם.

2.6 טיפולי ושירותי הפריה:

2.6.1 המבטח ישלם למבוטח בגין ההוצאות בהן נשא בפועל בגין טיפולי הפריה חוץ גופית, טיפולי הפריה, הזרעה וכן כל טיפול ושירות רפואי שתכליתו כניסת המבוטחת להריון ו/או הגדלת הסיכוי כי המבוטחת תיכנס להריון, ועד לסך של 15,000 ₪ לכל סדרת טיפולים ולכל היותר עד 5 סדרות וזאת לאחר מיצוי הזכאות בסל הבריאות (לשתי סדרות ראשונות ו-12,000 ₪ לשלוש הנוספות).

2.6.2 בנוסף עבור טיפולי הפריה אשר בוצעו במבוטחת בחו"ל – השתתפות המבטח תהיה בשיעור 80% מההוצאה בפועל ועד 20,000 ₪. המבוטחת תהיה זכאית לטיפול אחד בחו"ל לרבות טיפול הכולל השתלת ביציות, בכל תקופת הביטוח. כולל תרומת ביצית וכל ההוצאות הנלוות הכרוכות בתהליך זה וזאת לאחר מיצוי הזכאות בסל הבריאות.

2.6.3 מימון לשירותי פונדקאות – המבטח ישלם למבוטח 75% מהסכום ששולם בפועל תמורת שירותי פונדקאות ובתנאי שהטיפול ייעשה כאמור בהוראות חוק תרומת ביציות, תש"ע 2010 וזאת עד 25,000 ₪ לכל סדרת טיפולים לילד. יכוסו עד שתי סדרות של טיפולים לילד ועד לשני ילדים. למען הסר ספק, במקרה ששני בני הזוג מבוטחים על פי פוליסה זו, ישולמו תגמולי הביטוח על פי סעיף זה לאחד מבני הזוג בלבד זה וזאת לאחר מיצוי הזכאות בסל הבריאות.

2.6.4 שמירת ביציות לטווח ארוך – שיטת וטרי פיקציה וזאת עד 40,000 ₪.

2.7 בדיקות ושירותים לנשים בהריון:

2.7.1 המבטח ישלם תגמולי ביטוח בעבור בדיקות לנשים בהריון כגון: בדיקה וסריקה על קולית מורחבת (מוקדמת ומאוחרת) של עובר הנישא ברחמה של המבוטחת, בדיקת שקיפות עורפית, בדיקת אקו לב של העובר, בדיקת מי שפיר או סיסי שיליה, בדיקת חלבון עוברי, מוניטור ביתי לניטור היריון בסיכון גבוה ו/או כל בדיקה אחרת הנדרשת במהלך ההריון עפ"י המלצת רופא מומחה.

2.7.2 השתתפות המבטח הינה בשיעור 85% מההוצאות הממשיות שהוצאו בפועל, אך לא יותר מ-4,000 ₪ עבור כל הבדיקות יחד בכל היריון.

2.7.3 במקרה והמבוטחת נושאת ברחמה תאומים או יותר, תקרת החבות בגין הבדיקות כאמור תעמוד על 8,000 ₪ לכל היריון.

2.7.4 בדיקת VERIFI או NIFT (צ'יפ גנטי) המבטח יישא בסכום ביטוח נוסף של 3,500 ₪ בגין סעיף זה.

2.8 ביצוע בדיקה לאבחון גנטי טרום לידתי:

המבוטחים בפוליסה יהיו זכאים לאבחון גנטי טרום לידתי, לרבות אך לא מוגבל כדוגמת הבדיקות המפורטות להלן:

סכום הביטוח המרבי יהיה 85% אך לא יותר מ-3,000 ₪ מההוצאות הממשיות אשר הוצאו בפועל כסיוּ זה ינתן לכל היריון פעם אחת בלבד ועד 6,000 ₪ לכל תקופת ההסכם.

הבדיקות הגנטיות הינן לרבות אך לא רק

■ סיסטיק פיברוזיס (CF)

■ X-שביר (Fragile-X)

■ גושה (Gaucher)

■ קאנוואן (Canavan)

■ פנקוני אנמיה (Fanconi Anemia)

■ תסמונת בלום (Bloom)

- המופיליה
- אשר (Usher)
- דיסאוטונומיה מישפחתית (Familial Disautonomia)
- מוקוליפידוזיס מסוג 4 (Mucopolipidosis type 4-ML4)
- אטקסיה (Ataxia Telangiectasia A-T)
- נימן פיק (Niemann-Pick)
- חוסר אלפא 1 אנטיטריפסין ($\alpha 1$ -Antitrypsin Deficiency)
- אגירת גליקוגן (Glycogen Storage)
- חרשות (קונקסין)
- מייפל סירופ (MSUD)
- טיי זקס
- F.I.S.H. 3 כרומוזומים
- F.I.S.H. 5 כרומוזומים
- קוסטרף
- Nemaline myopathy
- A1AT
- חרשות לא-סינדרומית מסוג DFNB1
- Spinal Muscular Atrophy
- GSD1
- MCN
- SMA
- תסמונת רט
- גן פרטינגטון

2.9. הפסקות הריון באמצעות גלולת מייפיגין: לאחר אישור ועדה רפואית (עד שבוע שביעי) וזאת עד לגובה 3,850 ש"מ (כולל עלות הוועדה).

2.10. השתתפות בהוצאות בגין אביזרים רפואיים:

המבטח ישפה את המבוטח עבור הוצאות ממשיות שהוציא המבוטח בפועל בגין רכישת אביזר רפואי, לו נזקק המבוטח עקב מצב רפואי המצריך שימוש באותו אביזר רפואי, עפ"י הפניה מפורטת בכתב מרופא, כמפורט להלן:

מערכת CPAP, מכשיר אלקטרוני ליישור הגב, מכשיר BPAP, מכשירי הנשמה, חמצן, חבישות לחץ, מכשיר TNS, תותב לאין אונות, פאה לחולה אונקולוגי או סכרתי, מכשיר לאבדוקציה לתינוקות, משאבת אינסולין, סד גבס קל ומשקפיים במקרה של מחלה כרונית מהמחלות הבאות: קוצר/רוחק ראייה גבוה אצל ילדים, אסטיגמטיזם מעל 7 (החזר עבור עדשות בלבד), וכן משקפיים טלסקופיים ומיקרוסקופיים.

המבוטח יהיה זכאי להחזר של 85% מהוצאותיו בפועל ועד תקרה של 7,000 ש"מ לכל שנת ביטוח בגין רכישת אחד או יותר מהאביזרים.

2.11. בדיקות לרפואה מונעת:

למבוטח מעל גיל 50, הכוללות: ממוגרפיה, בדיקת פאפ סמיר, בדיקת צפיפות העצם, בדיקת PSA, בדיקת לחץ תוך עיני עד 500 ש"מ לבדיקה, אחת ל-3 שנים (לכל בדיקה).

- 2.12. **שירותי הסעה בניידת טיפול נמרץ:**
מבוטח יהא זכאי לשיפוי בגין צורך בשכירת שירותי אמבולנס באמצעות נט"ן - שירותי טיפול נמרץ, לצורך הסעתו לבית החולים וזאת עד לסכום מרבי של 500 ₪ למקרה ביטוח, ובתנאי שרופא מומחה אישר בכתב כי התקיים צורך רפואי לכך.
- 2.13. **פיזיותרפיה בעת האשפוז לניתוח:**
כיסוי מלא ללא תקרה.
- 2.14. **פיצוי חד פעמי בגין הדבקות במחלת איידס או בצהבת מסוג B או בצהבת מסוג C (הפטיטיס B או הפטיטיס C):**
המבטח ישלם תשלום חד פעמי בסך 300,000 ₪ למבוטח אשר כתוצאה מעירוי דם או מוצריו, שניתנו לו במהלך ניתוח שבוצע בארץ במשך תקופת הביטוח, חלה בתסמונת הכשל החיסוני הנרכש - איידס או נדבק בצהבת מסוג B או בצהבת מסוג C.
- 2.15. **תשלום במקרה מוות כתוצאה מניתוח:**
נפטר המבוטח במהלך 14 ימים מהיום בו עבר ניתוח וכתוצאה ישירה מאירוע חריג במהלך הניתוח המכוסה במסגרת פרק זה, תשלם החברה לירשיו על פי צו ירושה ו/או צו קיום צוואה בנוסף לתגמולי הביטוח סכום נוסף של 250,000 ₪.
- 2.16. **בדיקות ושירותים אונקולוגיים:**
טיפולים אונקולוגיים - המבטח ישפה את המבוטח או ישלם ישירות לספק השירות עבור טיפולים אונקולוגיים שיקבל המבוטח כמפורט להלן:
טיפול רדיותרפיה ו/או כימותרפיה ו/או היפרטרמיה ו/או טיפול מקומי בקרינה רדיואקטיבית לרבות אך לא מוגבל ברכיטרפיה וסירטקס, ו/או בגלי חום ו/או בגלים אלקטרומגנטיים לרבות טיפול בסרטן מוחי באמצעות Novacure טיפולי הימופיזטרפיה טיפולים בפרפוזיה ישירה, טיפולים פוטודינמיים, טיפולים ביווד רדיואקטיבי, טיפולים בקריין וכל טיפול אונקולוגי אחר המוכר על פי אמות רפואיות מקובלות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח. המבטח ישפה את המבוטח עבור ההוצאות הממשיות אשר הוצא בפועל ולא יותר מסכום הביטוח המרבי למקרה ביטוח. סכום הטיפולים השנתי בסעיף זה הינו 12,500 ₪. המבטח ישפה את המבוטח בגין כל הטיפולים אשר עבר במהלך תקופת הביטוח, בארץ או בחו"ל ובלבד שהצורך במתן הטיפול נקבע על ידי רופא מומחה בתחום.
- 2.17. **מנוי לשירותי משדר קרדילוגי:**
המבטח ישתתף בהוצאתו מנוי לשירותי משדר קרדילוגי לרבות שכירת או רכישת המשדר בתנאי כי המבוטח סובל מהפרעות קצב חדריות המסכנות את חייו, או בתנאי כי אובחן במבוטח צורך בניתוח לב, או בתנאי כי המבוטח זקוק על פי אישור רופא מומחה למנוי כזה וזאת עד 75% מההוצאות בפועל ועד לסכום של 200 ₪ לחודש ועד 24 חודשים.
- 2.18. **התעמלות שיקומית לאחר השתלת לב או ניתוח לב:**
המבטח ישתתף בהוצאות התעמלות שיקומית של המבוטח לאחר ובסמוך למועד ההשתלה או הניתוח בתנאי כי מצבו הבריאותי מחייב זאת על פי הוראה רפואית וזאת עד 80% מההוצאות בפועל עד סכום של 250 ₪ בחודש ועד 9 חודשים.
- 2.19. **טיפול בדום נשימה והפרעות נשימה בשינה:**
המבטח ישלם ישירות לספק השירות או ישפה את המבוטח כנגד קבלות או העתקן בעבור עלות אביזרים ו/או טיפולים הנדרשים לטיפול בדום נשימה והפרעות נשימה בשינה. סכום הטיפולים השנתי בסעיף זה הינו 5,000 ₪ ובכפוף להשתתפות עצמית של 25% ובלבד כי הבדיקה/טיפול בוצעו על פי הפניית רופא מומחה.

2.20. שיקום הדיבור ו/או הראיה ו/או ריפוי בעיסוק למבוטח לאחר אירוע מוחי:

המבוטח ישתתף בהוצאות טיפול לשיקום כושר הדיבור או הראיה או ריפוי בעיסוק בהיות המבוטח במצב של אבדן מלא או חלקי של כושר הדיבור או הראיה בעקבות אירוע מוחי (C.V.A) או בעקבות ניתוח או מחלה שפגעו בכושר הדיבור או הראיה ושונית לשפרו ע"י טיפול מיוחד לשיקום הדיבור או הראיה. מכסת הטיפולים השנתית בסעיף זה הינה עד 12 טיפולים וזאת עד לסכום של 200 ש"ח לטיפול ובכפוף לתשלום השתתפות עצמתי של 15%.

2.21. שיפוי שב"ן:

קיבל מבוטח את הטיפול הרפואי הכלול הכיסוי על פי פרק זה במסגרת השב"ן ונדרש לשלם השתתפות עצמית, ישיב המבוטח למבוטח את ההשתתפות העצמית. במקרה כזה יהיה השיפוי שניתן למבוטח בשיעור של 100% מההוצאה ועד לסכומים המפורטים לעיל.

2.22. שירותי הסעה באמבולנס לבי"ח ובין בתי חולים בישראל לצורך ביצוע ניתוח

המבוטח יחזיר למבוטח הוצאות העברה באמבולנס ו/או בהיטס אווירי בתחומי ישראל, על פי צורך רפואי בלבד, עבור העברתו של המבוטח לבי"ח או ממנו או העברתו בין בתי חולים לפני או אחרי ביצוע ניתוח המכוסה בביטוח זה. החזר זה לא יעלה על התעריף הרשמי הקיים באותה עת בשירותי מגן דוד אדום בגין שירות זהה לשירות שניתן למבוטח.

2.23. תשלום בגין ימי החלמה

במידה ובוצע במבוטח ניתוח גדול (ניתוח אשר כתוצאה ישירה ממנו היה מאושפז בבית חולים לתקופה העולה על 10 ימי אשפוז מלאים ורצופים) ישתתף המבוטח בהוצאות החלמה ששולמו בעקבות ובסמך לניתוח בגובה 80% מההוצאה בפועל ועד לסך של 1,000 ש"ח לכל יום החלמה ולתקופה שלא תעלה על שניים עשר (12) ימים בבית החלמה או שיקום המוכר ככזה, ע"י נותן שירותים רפואיים או רשות רפואית מוסמכת.

2.24. ריפוי בעיסוק או שיקום הדיבור ו/או הראיה לאחר ביצוע ניתוח

החזר הוצאות עד לתקרה של 4,000 ש"ח לשנת ביטוח.

2.25. טיפולים פיזיותרפיים / הידרותרפיים לאחר ביצוע ניתוח

החזר הוצאות עד לתקרה של 4,000 ש"ח למקרה ביטוח.

2.26. תשלום במקרה של אובדן מוחלט של כושר העבודה כתוצאה ישירה מביצוע ניתוח

2.26.1. החברה תשלם למבוטח פיצוי חודשי של 3,000 ש"ח במקרה של אובדן מוחלט של כושר העבודה שנגרם כתוצאה ישירה ובלעדית מאירוע חריג שהתרחש במהלך ביצוע ניתוח המכוסה במסגרת פרק זה.

2.26.2. המבוטח יחשב כבלתי כשיר מוחלט לעבודה לצורך סעיף זה וזכאי לקבלת הפיצוי החודשי אם לא יוכל לבצע עבודה במקצועו או בעיסוקו וזאת לתקופה העולה על שלושה חודשים מיום ביצוע הניתוח (להלן: תקופת המתנה).

2.26.3. אם לא הייתה למבוטח תעסוקה במועד קרות מקרה הביטוח ייחשב כבלתי כשיר מוחלט לעבודה אם יהיה מרותק לביתו עקב קרות מקרה הביטוח.

2.26.4. הפיצוי החודשי ישולם החל מתום תקופת המתנה, לתקופה מרבית של 24 חודשים ובכל מקרה יפסק התשלום עם הגיע המוטב לגיל 67 שנה.

2.26.5. הכיסוי עפ"י סעיף זה יהיה בתוקף כל עוד המבוטח מצוי במצב של אובדן כושר עבודה מלא.

2.26.6. מוסכם ומוצהר בזאת כי במסגרת סעיף זה תכוסה רק תקופת אובדן כושר עבודה שהיא תוצאה ישירה ובלעדית מהניתוח עצמו ולא תקופות אובדן

כושר עבודה שמקורן בבעיה הרפואית שהיוותה העילה לניתוח ו/או טיפולים רפואיים לאחר ניתוח, הנובעים מהבעיה הרפואית, שהצריכה ניתוח, כדוגמת טיפול פיזיותרפיה, הקרנות ו/או טיפולים כימותרפיים.

2.26.7. לענין סעיף זה, הקביעה כי המבוטח נמצא במצב של אובדן כושר עבודה תהיה ע"י רופא תעסוקתי מטעם המבוטח. לחברת הביטוח תשמר הזכות לבדוק את המבוטח ע"י רופא מטעמה.

2.26.8. בעת היות המבוטח במצב אובדן כושר עבודה עפ"י סעיף זה, יהיה המבוטח זכאי להחזר בגין תשלומי דמי הביטוח ששילם עבור ביטוח זה.

2.27. **אבחון בעיות התפתחות ילדים/ ליקוי למידה**

מבוטח שגילו עד 18 שנים יהיה זכאי להשתתפות בשיעור 60% בהוצאות אבחון ע"י רופא מומחה בתחום ו/או ע"י מכון אבחון מוכר ו/או מאבחן המתמחה בין השאר באבחון פסיכו/דידקטי ו/או אבחון הפרעות קשב וריכוז מכל סוג שהוא כדוגמת BRC, TOVA, עד לסך 2,000 ₪.

הזכאות היא פעם אחת לתקופת ביטוח.

לגבי מבוטחים שהצטרפו לראשונה לביטוח זה תחול תקופת אכשרה בת 12 חודשים.

2.28. **טיפול בבעיות התפתחות בילדים**

המבוטח יהיה זכאי להשתתפות בשיעור 60% עבור טיפול בבעיות התפתחות הילד, ו/או ליקוי למידה אשר התגלו ואובחנו ע"י מכון מוכר או רופא מומחה להתפתחות הילד אצל ילד עד גיל 18, שהומלצו לטיפול על ידי אחד מאלה: פיזיותרפיסט ו/או מרפא בעיסוק ו/או קלינאי תקשורת ו/או פסיכולוג או טיפול באמצעות טיפול שיקומי אחר, עד 120 ₪ לטיפול ועד 25 טיפולים במהלך תקופת הביטוח ולא יותר מ-40 טיפולים לתא משפחתי.

לגבי מבוטחים שהצטרפו לראשונה לביטוח זה תחול תקופת אכשרה בת 12 חודשים.

2.29. **יעוץ פסיכולוגי ופסיכיאטרי למבוטחים עד גיל 18 (כולל 18).**

המבטח ישתתף ב-60% מעלות יעוץ/טיפול שניתנו ע"י פסיכיאטר ו/או פסיכולוג ו/או פסיכותרפיסט ו/או עובד סוציאלי מורשה במהלך תקופת הביטוח ועד 180 ₪ לכל טיפול, ועד 10 טיפולים לכל שנת ביטוח לתא משפחתי, ועד 50 טיפולים לתא משפחתי לכל תקופת הביטוח.

לגבי מבוטחים שהצטרפו לראשונה לביטוח זה תחול תקופת אכשרה בת 3 חודשים.

2.30. **כיסוי רפואה משלימה ויעוץ דיאטטי במקרה של גילוי מחלה קשה.**

חבות המבטח

2.30.1. המבטח ישתתף בעלות בשיעור 60% מההוצאה בפועל, ועד ל-120 ₪ לטיפול או התייעצות שבוצעו במהלך תקופת הביטוח בגין טיפולי רפואה משלימה במקרה של גילוי אחת המחלות הקשות המפורטות בסעיף 2.30.3. המבוטח יהיה זכאי לעד 10 טיפולים או התייעצויות במהלך כל שנת ביטוח ועד 30 טיפולים לכל תקופת הביטוח, כמפורט להלן:

1. הומיאופתיה.
2. אוקופנטורה.
3. כירופרקטיקה.
4. אוסטאופתיה.
5. רפלקסולוגיה.
6. שיאצו.
7. ייעוץ דיאטטי.

8. שיטת פלדנקרייז.
9. ביו-פידבק.
10. נטורופתיה.
11. הרבולוגיה.
12. שיטת פאולה.
13. שיטת אלכסנדר.
14. שיטות שלא נמנו ברשימה לעיל, והיו מוצעות לציבור הרחב ע"י מכונים במסגרת שירותי בריאות נוספים מטעם קופות החולים.
- 2.30.2. להלן פירוט המחלות המזכות בהחזר עבור טיפול או ייעוץ ברפואה משלימה כמפורט בסעיף 2.30.1:

1. אי ספיקת כליות סופנית (end stage renal failure)

חוסר תפקוד כרוני, בלתי הפיך של שתי הכליות המחייב חיבור קבוע להימודיאליזה או לדיאליזה תוך-צפקית (פריטונאלית) או לצורך בהשתלת کلیיה.

2. אי ספיקת כבד פולמיננטית - (FULMINANT HEPATIC FAILURE)

אי ספיקת כבד חריפה, פתאומית, באדם בריא, או המסבכת חולה עם מחלה כרונית יציבה, הנובעת מנמק ממושט של תאי הכבד כתוצאה מזיהום חריף ו/או מהרעלת תרופות או מסיבות אחרות והמאופיינות על ידי כל הסימנים הבאים:

1. הקטנה חדה של נפח הכבד;
2. נמק ממושט בכבד, המותיר רק רשת רטיקולרית המוכח בהיסטולוגיה;
3. ירידה חדה בבדיקות דם הבאות בתפקודי הכבד - pt או רמות פקטורים 5 ו-7;
4. צהבת, מעמיקה.
3. מחלת כבד סופנית (שחמת) - (cirrhosis) (terminal liver disease)
מאופיינת בנוכחות שלושה מן הסימנים הבאים:

1. צהבת.
2. מיימת המצריכה שימוש קבוע בתרופות משתנות.
3. שחמת שהוכחה בביופסיה כבדית.
4. אנצפלופתיה כבדית.
5. יתר לחץ דם שערי המאובחן על ידי דליות בוושט, הגדלת טחול מאושרת על ידי בדיקת us דופלר או מדידה ישירה של הלחץ הפורטלי או היפרספלניזם.

4. השתלת אברים - (organ transplantation) לב, ריאה, לב-ריאות, کلیה, לבלב, כבד, מוח עצמות, מעי.

קבלת אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בהשתלת איבר ובטרם ביצוע ההשתלה בפועל או ביצוע ההשתלה בפועל בין אם מגוף של תורם אחר (למען הסר ספק, השתלת מח עצם עצמית אינה מכוסה) או על ידי איבר מלאכותי, עקב הפסקת תפקודו של אותו איבר, ובתנאי שההשתלה בוצעה בתאם לחוק השתלת איברים,

התשס"ח-2008, וכן בתנאי שנטילת האיבר והשתלת האיבר נעשתה על פי הדין החל באותה מדינה בה בוצעה ההשתלה וכי מתקיימות הוראות החוק לעניין סחר באיברים.

5. **טרשת נפוצה -**

(MULTIPLE SCLEROSIS)

דמיאלינציה במוח או בחוט השדרה הגורמת לחסר נוירולוגי הנמשך לפחות חודשיים. האבחנה תיקבע על ידי עדות קלינית ליותר מאירוע בודד של דמיאלינציה (פגיעה במעטפות המיאלין) במערכת העצבים המרכזית (מוח, חוט שדרה, עצב אופטי), אשר נמשך לפחות 24 שעות, בהפרש של יותר מחודש בין אירוע לאירוע, והוכחה בבדיקת MRI למספר מוקדי פגיעה בחומר הלבן במערכת העצבים המרכזית. האבחנה תיקבע על ידי נוירולוג מומחה.

6. **עמילואידוזיס ראשונית (primary amyloidosis)**

מחלה המאופיינת על ידי שקיעת עמילואיד ai ברקמות שונות בגוף והמאובחנת על ידי בדיקה פתולוגית המעידה על שקיעת העמילואיד ברקמות או באיברים כגון: לב, کلیה, דפנות כלי דם וכו'. קביעת קיום המחלה תעשה על ידי פנימאי מומחה.

7. **תרדמת (coma)**

מצב של אובדן הכרה וחוסר תגובה מוחלט לגירויים חיצוניים ולצרכים פנימיים, אשר נגרם עקב נזק נוירולוגי הנמשך ברציפות יותר מ-96 שעות והמצריך שימוש במערכות תומכות חיים.

8. **ניוון שרירים (MUSCULAR DYSTROPHY)**

עדות לפגיעה משולבת בנירן המוטורי העליון והתחתון במערכת העצבים הפירמידלית הנתמכת בבדיקת EMG אופיינית המוכיחה דנרבציה ממושטת, מתקדמת ומחמירה על פני 3 חודשים. האבחנה תיקבע על ידי נוירולוג מומחה.

9. **פגיעה מוחית מתאונה -**

(BRAIN DAMAGE BY ACCIDENT)

פגיעה מוחית בלתי הפיכה אשר אירעה כתוצאה מתאונה שגרמה לירידה תפקודית שאינה ניתנת לריפוי ואשר אושרה ע"י רופא נוירולוג מומחה בהתאם לאמות המידה הסטנדרטיות לפגועי מוח. לדוגמא: גלזקו קומה 5 או פחות (GLAZGOW COMA SCALE).

10. **דלקת מוח (encephalitis) -**

דלקת מוח המלווה בסיבוכים הנמשכים לפחות 3 חודשים ואשר לדעת נוירולוג מומחה, יותירו נזק נוירולוגי חמור, קבוע ובלתי הפיך, אשר בעקבותיהם המבוטח אינו מסוגל לבצע באופן עצמאי וללא עזרת הזולת לפחות שלוש מתוך שש הפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, נידות, כהגדרתן בחוזר המפקח על הביטוח 5-1-2013. הכיסוי אינו כולל דלקת מוח הקשורה לזיהום בנגיף HIV או הרפס.

11. **דלקת חיידקית של קרום המוח -**

(BACTERIAL MENINGITIS)

דלקת קרום המוח, בה בודד חיידק כמחולל מחלה דלקתית בקרומי המוח או בחוט השדרה אשר לדעת נוירולוג מומחה, יותירו נזק חמור קבוע ובלתי הפיך ואשר בעקבותיה המבוטח אינו מסוגל לבצע באופן עצמאי וללא

עזרת הזולת, לפחות שלוש מתוך שש הפעולות הבאות:
לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על סוגרים, ניידות, כהגדרתן בחוזר המפקח על הביטוח 5-1-2013.
מצבים אלה חייבים להיות מתועדים רפואית לפחות למשך 3 חודשים.
הכיסוי אינו כולל דלקת קרום המוח הקשורה לזיהום בנגיפי HIV או הרפס.

12. מחלת ריאות חסימתית כרונית (CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE)

מחלת ריאות סופנית המאופיינת באופן קבוע, על ידי שני הקריטריונים הבאים:

1. נפח FEV1 של פחות מ-1 ליטר או מתחת ל-30% מהצפוי לפי מין וגובה ו/או הפחתה קבועה בנפח הנשימה לדקה (MVV) מתחת ל-50% או פחות מ-35 ליטר לדקה או המצריכה טיפול בחמצן או סיוע נשימתי תומך.

2. הפחתה קבועה בלחץ החמצן העורקי מתחת ל-55 מ"מ"כ ועליה בלחץ העורקי של דו תחמוצת הפחמן מעל 50 מ"מ"כ.

13. יתר לחץ דם ריאתי ראשוני (primary pulmonary hypertension)

עליה בלחץ הדם של עורקי הריאה הנגרמת על ידי עליה בלחץ בנשימות הריאה, עליה בנפח הדם הריאתי או עליה בתנגודת בכלי הדם הריאתיים. האבחנה חייבת לכלול הוכחה בצנתור לב של לחץ ריאתי סיסטולי מעל 30 מ"מ"כ או לחץ ריאתי עורקי - ממוצע מעל 20 מ"מ"כ, היפרטרופיה של חדר ימין וסימני הרחבה ואי ספיקת לב ימנית.

14. פרקינסון (Parkinson's Disease) -

האבחנה מתבטאת בתופעות של רעד, נוקשות איברים, חוסר יציבה ותגובות איטיות שאינן מוסברות ע"י סיבה פתולוגית אחרת, ואשר אובחנו ע"י נוירולוג מומחה, כמחלת פרקינסון. המחלה צריכה להתבטא בחוסר יכולת לבצע באופן עצמאי וללא עזרת הזולת, לפחות שלוש מתוך שש הפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על סוגרים, ניידות, כהגדרתן בחוזר המפקח על הביטוח 5-1-2013.

15. מצב רפואי חמור ובלתי הפיך -

המבוסס הנו במצב רפואי חמור ובלתי הפיך וזאת לאחר שנתקבלה חוות דעתו של הרופא המטפל שהנו רופא מומחה, בעוד המבוסס בחיים, כי מוצו הטיפולים הרפואיים המקובלים בישראל, בארה"ב או באירופה, לטיפול להארכת תוחלת החיים במצב הרפואי של המבוסס.

16. סכרת נעורים (לילד עד גיל 18) (Insulin-Dependent Diabetes Mellitus)

פגיעה כרונית במטבוליזם של פחמימות, שומנים וחלבונים כתוצאה מחסר מלא באינסולין, המתפתחת ומתגלה עד גיל 18, ובתנאי שמצריך טיפול קבוע באינסולין עקב חוסר תפקוד מלא של הבלבל. האבחנה תתבצע על ידי מומחה לאנדוקרינולוגיה המתמחה בילדים ובתנאי שנמשכת לפחות 6 חודשים.

17. אוטם חריף בשריר הלב -

(ACUTE MYOCARDIAL INFRACTION)

נמק של חלק משריר הלב כתוצאה מהיצרות או מחסימה בכלי דם כלילי המגבילה את אספקת הדם לאותו חלק. האבחנה חייבת להיות אך ורק על ידי הקרטריונים הבאים:

17.1. בדיקה ביוכימית, המציינת עליה באנזימי שריר הלב או עליה בטרופונין לרמה של 1 ng/ml או רמה גבוהה יותר. או בסטייה מהערך התקין על פי אמות מידה רפואיות המקובלות להגדרת אוטם, זאת בהתייחס לערכי המעבדה הבודקת, או בכל דרך אחרת של בדיקה שמבוצעת בבתי החולים עבור כלל החולים, אשר תחליף בעתיד את הבדיקה הביוכימית האמורה.

17.2. בנוסף לבדיקה הביוכימית כאמור בסעיף 2.2.1.1 לעיל, האבחנה חייבת להיות אך ורק על ידי קיום של אחת משתי האינדיקציות הבאות: כאבי חזה אופייניים או שינויים בא.ק.ג. האופייניים לאוטם.

למען הסר ספק, מובהר כי תעוקת חזה (אנגינה פקטוריס) אינה מכוסה.

18. ניתוח מעקפי לב (CABG)

ניתוח לב פתוח לשם ביצוע מעקף של חסימה או היצרות בעורק כלילי.

למען הסר ספק, מובהר כי צנתור העורקים הכליליים אינו מכוסה.

19. ניתוח לב פתוח להחלפה או לתיקון מסתמי לב (open heart surgery - FOR VALVE REPLACEMENT OR REPAIR)

ניתוח לב פתוח לשם תיקון או החלפה כירורגית של אחד או יותר ממסתמי הלב במסתם מלאכותי.

20. ניתוח אבי העורקים (aorta)

ניתוח בו מתבצעת החלפת קטע או ניתוח לתיקון מפרצת באבי העורקים, בחזה או בבטן או ביצוע צנתור במקרה של מפרצת באבי העורקים בגודל 5 ס"מ או יותר.

21. קרדיومیופתיה (cardiomyopathy)

מחלת לב כרונית המתבטאת בתפקוד לקוי של חדרי הלב עם הפרעה תפקודית של לפחות דרגה 3 לפי פרוטוקול New York Heart Association Classification of Cardiac Impairment.

22. שבץ מוחי (CVA)

כל אירוע מוחי (צרבוסקולרי), המתבטא בהפרעות נוירולוגיות או חוסר נוירולוגי, הנמשכים מעל 24 שעות והכולל נמק של רקמת מוח, דימום מוחי, חסימה או תסחיף ממקור חוץ מוחי ועדות לנזק נוירולוגי קבוע ובלתי הפיך הנתמך בשינויים בבדיקת ct או mri הנמשך לפחות 8 שבועות והנקבע על ידי נוירולוג מומחה. כל זאת להוציא T1A.

23. סרטן (cancer)

נוכחות גידול של תאים ממאירים הגדלים באופן בלתי מבוקר וחודרים ומתפשטים לרקמות הסביבה או לרקמות אחרות. מחלת הסרטן תכלול לויקמיה, לימפומה ומחלת הודג'קין.

24. אנמיה אפלסטית חמורה -

(SEVERE APLASTIC ANEMIA)

כשל של מח העצם המאובחן כאנמיה אפלסטית והמתבטא באנמיה, נוטרופניה וטרומבוציטופניה המצריכים לפחות אחד מהטיפולים הבאים:

1. עירוי מוצרי דם.
2. מתן חומרים/תרופות המעודדים צמיחת מוח עצם.
3. מתן חומרים/תרופות המדכאים את המערכת החיסונית (אימונו-סופרסיביים).
4. השתלת מוח עצם.

25. גידול שפיר של המוח/יותרת המוח / קרומי המוח -

(BENIGN BRAIN TUMOR)

תהליך שפיר תופס מקום במוח, הדורש ניתוח להוצאתו או במידה ואינו ניתן לניתוח, גורם לנזק נוירולוגי קבוע המסכן את חיי המבוטח, ובתנאי שאושר ע"י בדיקת mri או ct.

הכיסוי אינו כולל ציסטות, גרונולומות, מלפורמציות של כלי הדם המוחיים.

26. שיתוק (פרפליגיה קוודריפלגיה) (paralysis)

איבוד מוחלט ובלתי הפיך של יכולת השימוש בשתי גפיים או יותר כתוצאה מנתק בלתי הפיך מכל סיבה שהיא של חוט השדרה, (או כשל קבוע של ההולכה במוח השדרה בעקבות חיתוך או ניתוק של מוח השדרה).

27. פוליו (שיתוק ילדים) (poliomyelitis)

שיתוק שרירים קבוע ותמידי, הנובע מנגיף הפוליו, אשר אובחן באמצעות בידוד וזיהוי הנגיף בנוזל עמוד השדרה.

28. איבוד גפיים (loss of limbs)

איבוד תפקוד קבוע ומוחלט או קטיעה מעל פרק שורש כף היד או הקרסול של שתיים או יותר גפיים כתוצאה מתאונה או מחלה.

29. עיוורון (blindness)

איבוד מוחלט ובלתי הפיך של כושר הראייה בשתי העיניים (קרי: בדיקת חדות ראייה מרבית בשתי העיניים של 60/3 או פחות מזה), כפי שנקבע ע"י רופא עיניים מומחה.

30. כוויות קשות (severe burns)

כוויות מדרגה שלישית המערבות לפחות 20% משטח הגוף.

31. אובדן דיבור -

(LOSS OF SPEECH)

איבוד מוחלט ובלתי הפיך של יכולת הדיבור אשר נגרם כתוצאה מנזק אורגני למיתרי הקול ואשר נמשך תקופה רצופה של לפחות 6 חודשים.

32. חירשות (deafness)

אובדן מוחלט ובלתי הפיך של חוש השמיעה בשתי האוזניים, על פי קביעה של רופא א.א.ג. מומחה ובהסתמך על בדיקת שמיעה שתוצאתה ירידה של מעל 90 DB בכל התדרים.

ההגדרה נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות וההוראות המפורטות בחוזר המפקח על הביטוח 17-1-2015 - "עריכת תכנית לביטוח מחלות קשות".

3. תגמולי ביטוח

קבלת שירותי רפואה משלימה אצל מטפל שלא במסגרת קופת חולים או הביטוח המשלים, כפופה לאישור מרופא על הבעיה הרפואית בגינה מתבקש הטיפול.

4. חריגים

4.1. לא יינתן שיפוי במסגרת ביטוח זה בגין תשלומים עבור טיפולים שעדיין לא ניתנו למבוטח בפועל ו/או התחייבות נותן שירות לטיפולים עתידיים.

4.2. הוצאות עבור תרופות ו/או חומר מרפא ו/או תוספות מזון ו/או ויטמינים ו/או חומרים אחרים שהומלצו לצורך הטיפול.

לגבי מבוטחים שהצטרפו לראשונה לביטוח זה תחול תקופת אכשרה בת 3 חודשים.

פרק ז' טיפול שיניים משמרים

א. מקרה ביטוח

מקרה הביטוח הוא ביצוע טיפול מניעתי או טיפול משמר בכפוף להוראות, לתנאים ולסייגים המצוינים בפוליסה, בפרק זה ובכל טיפול. ביצוע הטיפולים המשמרים אינו מחייב אישור מוקדם מהמבוטח, אלא אם צוין במפורש אחרת בפרק זה. יובהר כי לכל אחד מהכיסויים המפורטים בפרק זה, ישנה תקרה ספציפית ומאפיינים המשתנים לפי ההסכמים, כמו מכסות טיפול תקופתיות.

ב. תגמולי ביטוח

1. **נותן שירות שאינו בהסכם** - החברה תשפה את המבוטח בגין ההוצאות הממשיות ששילם המבוטח בפועל לרופא המטפל כנגד חשבוניות או בסכום תקרת ההחזר הנמוך מבניהם כמפורט בלוח התגמולים המצורף.
2. **נותן שירות בהסכם** - החברה תשלם ישירות לנותן השירות שבהסכם את תגמולי הביטוח על פי תנאי ההתקשרות בין החברה לנותן השירות בכפוף לתשלום השתתפות עצמית של המבוטח לנותן השירות כנקוב לצד כל טיפול בפוליסה, במידה וקיים.

ג. רשימת הטיפולים המכוסים

1. שירותי אבחון

- 1.1. **הערכה תקופתית של הפה - מטופל מוכר**
מלווה ברישום ממצאי בדיקה על גבי טופס הנהוג אצל המבטח.

כיסוי ביטוחי - אחת בשנת ביטוח.

1.2. צילומי רנטגן

צילומי רנטגן יבוצעו אך ורק על פי בדיקה בפועל והפנייה בכתב של רופא שיניים מטפל. **כיסוי ביטוחי - צילום אחד בלבד (סטטוס/סטטוס מקביליות/פנורמי), אחת לשלוש שנים.** בלסת מחוסרת שיניים יכוסה צילום פנורמי בלבד.

1.2.1

צילום סטטוס מלא

סדרה של עד 14 צילומים פריאפיקליים, הינו צילום של שיניים בשתי הלסתות.

או לחילופין

1.2.2

צילום סטטוס מקביליות מלא

סדרה של 20 צילומים פריאפיקליים, הינו צילום של שיניים בשתי הלסתות.

או לחילופין

1.2.3

צילום פנורמי

צילום פנורמי הינו צילום אחד של שיניים בשתי הלסתות.

1.2.4

הערות

- 1.2.4.1. כל הצילומים משמשים כאמצעי עזר אבחנתי, על כן המבטח עומד על כך שהצילומים יהיו קריאים וניתנים לפענוח ובעלי ערך אבחנתי.

- 1.2.4.2. תנאי מוקדם לחבות המבטח בגין צילום הינו קבלת הצילום אצל המבטח.
- 1.2.4.3. המבטח שומר לעצמו הזכות לדרוש להעביר לעיונו /או לרשותו את הצילומים בכל עת שידרוש זאת.

2. טיפול מונע

- 2.1. טיפול מונע- מבוגר. הסרת רובד, אבנית וכתמים במשנן קבוע ומשנן מעבר טיפול מונע- ילד. הסרת רובד, אבנית וכתמים במשנן ראשוני ומשנן מתחלף
- 2.1.1. טיפול הסרת אבנית כולל הסרת אבנית מכל משטחי השיניים בפה לרבות תחזוקת שתלים במידת הצורך והדרכה בצחצוח ובהיגיינה דנטאלית, ישיבת טיפול הסרת אבנית לא תפחת מ-30 דקות. הטיפול מבוצע על ידי רופא שיניים או שינינית.
- 2.1.2. מבטח זכאי לשתי ישיבות הסרת פלאק ואבנית בשנת ביטוח.
- 2.2. הנחה מקומית של ג'ל פלואוריד
- טיפול אחד בפלואור לאחר טיפול הסרת אבנית.
- כיסוי ביטוחי - טיפול אחד לשנת ביטוח, לילד עד גיל 14 שנים.

3. שירותים כירורגיים

3.1. עקירות - כללי

עקירה הינה טיפול בלתי הפיך ועל כן מומלץ, בטרם ביצוע הטיפול, לבצע תהליך של התייעצות מוקדמת וקבלת אישור המבטח.

- 3.1.1. הכיסוי הינו לעקירת שן שלמה אשר נפגעה בפגיעה עששתית או פריודונטלית או מפאת חבלה וצורך זה מאובחן בצילום ראשוני / אבחנתי. הטיפול כולל אלחוש מקומי, ביקורת לאחר עקירה וכן מתן מרשמי תרופות, במידת הצורך. לתביעה יש לצרף צילום של השן לפני העקירה, במידה ונעשה.
- 3.1.2. כיסוי ביטוחי - עקירה אחת לשן בתקופת ביטוח. למען הסר ספק, יובהר כי עקירה נוספת, בגין אותה עקירת שן שלא הושלמה, לא תשולם פעם נוספת.

3.2. עקירה, שן שבקעה או שורש חשוף, שן אחת משמעותה, הוצאת השן ללא צורך בהפשלת מתלה רקמה רכה והסרת עצם.

3.3. עקירה, שן שבקעה או שורש חשוף, שן אחת משמעותה, הוצאת השן ללא צורך בהפשלת מתלה רקמה רכה והסרת עצם שהינה למטרת טיפול יישור שיניים, תשלום המבטח מותנה בקבלת אישור מראש, לאחר שהומצאו לו הצילומים ומכתב מהאורתודונט המבקש את העקירה.

3.4. עקירה, שן שבקעה או שורש חשוף, שן שניה באותה ישיבה הוצאת מספר שיניים סמוכות אשר לצורך תשלום תחשב אחת מהן עקירה רגילה או כירורגית לפי ההגדרות לעיל וכל שן נוספת באותה ישיבה תחשב לעקירה בסדרת עקירות.

3.5. עקירה כירורגית, שן שבקעה לחלל הפה, הדורשת הרמת מתלה משמעותה, הוצאת שן אשר אין אפשרות להוציאה, אלא בפרוצדורה כירורגית ואשר לצורך הוצאתה יש לחתוך ולהפשיל מתלית ברקמה הרכה, לסלק באופן חלקי או מלא עצם, וכן הסרת התפרים. לרבות הוצאת שתל.

3.6. **עקירה כירורגית - שן כלואה ברקמה רכה**
הוצאת השן הכלואה ברקמה רכה, אשר לצורך הוצאתה יש לחתוך ולהפשיל מתלית רקמה רכה, לסלק באופן חלקי או מלא עצם, ביצוע תפרים וכן הסרת התפרים.

3.7. **עקירה כירורגית - שן כלואה במלואה ברקמה קשה**
הוצאת השן הכלואה בעצם, אשר לצורך הוצאתה יש לחתוך ולהפשיל מתלית רקמה רכה, לסלק באופן חלקי או מלא עצם, ביצוע תפרים וכן הסרת התפרים.

3.8. **עקירה על ידי מומחה**
במקרים בהם הרופא המטפל אינו מבצע את העקירה מחשש לסיבוכים ומפנה את המטופל לביצוע הטיפול אצל רופא מומחה בכירורגיה פה ולסת, ההחזר בגין הטיפול יהיה בתוספת של 50% מהנקוב בטבלת ההחזרים. **תשלום המבטח מותנה בקבלת אישור מראש.**

3.9. **טיפול בסיבוכים, לאחר ניתוח, כגון מכתשית יבשה**
טיפול בדלקת עצם המכתשית שהתפתחה לאחר עקירה.

3.10. **כריתת חוד השורש, אפיקואקטומי- שן קדמית, כולל סתימה רטרוגרדית כריתת חוד השורש, אפיקואקטומי- שן מלתעה, שורש ראשון, כולל סתימה רטרוגרדית כריתת חוד השורש, אפיקואקטומי- שן טוחנת, שורש ראשון, כולל סתימה רטרוגרדית**

חיתוך והפשלת מתלית רקמה רכה, סילוק באופן חלקי או מלא עצם, כריתת חוד השורש וסילוק רקמה דלקתית סביב השן וסתימה רטרוגרדית לפי הצורך, בכלל זה ביקורת, הוצאת תפרים ומתן מרשמי תרופות.

3.10.1. מומלץ לקבל אישור מראש מהמבטח.

3.10.2. בעת הגשת התביעה יש לצרף צילומי רנטגן שלפני הטיפול ובסיומו, במידה ונעשו.

3.11. המיסקציה

3.11.1. תהליך חיצוי השן הנעשה לאחר אבחון הצורך ואיתור הנגע בצילום רנטגן.

3.11.2. בעת הגשת התביעה לתשלום יש לצרף צילום של השן לפני הטיפול, במידה ונעשה.

3.11.3. מומלץ לקבל אישור מראש מהמבטח.

3.11.4. הכיסוי לפי סעיף זה הינו גם לאמפוטציה של השורש.

3.11.5. **כיסוי ביטוחי - טיפול אחד לשן בתקופת ביטוח.**

3.12. חתוך וניקוז מורסה - רקמה רכה בחלל הפה

3.12.1. ניקוז מורסה כירורגי יבוצע רק אם לא ניתן היה לטפל במורסה בדרך אחרת.

3.12.2. ניקוז מורסה בשיני חלב ישולם כעזרה ראשונה בלבד.

4. טיפולים אנדודונטלים

טיפול שורש הינו טיפול העשוי להיות בעל השלכות שיקומיות ועל כן מומלץ, בטרם ביצוע הטיפול, לבצע תהליך של התייעצות מוקדמת וקבלת אישור המבטח.

4.1. **קיטוע מוך שן נשירה או קבועה, לא כולל סתימה סופית**
הוצאה חלקית של מוך שן נשירה (חלב) ובשן שישית קבועה והנחת חומרים מקבעים על מוך השן הנותר.
לתביעה יש לצרף צילום של השן לפני ואחרי הטיפול, במידה ונעשו.
ההחזר עבור קיטוע מוך כולל גם צילומים.

- 4.2. **טיפול שורש - שן נשירה, מילוי בחומר נספג, לא כולל שחזור סופי**
הוצאת כל הרקמות מלשכת המוך ותעלת השן וסתימתם בחומר מילוי מקובל.
הטיפול יכוסה לילדים בשיני חלב נשירות.
באם למבוטח בוגר קיימת שן חלבית / נשירה ונבט השן הקבועה לא התפתח וקיים צורך מודגם בצילום רנטגן אבחנתי לפני תחילת הטיפול בביצוע טיפול שורש בשן זו, יאושר טיפול השורש בשן.
בעת הגשת תביעה לתשלום יש לצרף צילום רנטגן שנעשה אחרי הטיפול, במידה ונעשה.
- 4.3. **טיפול שורש - שן קדמית, לא כולל שחזור סופי**
טיפול שורש - שן מלתעה, לא כולל שחזור סופי
טיפול שורש - שן טוחנת, לא כולל שחזור סופי
טיפול שורש - 4 תעלות, לא כולל שחזור סופי
טיפול שורש מכוסה כאשר מתקיימים התנאים הבאים המודגמים בצילום אבחנתי לפני הטיפול:
4.3.1. קיימת בשן/ים פגיעה עששתית / דלקתית במוך השן, פגיעה במסעף טראומה אוקלוזלית או בעקבות הרס כותרתי שבעקבותיו נחשף העצב אשר גרמו לדלקת, נמק או מורסה, או שן בבקיעת ייתר, או שן עם ספיגה פנימית או חיצונית מסביב לשן.
4.3.2. טיפולי שורש הנובעים מבעיה פריודונטלית, יוגשו למבוטח בצרוף חוות דעתו בכתב של הרופא הפריודונט הממליץ על ביצוע הטיפול.
4.3.3. לתביעה בגין טיפול שורש יצורפו צילומים לפני ואחרי הטיפול, במידה ונעשו. במידה והמדובר במבוטחת בהריון, אזי אישור על עצם ההיריון ייתר את הצורך בצילום.
4.4. **חידוש טיפול שורש - שן קדמית**
חידוש טיפול שורש - שן מלתעה
חידוש טיפול שורש - שן טוחנת
חידוש טיפול שורש - 4 תעלות
המבוטח יאשר חידוש טיפול שורש בתנאי כי הצורך נובע מקיום תהליך דלקתי סביב חוד שורש השן המודגם בצילום אבחנתי או במידה וקיימת זכאות ביטוחית על פי הסכם זה לביצוע שחזור פרוטטי או להחלפת השחזור הפרוטטי הקיים, וטיפול השורש אינו אוטם את תעלות השורש. למען הסר ספק, טיפול שורש לקוי כשלעצמו, לא יהווה עילה להחלפת השחזור.
תשלום המבוטח מותנה בקבלת אישור מראש, לתביעה יש לצרף צילום לפני החידוש וצילום של סיום חידוש טיפול השורש, במידה ונעשו.
כיסוי ביטוחי - חידוש טיפול שורש אחד לשן בתקופת ביטוח.
- 4.5. **טיפול שורש ו/או חידוש טיפול שורש על ידי מומחה**
במקרים בהם הרופא המטפל אינו מבצע את טיפול השורש או את חידוש טיפול השורש והמבוטח מופנה לרופא מומחה לטיפול שורש, המבוטח ישלם ישירות לרופא השיניים המומחה, גיש טופס תביעה חתום ע"י רופא השיניים בצירוף חשבונית יקבל החזר של עד 50% תוספת לטיפול מאושר ע"י המבוטח.
- 4.6. **אפקסיפיקציה**
הטיפול כולל טיפול תרופתי ממושך בתעלות השן למטרות ריפוי וסגירת שורשים פתוחים. הטיפול מבוצע לילדים בגיל 14-5 שנים בשן קבועה (למעט שן בינה) שטרם סיימה את הסתיידות שורש/ים המודגם בצילום אבחנתי לפני הטיפול.

הטיפול כולל ישיבה ראשונה בה מבוצעת פתיחה של חלל השן וטיפול תרופתי בתעלת השן למטרות ריפוי וסגירת השורש.

הכיסוי יינתן לטיפול אצל מומחה לטיפול שורש או רופא שיניים מומחה לטיפול שיניים בילדים (פדודנט) בלבד.

מדי 3 חודשים תנוקה התעלה מחדש ויוחדר בה חומר תרופתי.

בתום טיפול אפקסיפיקציה תבוצע סתימת שורש. התשלום בגין סתימת השורש על ידי המבטח תהיה בנוסף לתשלום עבור אפקסיפיקציה, למבטח יוגש צילום תום טיפול המעיד כי התעלות הסתיידו.

תשלום המבטח מותנה בקבלת אישור מראש.

כיסוי ביטוחי - טיפול אחד לשן בתקופת ביטוח. בנוסף, עד 3 ישיבות המשך. המבטח ישלם ישירות לרופא המטפל ויקבל החזר כמפורט במחירון הטיפולים.

5. שחזורים

5.1. שחזור אמלגם - משטח 1, משנן ראשוני או קבוע

שחזור אמלגם - 2 משטחים, משנן ראשוני או קבוע

שחזור אמלגם - 3 משטחים, משנן ראשוני או קבוע

שחזור אמלגם - 4 משטחים, משנן ראשוני או קבוע

שחזור שן שנפגעה בעששת (בכלל זה עששת צווארית) באמצעות חומר קבוע כולל אלחוש מקומי, הכנת חלל, סילוק העששת, הנחת מצע וכיפוי מוך ישיר או בלתי ישיר, הנחת חומר שחזור על השן, גילוף לפי האנטומיה של השן, שחזור מגע השן עם השן או השיניים השכנות ועם השיניים הנגדיות (בלסת נגדית). שחזור השן בסתימה ישחזר את כל הנגעים העששתיים בשן באותה עת.

כיסוי ביטוחי - סתימה אחת לכל שן בשנה.

5.2. שחזור מרוכב על בסיס שרף/אקריל - משטח 1, קדמי

שחזור מרוכב על בסיס שרף/אקריל - 2 משטחים, קדמי

שחזור מרוכב על בסיס שרף/אקריל - 3 משטחים, קדמי

שחזור מרוכב על בסיס שרף/אקריל - 4 משטחים או יותר, קדמי

כאשר נדרש שחזור שמרני של כותרת הרוסה של שן קדמית.

כיסוי ביטוחי- בשיניים קדמיות מכוסות 2 סתימות מחומר מרוכב לכל שן בשנה (בשיניים שמספרן משן 33 עד שן 43, משן 13 עד שן 23).

5.3. שחזור מרוכב על בסיס שרף/אקריל - משטח 1, אחורי

שחזור מרוכב על בסיס שרף/אקריל - 2 משטחים, אחורי

שחזור מרוכב על בסיס שרף/אקריל - 3 משטחים, אחורי

שחזור מרוכב על בסיס שרף/אקריל - 4 משטחים או יותר, אחורי

כיסוי ביטוחי- בשיניים אחוריות תכוסה סתימה אחת לשן בשנה.

5.4. הערות:

5.4.1. שחזור שכשל במהלך 12 חודשים מיום ביצועו, יכוסה במרפאת ההסכם המבצעת, ללא תשלום נוסף של המבטח.

5.4.2. במידה וקיימת עששת צווארית במשטח אחר, תהא זכאות לביצוע השחזור גם אם באותה עת שוחזרה השן בשחזור אמלגם במשטחים אחרים ובתנאי כי אין מדובר במשטח המשכי.

- 5.4.3. במידה והשן שטופלה באיטום חריצים, שוחזרה באמצעות סתימה לפני תום שנה מיום ביצוע איטום חריצים, יקוזז מחיר האיטום ממחיר השחזור, אלא אם העששת הינה צווארית או פרוקסימאלית.
- 5.4.4. מצב של עששת צווארית, המודגם בצילום אבחנתי (פוטוגרפי) שגרמה למרווח בין הכתר לשפת החניכיים, יקנה זכאות ביטוחית לביצוע שחזור אמלגם אפיקלית לכתר ו/או בשורשים החשופים
- 5.4.5. בתום טיפול שורש, תשולם סתימה רק אם השחזור שבוצע הינו שיחזור סופי של כותרת השן ואין השן מיועדת להיות משוחזרת במבנה ישיר ו/או כתר. באם יבוצע מבנה וכתר במהלך 12 חודשים, יקוזז מחיר הסתימה מההחזר עבור המבנה.
- 5.4.6. מכוסה שחזור אמלגם או לחילופין שחזור מרוכב, לפי העניין, בשן עם כתר/גשר, באם טיפול שורש בוצע דרך הכתר/גשר.
- 5.4.7. באם השן נעקרה תוך שלושה חודשים מביצוע השחזור תקוזז עלות השחזור מההחזר עבור העקירה.
- 5.4.8. אם בוצעו למעלה מ-6 שחזורים בטווח של 180 יום, יש להגיש למבטח צילומים אבחנתיים או צילום פוטוגרפי שלפני הטיפול, במידה ונעשו.
6. **אחיזת פינים-לשן, בנוסף לשחזור**
פין מתכתי שבא לעגן את חומר השחזור לשן.
- כיסוי ביטוחי - מכוסה תוספת T.M.S, עד שני פינים לסתימה לפי הצורך.**
7. **כתר טרומי מפלדת אל חלד - שן נשירה**
כתר טרומי מפלדת אל חלד - שן קבועה
שחזור שן בכתר טרומי ייעשה כאשר לדעתו של הרופא המטפל אין אפשרות לשחזור את השן על ידי שחזור אמלגם.
- כיסוי ביטוחי - מכוסה לילד עד גיל 18 שנה, אחד לשן לתקופת ביטוח.**
8. **איטום חריצים, לכל שן**
טיפול לצורך מניעת עששת.
- האיטום נעשה במשטחי הלעיסה של השיניים הקבועות האחוריות שמספרן 4,5,6,7 לילד עד גיל 12 שנה וטוחנות נשירות שמספרן 4,5 עד גיל 3 שנה.
- כיסוי ביטוחי - מכוסה איטום חריצים אחד לשן ל-3 שנים.**
9. **שומר מקום קבוע, חד צדדי**
תותבת חלקית על בסיס שרף אשר מתפקידה לשמור על מרווח לשן קבועה שתבקע בעתיד בעקבות עקירת שן חלב, כדי למנוע את תזוזת השיניים הסמוכות. לאחר עקירת שן.
- תשלום המבטח מותנה בקבלת אישור מראש.**
- כיסוי ביטוחי - אחד ללסת בתקופת ביטוח.**
- המבטח ישלם ישירות לרופא המטפל ויקבל החזר כמפורט במחירון הטיפולים.**
10. **עזרה ראשונה - טיפול בכאב שיניים**
- 10.1. שיכוך כאב יוכר כעזרה ראשונה במקרים הבאים:
- 10.1.1. פריקורוניטיס.
- 10.1.2. דלקת חניכיים חריפה עם כיבים (אנוג).
- 10.1.3. הרפס, אפטות וכו'.

- 10.1.4. פפיליטיס עקב דחיסת מזון.
- 10.1.5. הדבקה זמנית של כתר/גשר.
- 10.1.6. הורדת נקודות לחץ של תותבות שלמות וחלקיות נשלפות בתנאי שלא מדובר בתותבת שהותקנה על ידי אחד הרופאים באותה מרפאה בתוך שישה חודשים מיום ההתקנה.
- 10.1.7. עקב דלקת מוך השן, שאינה חלק מטיפול שורש ו/או עקירה, שבוצעו אצל אותו רופא.
- 10.1.8. סיבה אחרת לפי מכתב מהרופא, בכל מקרה יוכר הטיפול כטיפול של עזרה ראשונה בתנאי שהמתרפא הופיע לעזרה ראשונה כטיפול בפני עצמו ולא נעשו טיפולים נוספים באותו מועד.
- 10.2. לא תוכר תביעה לעזרה ראשונה אם תופיע בצירוף לטיפולים בשיניים אחרות באותו ביקור.
- 10.3. עזרה ראשונה תוכר בכל מקרה של טיפול בכאב ו/או תופעת כאב שנגרמה עקב טיפול אצל רופא שיניים אחר.
- 10.4. לא תכוסה עזרה ראשונה הנוצרת עקב טיפול שבוצע על ידי אותו רופא או אחד הרופאים באותה מרפאה בטווח של 3 חודשים.
- 10.5. **כיסוי ביטוחי - תכוסה עזרה ראשונה שלוש פעמים בשנה.**
- 10.6. במקרה ובוצע טיפול שורש כהמשך לעזרה ראשונה ששולמה על ידי המבטח אצל אותו רופא, יקוזז ההחזר עבור העזרה הראשונה מההחזר עבור טיפול השורש בתנאי שהינו חלק מטיפול עבורו יידרש החזר.
- 10.7. מבטח יהיה זכאי להחזר באם בוצע **טיפול עזרה ראשונה בשעות 20:00 עד 08:00 למחרת ו/או בימי חג ושבט** ובתנאי כי תצורף לתביעה חשבונית המעידה כי התשלום בוצע באמצעות כרטיס אשראי או חשבונית המאמתת את שעת הטיפול.
11. **הרדמה כללית לטיפול שיניים, בנוכחות מרדים - עד שעה**
הרדמה כללית לטיפול שיניים מורכב, בנוכחות מרדים - מעל שעה
 מבטח בוגר יהיה זכאי לשיפוי הוצאותיו בגין הרדמה מלאה שנעשתה בבית חולים ציבורי, כחלק מטיפול שיניים המכוסה בפוליסה. מותנה בהמצאת מסמך רפואי המעיד על הכרח רפואי מנומק בכתב לביצוע טיפול שיניים בהרדמה.
תשלום המבטח מותנה בקבלת אישור מראש.
המבטח ישלם ישירות לרופא המטפל ויקבל החזר כמפורט במחירון הטיפולים.
12. **בניית תווך, כולל פינים לסוגיהם**
 פין מוכן מראש לחיזוק שן עם סתימת שורש ומשמש לעיגון השלמת כותרת השן.
תשלום המבטח מותנה בקבלת אישור מראש.
כיסוי ביטוחי - מבנה ישיר אחד לשן לתקופת ביטוח.

טיפול וניתוחי חניכיים (טיפולים פריודונטיים)

א. מקרה ביטוח

מקרה הביטוח הוא ביצוע ניתוח או טיפול חניכיים כמפורט בפרק זה שבוצע במבוטח על פי אבחנת הרופא המומחה בכפוף להוראות, לתנאים ולסייגים המצוינים בפוליסה, תחילת פרק זה ובכל טיפול.

יובהר כי לכל אחד מהכיסויים המפורטים בפרק זה, ישנה תקרה ספציפית ומאפיינים המשתנים לפי ההסכמים, כמו מכסות טיפול תקופתיות.

ב. תגמולי ביטוח

1. תגמולי ביטוח לטיפולים המכוסים על פי פרק זה, אם התקיימו התנאים הבאים:
א. יבוצעו על ידי רופאים מומחים למחלות חניכיים, בעלי מומחיות מטעם משרד הבריאות בישראל, למעט הטריה והסרה של פלאק ואבנית בכל הפה לשם הערכה ואבחון מקיפים המבוצע על ידי שיננית במרפאת מומחה.
ב. קבלת אישור החברה מראש, אלא אם צוין אחרת.
2. **נותן שירות שאינו בהסכם** - החברה תשפה את המבוטח בגובה 75% בגין ההוצאות הממשיות ששילם המבוטח בפועל לרופא המטפל כנגד חשבוניות או בסכום תקרת ההחזר, הנמוך ביניהם כמפורט בלוח התגמולים המצורף לפוליסה.
3. **נותן שירות בהסכם** - החברה תשלם ישירות לנותן השירות שבהסכם את תגמולי הביטוח על פי תנאי ההתקשרות בין החברה לנותן השירות בכפוף לתשלום השתתפות עצמית של המבוטח לנותן השירות כנקוב לצד כל טיפול בפוליסה.
4. תגמולי ביטוח בביצוע ניתוח מבוססים על חלוקה ל-1/4 פה, במחסור שן- חבות המבטח תהא באופן יחסי, אך לא פחות משתי שיניים ב-1/4 פה.
5. המוטב ייחשב כזכאי לתגמולי ביטוח על פי פרק זה, בתנאי כי גיל המבוטח בקרות מקרה ביטוח עולה על גיל 21 שנה.
6. אם יבוצע ניתוח, לאחר טיפול שאינו ניתוח אותו בא להחליף, יקוזזו תגמולי הביטוח שקיבל המבוטח בגין הטיפול מחבות החברה לניתוח, בתנאי כי חלפו 3 חודשים מהטיפול.

ג. רשימת הטיפולים המכוסים

1. כל טיפולי החניכיים המכוסים על פי פרק זה, יבוצעו רק על ידי רופאים מומחים למחלות חניכיים בעלי תעודת מומחיות מטעם משרד הבריאות בישראל ולאחר קבלת אישור החברה מראש, אלא אם צוין אחרת.
 - 1.1. טיפול פריודונטי יבוצע אך ורק לאחר קבלת אישור החברה מראש ולאחר השלמת הטיפול המשמר.
 - 1.2. מובהר כי טיפול פריודונטי המפורט בפרק זה, מכוסה על פי צורך רפואי מוכח וכפועל יוצא מתחלואה פריודונטית ברקמות התמיכה של השן.
 - 1.3. לצורך קבלת האישור, יגיש רופא ההסכם או המבוטח (במידה והינו מטופל ביד ירופא שאינו בהסכם) לפי העניין, רישום מפורט של ממצאי ההערכה הפריודונטית, אליו יצורף צילום רנטגן על פיו נעשתה האבחנה הרפואית.
 - 1.4. בתוך 14 ימי עבודה, מיום קבלת כל החומר הרלוונטי כאמור לעיל במשרדי המבטח, ימסור המבטח למבוטח ו/או לרופא ההסכם לפי העניין את תשובתו לתכנית הטיפולים המוצעת.
 - 1.5. הבקשה לטיפול חניכיים כירורגי תיבחן לאחר שחלפו לא פחות משלושה חודשים משלב הטיפול השמרני ועל סמך נתוני הערכה מחדש והמלצת הפריודונט בה יוחלט על המשך הטיפול.

1.6. תוקף האישור יפוג לאחר 12 חודשים ממתן האישור או עד יום הפרישה, המוקדם מבניהם.

2. טיפולי חניכיים שאינם ניתוחים המבוצעים על ידי רופא מומחה למחלות חניכיים

2.1. הערכה פריודונטית מקיפה - מטופל חדש/מוכר

כולל רישום מלא של הממצאים הדנטאליים והאוראליים, רישום עומק כיסים וניידות שיניים, רישום מצבים כללים הנוגעים לבריאות הכללית של המתרפא ואשר עשויה להיות להם השלכת על הטיפול הדנטאלי, רישום מצב הפה ומילוי הטופס לתכנית הטיפולים.

הרישום ו/או הדיווח יעשה על גבי טופס הנהוג אצל המבטח ו/או אמצעי דיווח דיגיטלי של המבטח.

כיסוי ביטוחי - בדיקה אחת בתקופת ביטוח.

2.2. הטריה והסרה של פלאק ואבנית בכל הפה לשם הערכה ואבחון מקיפים

בנוסף למכסה התקופתית, כמפורט בנספח המשמר, יכוסה טיפול הסרת אבנית בתקופת הביטוח ובלבד כי חלפו מעל 3 חודשים מהטיפול להסרת אבנית קודמת, הטיפול יבוצע במרפאת מומחה למחלות חניכיים.

2.3. סילוק אבנית והקצעת שורשים - 4 שיניים ויותר, לישיבה, 30 דקות

הכנה ראשונית הכוללת סילוק אבנית והקצעת שורשים הינה פעולה אשר מטרתה הדרכת המתרפא בשמירה על היגיינה אוראלית, הסרת רובד בקטריאלי, אבנית, צמנטום פגוע ממשטחי השורש, ורקמה רכה בכיס החניכיים.

פעולה זו נעשית לפני כל החלטה על פעולה כירורגית והיא יכולה להיות הטיפול הסופי באם ישנו שיפור וריפוי או כחלק מההכנה לקראת פעולה כירורגית. פעולה זו מתבצעת תחת הרדמה מקומית, ומדווחת על פי מספר הישיבות, כאשר כל ישיבה הינה בת 30 דקות לפחות.

כיסוי ביטוחי - ארבע ישיבות לתקופת ביטוח ולא יותר מישיבה אחת ביום.

תשלום המבטח מותנה בקבלת מממצאי הבדיקה הראשונית.

2.4. חיתוך וניקוז מורסה - רקמה רכה בחלל הפה

ינתן כיסוי, בתנאי שמבוצע בנפרד מהניתוחים הפריודונטיים.

2.5. קיבוע חוץ כותרתי לשיניים ניידות

מכוסה פעולה אחת (קיבוע אמלגם או קיבוע מחומר מרוכב) ללסת לתקופת ביטוח כולל תחזוקה. ניתן לביצוע על ידי כל רופא שיניים.

כיסוי ביטוחי - אחד ללסת לתקופת ביטוח.

המבטח ישלם ישירות לרופא המטפל ויקבל החזר כמפורט במחירון הטיפולים.

2.6. הארכת כותרת

ניתוח להארכת כותרת יכוסה רק כאשר קיים צורך רפואי דנטאלי המודגם בצילום רנטגן ו/או באמצעי אחר המעיד על הרס כותרתי מעל 2/3 כותרת השן והשן מיועדת לשיקום פרוטטי.

כיסוי ביטוחי - אחד לשן לתקופת ביטוח.

הטיפול מאושר לביצוע גם על ידי מומחה לכירורגיה פה ולסת או פריודונט מומחה. המבטח ישלם ישירות לרופא המטפל ויקבל החזר כמפורט במחירון הטיפולים.

2.7. טיפול תחזוקה פריודנטלי

פעולה הבאה בעקבות טיפול כירורגי פריודנטלי, הפעולה כוללת הסרת אבנית.

כיסוי ביטוחי- טיפול אחד בתקופת ביטוח, לאחר 3 חודשים מיום ביצוע ניתוח כירורגי פריודנטלי.

3. ניתוחי חניכיים המבוצעים על ידי רופא מומחה למחלות חניכיים

3.1. ניתוחי חניכיים יאושרו רק כאשר קיימת תחלואה פריודנטית ברקמות הרכות ורקמות התמיכה של השן המחייבת התערבות כירורגית שכזו וכאשר בוצעה הכנה ראשונית ועבר זמן **שלא פחות משלושה חודשים** מסיום ההכנה הראשונית לפני שנקבע הצורך בטיפול כירורגי.

חובה לבצע התייעצות מוקדמת.

3.2. ניתוח חניכיים המצוין להלן כולל ניתוח לביטול / צמצום כיסים, (שעומקם מעל 5 מ"מ) ובכלל זה:

3.2.1. **הרמת מתלה עם החלקת שורשים - 4 שיניים ויותר, רבע פה או לחילופין**

ניתוח חניכיים כולל עיצוב עצם - 4 שיניים ויותר, רבע פה

3.2.2. **כיסוי ביטוחי - מכוסה אחד מהניתוחים המצוינים לעיל, לכל אחד מרבעי הפה, בתקופת ביטוח.**

3.2.3. **הטיפול כולל:** אלחוש מקומי, תפרים, תחבושת פריודנטית, הסבר ויעוץ לפני ואחרי הטיפול בכלל זה הוצאת תפרים, מתן מרשמי תרופות וביקורת לאחר הטיפול.

3.2.4. **הזכאות לשיפוי המבוטח בתגמולי ביטוח בניתוחי חניכיים מבוססת על טיפול לכל 1/4 פה כמפורט בלוח התגמולים המצורף לפוליסה. מובהר כי באם קיים חוסר שן / שיניים באותו 1/4 פה, תקרת החבות תהא באופן יחסי, אך לא פחות משתי שיניים ב-1/4 פה.**

4. סד סיגרי / סד לילה

פירוש, מכשיר פלסטי שמטרתו למנוע לחץ סגרי ממוקד על שיניים ושחיקה של שיניים, השימוש במכשיר הוא בעיקר במהלך הלילה. ניתן לביצוע אצל כל רופא שיניים.

כיסוי ביטוחי - סד לילה אחד בשלוש שנים.

המבוטח ישלם ישירות לרופא המטפל ויקבל החזר כמפורט במחירון הטיפולים.

5. טיפול באמצעות פריוצ'יפ, לשן

או לחילופין

6. טיפול מקומי באמצעות אליזול, לשן

החדרת תרופות לכיסים פריודונטיים שטחיים לצורך טיפול בגורמים פתוגניים והקטנת עומקם של הכיסים.

כיסוי ביטוחי - עד ארבעה טיפולים ללסת בתקופת ביטוח.

המבוטח ישלם ישירות לרופא המטפל ויקבל החזר כמפורט במחירון הטיפולים.

לוח תגמולי הביטוח - פרק ז'				
הסכומים בטבלה שלהלן נכונים ליום 1.9.2019 (על פי מדד יולי 2019 אשר פורסם ב-15.8.2019) והינם צמודים לשינוי במדד המחירים לצרכן וכוללים מע"מ.				
טיפולים משמרים-פרק ז'				
קוד טיפול	פירוט הכיסויים בפוליסה	דברי הסבר	שיפוי - גבול אחריות המבטח (בש"ח) בפניה לרופא שאינו בהסכם*	צורך באישור המבטח מראש
D0120000	הערכה תקופתית של הפה- מטופל מוכר	בדיקה אחת לכל שנת ביטוח.	44.74	לא
D0210000	צילום סטטוס מלא או לחילופין	צילום אחד לשלוש שנים.	182.14	לא
D0210020	צילום סטטוס מקביליות מלא או לחילופין		239.68	לא
D0330000	צילום פנורמי		182.14	לא
D1110000	טיפול מונע - מבוגר. הסרת רובד, אבנית וכתמים במשן קבוע ומשן מעבר	2 ישיבות לכל שנת ביטוח.	142.26	לא
D1120000	טיפול מונע - ילד. הסרת רובד, אבנית וכתמים במשן ראשוני ומשן מתחלף		142.26	לא
D1208000	הנחה מקומית של ג'ל פלואוריד	אחת לשנת ביטוח לילד עד גיל 14 שנה.	62.12	לא
D7140000	עקירה, שן שבקעה או שורש חשוף, שן אחת	עקירה אחת לשן לתקופת הביטוח.	144.62	מומלץ
D7140010	עקירה, שן שבקעה או שורש חשוף, שן שניה באותה ישיבה	עקירה רגילה/ כירורגית, אחת לשן לתקופת הביטוח.	139.96	מומלץ
D7140000	עקירה, שן שבקעה או שורש חשוף, שן אחת	עקירה למטרת יישור שיניים. עקירה אחת לשן לתקופת הביטוח.	144.62	כן
D7210000	עקירה כירורגית, שן שבקעה לחלל הפה, הדורשת הרמת מתלה	עקירה אחת לשן לתקופת הביטוח לרבות הוצאת שתל **	344.17	מומלץ
D7220000	עקירה כירורגית - שן כלואה ברקמה רכה	עקירה אחת לשן לתקופת הביטוח **	348.20	מומלץ
D7240000	עקירה כירורגית - שן כלואה במלואה ברקמה קשה		439.66	מומלץ

קוד טיפול	פירוט הכיסויים בפוליסה	דברי הסבר	שיפוי - גבול אחריות המבטח (בש"ח) בפניה לרופא שאינו בהסכם*	צורך באישור המבטח מראש
D9930000	טיפול בסיבוכים, לאחר ניתוח, כגון מכתשית יבשה		209.44	לא
D3410000	כריתת חוד השורש, אפיקואקטומי-שן קדמית, כולל סתימה רטרוגרדית		476.26	מומלץ
D3421000	כריתת חוד השורש, אפיקואקטומי-שן טוחנת, שורש ראשון, כולל סתימה רטרוגרדית			מומלץ
D3425000	כריתת חוד השורש, אפיקואקטומי-שן מלתעה, שורש ראשון, כולל סתימה רטרוגרדית			מומלץ
D3920000	המיסקציה	אחד לשן לתקופת הביטוח.	344.17	מומלץ
D7510000	חיתוך וניקוז מורסה - רקמה רכה בחלל הפה	פתיחה וניקוז מורסה כירורגי.	139.96	כן
D3220000	קיטוע מוך שן נשירה או קבועה, לא כולל סתימה סופית	בשיני חלב ובשן שישית קבועה.	144.62	לא
D3230000	טיפול שורש- שן נשירה, מילוי בחומר נספג, לא כולל שחזור סופי	טיפול שורש על פי צורך רפואי המודגם בצילום אבחנתי.	344.17	לא
D3351000	אפקסיפיקציה	אחד לשן בתקופת ביטוח, לילד מגיל 5 עד 14 שנה. יבוצע על ידי מומחה. ישולם באופן פרטי ויוחזר תשלום כנקוב בעמודת ההחזר אצל רופא שאינו בהסכם.	516.25	כן
		אפקסיפיקציה - ישיבת המשך. עד 3 ישיבות המשך. ישולם באופן פרטי ויוחזר תשלום כנקוב בעמודת ההחזר אצל רופא שאינו בהסכם.	160.00	כן

קוד טיפול	פירוט הכיסויים בפוליסה	דברי הסבר	שיפוי - גבול אחריות המבטח (בש"ח) בפניה לרופא שאינו בהסכם*	צורך באישור המבטח מראש
D3310000	טיפול שורש - שן קדמית, לא כולל שחזור סופי	טיפול שורש על פי צורך רפואי המודגם בצילום אבחנתי **	344.17	לא
D3320000	טיפול שורש - שן מלתעה, לא כולל שחזור סופי		תעלה 1 - 344.17	לא
D3320000	טיפול שורש - שן מלתעה, לא כולל שחזור סופי		2 תעלות - 474.22	לא
D3330000	טיפול שורש - שן טוחנת, לא כולל שחזור סופי		602.67	לא
D3339000	טיפול שורש - 4 תעלות, לא כולל שחזור סופי		602.67	לא
D3346000	חידוש טיפול שורש - שן קדמית	חידוש טיפול שורש אחד לשן לתקופת הביטוח על פי צורך רפואי המודגם בצילום אבחנתי **	344.17	כן
D3347000	חידוש טיפול שורש - שן מלתעה		תעלה 1 - 344.17	כן
D3347000	חידוש טיפול שורש - שן מלתעה		2 תעלות - 474.22	כן
D3348000	חידוש טיפול שורש - שן טוחנת		602.67	כן
D3349000	חידוש טיפול שורש - 4 תעלות		602.67	כן
D2140000	שחזור אמלגם - משטח 1, משן ראשוני או קבוע	סתימה אחת לכל שן בשנה.	179.96	לא
D2150000	שחזור אמלגם - 2 משטחים, משן ראשוני או קבוע			לא
D2160000	שחזור אמלגם - 3 משטחים, משן ראשוני או קבוע			לא
D2161000	שחזור אמלגם - 4 משטחים, משן ראשוני או קבוע			לא

קוד טיפול	פירוט הכיסויים בפוליסה	דברי הסבר	שיפוי - גבול אחריות המבטח (בש"ח) בפניה לרופא שאינו בהסכם*	צורך באישור המבטח מראש
D2330000	שחזור מרכוב על בסיס שרף, אקריל-משטח 1, קדמי	שתי סתימות לכל שן בשנה, בשיניים קדמיות שמספרן 13-23, 43-33.	211.32	לא
D2331000	שחזור מרכוב על בסיס שרף, אקריל-2 משטחים, קדמי			לא
D2332000	שחזור מרכוב על בסיס שרף, אקריל-3 משטחים, קדמי			לא
D2335010	שחזור מרכוב על בסיס שרף, אקריל-4 משטחים או יותר, קדמי			לא
D2391000	שחזור מרכוב על בסיס שרף/ אקריל- משטח 1, אחורי	סתימה אחת לכל שן בשנה.	211.32	לא
D2392000	שחזור מרכוב על בסיס שרף/ אקריל- 2 משטחים, אחורי			לא
D2393000	שחזור מרכוב על בסיס שרף/ אקריל- 3 משטחים, אחורי			לא
D2394000	שחזור מרכוב על בסיס שרף/ אקריל- 4 משטחים או יותר, אחורי			לא
D2951000	אחיזת פינים- לכל שן, בנוסף לשחזור	פין פרה-פולפרי לחיזוק השחזור. עד 2 פינים לשן לסתימה.	28.99	לא
D2930000	כתר טרומי מפלדת אל חלד- שן נשירה	כתר טרומי לילד עד גיל 18. אחד לשן לתקופת ביטוח.	262.28	לא
D2931000	כתר טרומי מפלדת אל חלד- שן קבועה			לא

קוד טיפול	פירוט הכיסויים בפוליסה	דברי הסבר	שיפוי - גבול אחריות המבטח (בש"ח) בפניה לרופא שאינו בהסכם*	צורך באישור המבטח מראש
D9110000	עזרה ראשונה- טפול בכאב שיניים	בימי חול ובשעות העבודה. שלושה טיפולים בשנה.	70.00	לא
		טיפול עזרה ראשונה בלילה בשעות 20:00 ועד 08:00 למחרת ו/או בימי חג ושבת. שלושה טיפולים בשנה. ישולם באופן פרטי ויוחזר תשלום כנקוב בעמודת ההחזר אצל רופא שאינו בהסכם.	227.88	לא
D9220000	הרדמה כללית לטיפול שיניים, בנוכחות מרדים-עד שעה	מכוסה בבית חולים ציבורי כחלק מטיפול שיניים מכוסה. ישולם באופן פרטי ויוחזר תשלום כנקוב בעמודת ההחזר אצל רופא שאינו בהסכם.	1250 ₪ או עד 75%	כן
D9221000	הרדמה כללית לטיפול שיניים מורכב, בנוכחות מרדים- מעל שעה		מההוצאה בפועל, הנמוך מבניהם	כן
D1510000	שומר מקום קבוע, חד צדדי	אחד ללסת לתקופת ביטוח. ישולם באופן פרטי ויוחזר תשלום כנקוב בעמודת ההחזר אצל רופא שאינו בהסכם.	421.25	כן
D1351000	איטום חריצים, לכל שן	אחד לשן בשלוש שנים. לילד עד גיל 12 שנה, בשיניים קבועות שמספרן 4,5,6,7 וטוחנות נשירות שמספרן 4,5 לילד עד גיל 3 שנה.	45.00	לא
D2950000	בניית תווך, כולל פינים לסוגיהם	מבנה ישיר אחד לשן לתקופת ביטוח.	329.58	כן
*לרופא שאינו בהסכם - החזר המבטח למבוטח יהיה בגובה התשלום בפועל לפי חשבוניות, אך לא יותר מסכום ההחזר הנקוב בטבלה לעיל לצד כל טיפול, הנמוך מבניהם. בפניה לרופא הסכם, במידה ונדרש צילום נשך או צילום פריאפקאלי, המבוטח יישא בהשתתפות עצמית בסך 20 ₪ עבור כל צילום (לרבות לצורכי ביצוע הערכה תקופתית). ** תוספת של 50% לטיפול מאושר מראש לביצוע על ידי מומחה.				

טיפול חניכיים (פריודונטיים) - פרק ז'				
קוד טיפול	פירוט הכיסויים בפוליסה	דברי הסבר	שיפוי - גבול אחריות המבטח	
			השתתפות של המבטח (בש"ח)	החזר המבטח (בש"ח) בפניה לרופא שאינו בהסכם*
D0180000	הערכה פריודנטלית מקיפה-מטופל חדש/ מוכר	בדיקה פריודונטלית אחת לתקופת הביטוח.	35.59	106.77
D4355000	הטריה והסרה של פלאק ואבנית בכל הפה לשם הערכה ואבחון מקיפים	בנוסף למכסה התקופתית בנספח המשמר, יכוסה טיפול הסרת אבנית נוסף לתקופת ביטוח. הטיפול יבוצע במרפאת מומחה למחלות חניכיים.		142.26
D4341000	סילוק אבנית והקצעת שורשים-4 שיניים ויותר, לשיבה, 30 דקות	ארבע ישיבות לתקופת ביטוח.	56.49	169.48
D4240000	הרמת מתלה עם החלקת שורשים- 4 שיניים ויותר, רבע פה או לחילופין	הגבלת המבטח הינה להרמת מתלה עם החלקת שורשים או לחילופין לניתוח חניכיים	567.71	1703.12
D4260000	ניתוח חניכיים כולל עיצוב עצם- 4 שיניים ויותר, רבע פה	הכולל עיצוב עצם ** אחת לתקופת הביטוח לכל אחד מרבעי הפה.		כן
D4910000	טיפול תחזוקה פריודונטלי	ישולם 3 חודשים לאחר גמר ביצוע ניתוח כירורגי.		142.35
D4321000	קיבוע חוץ כותרתי לשיניים נידות	קיבוע אמלגם או קיבוע מחומר מרוכב אחד לכל לסת לתקופת הביטוח. ניתן לביצוע על ידי כל רופא שיניים.	ישולם באופן פרטי ויוחזר תשלום כנקוב בעמודת ההחזר אצל רופא שאינו בהסכם	485.30

קוד טיפול	פירוט הכיסויים בפוליסה	דברי הסבר	שיפוי - גבול אחריות המבטח		צורך באישור המבטח מראש
			השתתפות עצמית של המבטח (בש"ח)	החזר המבטח (בש"ח) בפניה לרופא שאינו בהסכם*	
D9940010	סד סיגרי/ סד לילה	אחת לשלוש שנים. ניתן לביצוע על ידי כל רופא שיניים.	ישולם באופן פרטי ויוחזר תשלום כנקוב בעמודת ההחזר אצל רופא שאינו בהסכם.	323.02	כן
D4249000	הארכת כותרת	אחת לשנ לתקופת ביטוח.	ישולם באופן פרטי ויוחזר תשלום כנקוב בעמודת ההחזר אצל רופא שאינו בהסכם.	345.48	כן

קוד טיפול	פירוט הכיסויים בפוליסה	דברי הסבר	שיפוי - גבול אחריות המבטח		צורך באישור המבטח מראש
			השתתפות עצמית של המבוטח (בש"ח)	החזר המבטח (בש"ח) בפניה לרופא שאינו בהסכם*	
D4381010	טיפול באמצעות פרוצ'יפ, לשן. או לחילופין	עד 4 טיפולים ללסת בתקופת ביטוח.	ישולם באופן פרטי ויוחזר תשלום כנקוב בעמודת ההחזר אצל רופא שאינו בהסכם.	51.77	כן
D4381020	טיפול מקומי באמצעות אליזול, לשן		ישולם באופן פרטי ויוחזר תשלום כנקוב בעמודת ההחזר אצל רופא שאינו בהסכם.	777.54	כן
D7510000	חיתוך וניקוז מורסה-רקמה רכה בחלל הפה	ממקור פריודונטלי.	67.78	203.35	כן
* לרופא שאינו בהסכם - החזר המבטח יהיה בגובה 75% מהתשלום בפועל לפי חשבוניות אך לא יותר מסכום ההחזר הנקוב בטבלה לעיל לצד כל טיפול, הנמוך ביניהם.					
**הכיסוי אינו כולל הנחת חומרים שונים במהלך הניתוח כגון תוספת עצם מלאכותית או עצם מן החי או אמדוגן או ממברנה וכדומה באם נדרשת כזו.					

פרק ח' טיפולים בכירורגיה פה ולסת

א. מקרה ביטוח

מקרה הביטוח הוא ביצוע ניתוח על פי אבחנת הרופא המומחה, בכפוף להוראות, לתנאים ולסייגים המצוינים בפוליסה ובכל טיפול.

יובהר כי לכל אחד מהכיסויים המפורטים בפרק זה, ישנה תקרה ספציפית ומאפיינים המשתנים לפי ההסכמים, כמו מכסות טיפול תקופתיות.

ב. תגמולי ביטוח

1. תגמולי ביטוח לטיפולים המכוסים על פי פרק זה, אם התקיימו התנאים הבאים:

א. יבוצעו על ידי רופאים מומחים בכירורגיה פה ולסת, בעלי מומחיות מטעם משרד הבריאות בישראל.

ב. קבלת אישור החברה מראש, אלא אם צוין אחרת.

2. נותן שירות שאינו בהסכם - החברה תשפה את המבוטח בגובה 75% בגין ההוצאות הממשיות ששילם המבוטח בפועל לרופא המטפל כנגד חשבוניות או בסכום תקרת ההחזר, הנמוך מביניהם כמפורט בלוח התגמולים המצורף לפוליסה.

3. המוטב ייחשב כזכאי לתגמולי ביטוח על פי פרק זה, בתנאי כי גיל המבוטח בקרות מקרה ביטוח עולה על 21 שנה.

ג. רשימת הטיפולים המכוסים

1. פרנולקטומי

פירוש, חיתוך הפרנום, לשחרור הרקמות הרכות שנמשכות ויוצרות בעיה פריודנטלית או פונקציונאלית.

כיסוי ביטוחי- פרנולקטומי אחד ללסת לתקופת ביטוח.

המבוטח ישלם ישירות לרופא המטפל ויקבל החזר כמפורט במחירון הטיפולים.

2. אלבאופלסטיקה ללא עקירות, רבע פה

פירוש, החלקת עצם מקומית/החלקת רכס, לצורכי שיפור אי רגולריות בעצם וכהכנה לתותבת מידית או קבועה.

כיסוי ביטוחי - החלקת רכס אחת ללסת בתקופת הביטוח.

המבוטח ישלם ישירות לרופא המטפל ויקבל החזר כמפורט במחירון הטיפולים.

3. ביופסיה של חלל הפה - רקמה רכה

פירוש, הסרה של רקמה מהפה למטרות אבחנה.

הטיפול כולל הוצאת רקמה ובדיקתה במעבדות בית החולים.

המבוטח ישלם ישירות לרופא המטפל ויקבל החזר כמפורט במחירון הטיפולים.

4. הוצאת אבן מבלוטת / צינור הרוק

פירוש, גושים מסוידיים העלולים להיווצר בבלוטות הרוק עצמן או בצינורותיהן, וכתוצאה מכך לחסום ואף להפסיק את הפרשת הרוק התקינה.

המבוטח ישלם ישירות לרופא המטפל ויקבל החזר כמפורט במחירון הטיפולים.

5. כריתת ציסטה בלסת, קוטר עד 1.25 ס"מ

ינתן כיסוי ביטוחי להוצאת הציסטה, כאשר פעולה זו אינה קשורה לפעולה דנטאלית אחרת.

המבוטח ישלם ישירות לרופא המטפל ויקבל החזר כמפורט במחירון הטיפולים.

שיקום הפה (טיפולים פרוטטיים)

א. מקרה ביטוח

מקרה הביטוח הוא ביצוע שחזור שן או אזור בפה או לסת בכפוף להוראות, לתנאים ולסייגים המצוינים בפוליסה, בתחילת פרק זה ובכל טיפול.

יובהר כי לכל אחד מהכיסויים המפורטים בפרק זה, ישנה תקרה ספציפית ומאפיינים המשתנים לפי ההסכמים, כמו מכסות טיפול תקופתיות.

ב. תגמולי ביטוח

1. תגמולי ביטוח לטיפולים המכוסים על פי פרק זה, אם התקיימו התנאים הבאים:
א. השלמת הטיפול המשמר, ובכלל זה גם עקירה, חידוש ו/או טיפול שורש.
ב. קבלת אישור החברה מראש, אלא אם צוין אחרת, לפני התחלת השחזת השיניים או כל טיפול שיקומי אחר.
2. **נותן שירות שאינו בהסכם** - החברה תשפה את המבוטח בגובה 75% בגין ההוצאות הממשיות ששילם המבוטח בפועל לרופא המטפל כנגד חשבוניות או בסכום תקרת ההחזר, הנמוך ביניהם כמפורט בלוח התגמולים המצורף לפוליסה.
3. **נותן שירות בהסכם** - החברה תשלם ישירות לנותן השירות שבהסכם את תגמולי הביטוח על פי תנאי ההתקשרות בין החברה לנותן השירות בכפוף לתשלום השתתפות עצמית של המבוטח לנותן השירות כנקוב לצד כל טיפול בפוליסה.
4. תגמולי הביטוח כוללים כתרים זמניים, עבודות המעבדה וכל הנחוץ להכנסת השחזור לפה על פי הסטנדרטים הרפואיים המקובלים.
5. המוטב ייחשב כזכאי לתגמולי ביטוח על פי פרק זה, בתנאי כי גיל המבוטח בקרות מקרה ביטוח עולה על גיל 21 שנה.

ג. סייגים לחבות המבטח

1. הכיסוי הביטוחי לטיפול לפי פרק זה, הינו אחד לשן או אחד ללסת לפי העניין, לתקופת ביטוח, אלא אם צוין אחרת.
2. הכיסוי אינו כולל, שחזור שן או אזור בפה הקשור באופן ישיר ו/או עקיף במטרת יופי ו/או אסתטיקה.
3. המבטח יהיה פטור מכיסוי ו/או שיפוי המוטב בגין טיפולים החורגים ממסגרת הכיסוי.
4. גשר תלוי אחורי - כתרים הנאחזים בחלקם בשיניים קיימות והיחידה התלויה הינה יחידה אחורית בגשר זה, לא ינתן כיסוי ביטוחי לגשר זה בשלמותו על פי פוליסה זו.
5. גשר הנשען על שן רופפת - לא יותקן גשר תלוי הנשען על שן רופפת עם פרוגנוזה גרועה וסיכויי הבראה קלושים. "שן רופפת" - גובה העצם בלסת פחותה מחצי אורכה או שהשן ניידת.

ד. רשימת הטיפולים המכוסים

1. טיפול פרוטטי המכוסה על פי פרק זה, יבוצע רק לאחר הגשת תכנית טיפול למבטח וקבלת אישור החברה מראש לבצוע התוכנית במלואה או בחלקה.
 - 1.1. לצורך קבלת אישור המבטח יגיש רופא ההסכם או המבוטח (במידה והינו מטופל בידי רופא שאינו בהסכם), לפי העניין, תכנית טיפולים, לאחר השלמת הטיפול המשמר, אליו יצורף צילום אשר על פיו נערכה האבחנה ותוכנית הטיפול וכל אמצעי אבחנה אחר ששימש להכנת תכנית הטיפול כגון: צילומי פוטו/פנים מודל לימוד מגבס.

יודגש כי הגשת התיעוד הרפואי למבטח כאמור לעיל, ייעשה לפני השחזת השיניים או כל טיפול פרוטטי אחר.

1.2. בתוך 14 ימי עבודה, מיום קבלת כל החומר הרלוונטי במשרדי המבטח, ימסור המבטח למבטח ו/או לרופא ההסכם לפי העניין, את תשובתו לתכנית הטיפולים המוצעת.

1.3. תוקף האישור יפוג בתום 12 חודשים ממתן האישור או עד יום הפרישה, המוקדם ביניהם.

2. הערכה מקיפה של הפה - מטופל חדש/ מוכר

הבדיקה תכלול רישום מלא של הממצאים הדנטליים, רישום תכנית השיקום על גבי הטופס הנהוג אצל המבטח ו/או באמצעי דיגיטלי של המבטח, המיועד לאישור מוקדם של תכנית הטיפולים.

כיסוי ביטוחי - שלוש בדיקות לתקופת הביטוח.

3. מבנה יצוק בתוספת לכתר

מבנה יצוק המבוצע במעבדה והוא מיועד לשחזור כותרת שן שעברה טיפול שורש והצילום האבחנתי מדגים כי כותרת השן הרוסה מעל 2/3 כותרת.

כיסוי ביטוחי- מבנה יצוק אחד לשן לתקופת ביטוח.

4. כתר חרסינה מאוחה למתכת לא אצילה

תותבת חלקית קבועה משמעותה, מערכות שיקום באמצעות כתר או כתרים אם כבודדים או כיחידות בגשר. **סוג הכתר/ים יקבע על ידי הרופא המטפל.**

מבטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח לטיפול על פי סעיף זה בהתקיימו התנאים כדלהלן:

4.1. בעקבות בעיה רפואית דנטאלית שאובחן בצילום אבחנתי כמפורט להלן: עקירה, טיפול שורש, חידוש טיפול שורש, חסר כותרתי שמעל 2/3 כותרת שאינו ניתן לשחזור שמרני, בעקבות המיסקציה, אם קיים תהליך דלקתי מודגם הדורש עקירת שן חלב אשר מתחתיה יש חוסר מולד של שן קבועה שאושר ושולם על ידי המבטח ללא סייגים וכן אם קיים עיוות מולד בשן קדמית.

4.2. הזכאות להשתתפות המבטח בעלות שיקום פרוטטי תקינים אם הצורך לביצוע השיקום נובע מצורך רפואי כמפורט בסעיף 4.1 לעיל, שאירע לפני תקופת הביטוח או במהלך תקופת הביטוח אשר אושר ושולם על ידי המבטח ללא סייגים.

4.3. כתר אחד ישמש כמאחז מכל צד של השיניים החסרות המשוקמות באמצעות גשר. במקרה של הוצאת אחד משורשי השן (עם החלק הכותרתי) יאשר המבטח כתר בשן זו וכן כתר נוסף בשן הסמוכה כמאחזת.

4.4. הטיפול כולל: הכנת הפה והשיניים לשיקום, כתרים זמניים, עבודות המעבדה, הכנסת מערכות השיקום לפה, איזון מנשך, הדבקות, הלחמות והתאמות נדרשות והכל כלול במחיר הטיפול.

4.5. **גשר תלוי קדמי** - כאשר חסרה שן מלתעה ראשונה (4) בפה המבטח ויתרת השיניים הטוחנות קיימות בפה, יהיה רשאי המבטח להגיש לאישורו המוקדם של המבטח תכנית טיפול של גשר תלוי קדמי.

4.6. קיבוע שיניים בכתרים - יאושר בכפוף לחוות דעתו בכתב של הרופא הפריודונט, הממליץ על ביצוע הטיפול.

הכיסוי הביטוחי יינתן בשיניים שמספרם 44 עד 34, ושיניים 14 עד 24 ומותנה בביצועו על ידי מומחה לשיקום הפה בלבד.

יובהר כי מכל סיבה שהיא, לא תהא למבטח חבות כספית נוספת לאזור זה בתקופת הביטוח.

4.7. גשר מרילנד שבוצע על ידי מומחה לשיקום בלבד. המבטח ישלם ישירות לרופא המטפל ויפוצה בגובה שני כתרים.

4.8. גשר ותח"ל באותה לסת - במקרה של חוסר של עד 4 שיניים קדמיות בלסת תחתונה או עליונה שמספרן מסתיים בספרה 1 או 2 ושיניים אלה אושרו לשיקום באמצעות שתלים ו/או גשר הנסמך על שיניים טבעיות, יאשר המבטח בעת מחסור של יתרת השיניים בלסת את שיקומם של השיניים החסרות באמצעות תח"ל. גם בחוסר שן בודדת קדמית עליונה יאושר גשר (שיניים 1,2,3) ותח"ל אחורי.

4.9. **כיסוי ביטוחי - כתר אחד לשן לתקופת ביטוח.**

5. **כתר חרסינה, כולו חרסינה**

כתר זרקוויה, בשיניים קדמיות בלבד 13-23, 33-43.

כיסוי ביטוחי - עד שני כתרים למבטח בתקופת ביטוח.

המבטח ישלם ישירות לרופא המטפל ויקבל החזר כמפורט במחירון הטיפולים.

6. **כתר על בסיס שרף / אקריל, מוכן בצורה לא ישירה, מבושל**

ככלל, כתר זמני מבושל כלול בהחזר בגין הכתר הקבוע, במקרים מיוחדים בהם נדרש תשלום בגין כתרים זמניים בשל פרק זמן ארוך יותר הדרוש להימצאם לתקופת ביניים שלא תפחת מ-6 חודשים וכאשר קיימת מניעה מביצוע כתר קבוע מיידית.

כיסוי ביטוחי- כתר אחד לשן בתקופת הביטוח.

7. **החלפת שחזורים פרוטטיים:**

הזכאות לכיסוי ביטוחי לבצוע החלפת שחזורים פרוטטיים על פי פרק זה, הינה למבטח שצבר 12 חודשי ביטוח רצופים בפרק ח' ובהתקיימו התנאים המצטברים כדלהלן:

החלפת שחזורים הנובע מצורך רפואי דנטלי לרבות ובלי למצות:

7.1. תכוסה החלפת שחזור קיים בעקבות טיפול שורש ו/או חידוש טיפול שורש ו/או עקירת שן שלא היה ניתן לבצעם מתחת/ דרך השחזור הקיים וכן בעקבות שבר בחרסינה המודגם בצילום "פוטו" ושאינו ניתן לתיקון בחומר מורכב.

7.2. עקב בעיה פריודונטית - תכוסה החלפת שיחזור כתוצאה מנסיגת חניכיים שגרמה לחשיפת שולי הכתר, שנוצרה בתוך שישה חודשים ממועד ביצוע ניתוח החניכיים שאושר ושוולם ע"י המבטח. בשיניים הקדמיות בלבד שמספרן מסתיים בספרה 1, 2, 3.

7.3. עקב תהליך עששתי, מודגם מתחת לשחזור או בשוליו ואי אפשר לבצע ניקוי העששת דרך הכתר או בשוליו כדי להשיג התאמת שוליים.

7.4. החלפת כתר או גשר תאושר בנפילת חיפוי כתר/גשר בשיניים קדמיות וחשיפת מתכת השחזור.

7.5. בוצעו במסגרת הביטוח התאמות בתותבת לצורך התאמתן למבטח, ופעולה זו לא צלחה(הרופא המטפל יפרט בכתב את הסיבות לכך ויצרף צילום "פוטו" המדגים את המצב) יאשר המבטח בהליך אישור מוקדם החלפת התותבת.

7.6. החלפת מבנה ישיר או מבנה יצוק תאושר כאשר בוצע חידוש טיפול שורש שאושר על ידי המבטח.

7.7. מספר יחידות כתר / כתרים בגשר שיאשר המבטח בהחלפת שחזורים יהיה כמספר היחידות שהמבטח היה מאשר אם אזור זה לא היה מאושר קודם לכן.

7.8. החלפת שחזורים קיימים של כתרים/ מבנים/ גשרים / תותבת נשלפת חלקית או שלמה, יכוסו ע"י המבטח, רק אם חלפו 7 שנים מביצוע הטיפול וקיים צורך רפואי להחלפתם על פי פרק זה.

8. מחבר מדויק / חצי מדויק לתותבת חלקית קבועה

המחבר יכוסה בעקבות עקירת שן/ים, ובמקרה בו קיימת זכאות ביטוחית להתקנת תותבת חלקית מסוג ויטליום. כמו כן, לצורך ביצוע המחבר יאושרו 2 כתרים בכל צד של התותבת החלקית.

כיסוי ביטוחי - מחבר בשן מאחזת אחת משני צדי התותבת, מקסימום 2 מחברים ללסת לתקופת ביטוח.

9. מוט מחבר נתמך שתלים או שיניים

לאחר עקירת שן / שיניים שתשולם במסגרת הביטוח ואשר בעקבותיה קיימת התוויה לתותבת שלמה וקיימים גדמים בשיניים 13, 23 ו-43, יכוסה מצמד מסוג בר כתמיכה ליציבות תותבת שלמה קבועה. שבר ו/או החלפת מצמד מסוג בר אינם מכוסים. בגדמים יכוסו טיפולי שורש גם באם אין תהליך עששתי ואז דלקתי ועליהם תותקן כיפה.

כיסוי ביטוחי - אחד ללסת לתקופת ביטוח.

10. תותבת ביניים שלמה עליונה, כולל ווים ושיניים תותבת ביניים שלמה תחתונה, כולל ווים ושיניים

או לחילופין

תותבת ביניים חלקית עליונה נשלפת, כולל ווים ושיניים
תותבת ביניים חלקית תחתונה נשלפת, כולל ווים ושיניים

מבטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח לטיפול זה בהתקיים התנאים כדלהלן:

10.1. במקרים בהם השיקום הסופי יהיה באמצעות 3 שתלים ויותר ללסת.

10.2. בעקבות ביצוע סדרת עקירות או חוסר שיניים העולה על 5 שיניים.

10.3. בעת עקירה או אובדן שן/ שיניים קדמיות.

כיסוי ביטוחי - תותבת מעבר זמנית חלקית או שלמה, אחת ללסת בתקופת ביטוח.

11. תותבת חלקית עליונה נשלפת מויטליום, כולל ווים, נחות ושיניים תותבת חלקית תחתונה נשלפת מויטליום, כולל ווים, נחות ושיניים

פירושה, תותבת חלקית נשלפת על בסיס מתכת, (ויטליום) הניתנת לשליפה מהפה, להחזיר ולייצבה במקומה.

מבטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח לטיפול על פי סעיף זה בהתקיימו התנאים כדלהלן:

11.1. תותבת חלקית מויטליום תאושר במקרים בהם קיים חוסר שיניים חד - צדדי או דו-צדדי אחורי בלסת, והמאחזות הנותרות יציבות וללא תחלואה פריודונטית מתקדמת.

במקרה אחר, תאושר תותבת על בסיס שרף/ אקריל, כמפורט בסעיף 12 להלן.

11.2. הטיפול כולל: הכנת הפה ושיניים לתותבת, עבודת המעבדה, מחיר החומרים והמתכת, מדידת התותבת בפה וביצוע ההתאמות הדרושות.

כיסוי ביטוחי - תותבת חלקית מויטליום אחת ללסת לתקופת ביטוח.

או לחילופין

12. **תותבת חלקית עליונה - על בסיס שרף, כולל ווים מקובלים, נחות ושיניים, כולל בסיס שרף אקרילן עם ווי שרף או תיל מלופף**
תותבת חלקית תחתונה - על בסיס שרף/אקריל, כולל ווים, נחות ושיניים
 פירושה, תותבת חלקית נשלפת על בסיס שרף/ אקריל שיכול המתרפא לשלפה מפיו ולחזור ולייצבה במקומה.
 במידה והשיניים המאחזות הנותרות נגועות פריודונטית, תאושר תותבת אקריל בלבד לשם שיקום אזור חסר שיניים בלתי משוקם אשר המתרפא יכול לשלפה מפיו.
 הטיפול כולל: הכנת הפה ושיניים לתותבת, עבודת המעבדה, מחיר החומרים והמתכת, מדידת התותבת בפה וביצוע ההתאמות הדרושות.
כיסוי ביטוחי - תותבת חלקית על בסיס שרף / אקריל אחת לכל לסת לתקופת ביטוח.

13. **תותבת שלמה עליונה** **תותבת שלמה תחתונה**

פירושה, תותבת מאקריל אשר משחזרת במלואה לסת מחוסרת שיניים ו/או גדמים של שיניים ו/או שתלים.

13.1. כאשר נדרשת תותבת שלמה הנאחזת בגדמים - מכוסים בכיפת שורש, יאשר המבטח תותבת על שלמה כמפורט בסעיף 14.

13.2. הטיפול כולל: הכנת הפה ושיניים לתותבת, עבודת המעבדה, מחיר החומרים והמתכת, מדידת התותבת בפה וביצוע ההתאמות הדרושות.

13.3. **כיסוי ביטוחי - תותבת שלמה, אחת לכל לסת לתקופת ביטוח.**

או לחילופין

14. **תותבת על עליונה שלמה** **תותבת על תחתונה שלמה**

תותבת מאקריל על בסיס שלד מתכת, כולל נחות או הכנות למצמידים, אשר מכסה במלואה לסת חסרת שיניים (עליונה או תחתונה).

במידה והתותבת נשענת על גדם/גדמי שיניים מושחזות וניתן לבנות על גדמים אלו כיפה שורש, יינתן כיסוי לכיפת שורש.

כאשר נשענת התותבת על גבי שתלים שאושרו, יינתן כיסוי למצמידים שעל גבי השתלים על פי האמור לעיל.

הטיפול כולל את הטיפול במרפאה, עבודת המעבדה, מחיר החומרים ותשלומים לטכנאי, הכנסת התותבת לפה, והתאמות הדרושות עד להשגת תוצאה משביעת רצון ואדפטציה של המתרפא.

תשלום עבור התותבות שפורטו לעיל, כולל ריפודים והתאמות נדרשות במשך 6 חודשים לאחר הכנסת התותבת.

כיסוי ביטוחי - תותבת על שלמה, אחת לכל לסת לתקופת ביטוח.

15. **תותבת מידית - לסת עליונה** **תותבת מידית - לסת תחתונה**

פירושה, תותבת חלקית על בסיס אקריל שרף (פלופר) אשר משחזר שן אחת או שתי (2) שיניים, בשיניים קדמיות עליונות / תחתונות, כפתרון זמני לתקופה שלא תפחת מ-3 חודשים עד לביצוע שחזור קבוע בשיניים הקדמיות.

כיסוי ביטוחי - תותבת מידית אחת לכל לסת בתקופת הביטוח בשיני חזית
14-44, 34-44.

16. כיפת שורש

כיפה מתכתית יצוקה, מותאמת לשולי הגדם המותקנת מתחת לתותבת בשן שעברה טיפול שורש. הכיפה באה לשחזר גדם לאחר טיפול שורש שיבוצע לשם מתן תמיכה לתותבת נשלפת.

כיסוי ביטוחי - כיפת שורש אחת לגדם (לשן) לתמיכה בתותבת על שלמה לתקופת ביטוח.

17. איזון סגר מוגבל

התאמת סגר לתנועות הלסת על ידי השחזה וליטוש שיניים.

הטיפול יבוצע על ידי מומחה לשיקום הפה ובלבד, בהסתמך על מטבעי לימוד וחוות דעת המעידה כי קיימת בעיית לקוי סגר ל-3 שיניים ומעלה הגורם לבעיות במפרק הטמפורומדיבולרי או לבעיה שרירית.

כיסוי ביטוחי - הכיסוי מוגבל ל-3 יחידות טיפול לתקופת ביטוח, כאשר מרווח הזמן בין יחידת טיפול אחת לשנייה לא יפחת מ-30 יום. טיפול זה לא יבוצע במהלך ביצוע שיקום באמצעות כתרים, אלא כהכנה לשיקום זה או כפעולה בפני עצמה. המבוטח ישלם ישירות לרופא המטפל ויקבל החזר כמפורט במחירון הטיפולים.

18. הבהרת שיניים פנימית במרפאה - לשן

הלבנת שן לא ויטלית - טיפול זה יכוסה בשן שעברה סתימת שורש ושאונה מיועדת לשחזור בכתר בטווח של 24 חודש. הכיסוי הביטוחי יינתן בשיניים שמספרן 33 עד 43 ובשיניים שמספרן 23 עד 13.

כיסוי ביטוחי - אחד לשן לכל 3 שנים.

המבוטח ישלם ישירות לרופא המטפל ויקבל החזר כמפורט במחירון הטיפולים.

19. עזרה ראשונה - טיפול בכאב שיניים

מבוטח בתוכנית ביטוח שיניים משולב יהיה זכאי להחזר לטיפול עזרה ראשונה בחו"ל. החזר המבוטח יהיה בגובה התשלום בפועל לפי חשבונית, אך לא יותר מסכום תקרת ההחזר הנקוב בלוח תגמולי הביטוח.

המבוטח ישלם ישירות לרופא המטפל ויקבל החזר כמפורט במחירון הטיפולים.

20. תיקונים בתותבות חלקיות או שלמות

לאחר שישה חודשים מיום הכנסת תותבת לפה יכוסו תיקונים כמפורט להלן:

20.1. תיקון שבר בבסיס תותבת שלמה.

20.2. תיקון שן שבורה בתותבת.

20.3. הוספת שן לתותבת חלקית קיימת.

20.4. הוספת וו לתותבת חלקית קיימת.

20.5. תיקון שלד יצוק של תותבת.

20.6. חידוש בסיס תותבת שלמה עליונה.

20.7. חידוש בסיס תותבת שלמה תחתונה.

20.8. ריפוד תותבת שלמה עליונה במרפאה.

20.9. ריפוד תותבת שלמה תחתונה במרפאה.

20.10. ריפוד תותבת חלקית עליונה במרפאה.

20.11. ריפוד תותבת חלקית תחתונה במרפאה.

20.12. ריפוד תותבת שלמה עליונה במעבדה.

20.13. ריפוד תותבת שלמה תחתונה במעבדה.

20.14. ריפוד תותבת חלקית עליונה במעבדה.

20.15. ריפוד תותבת חלקית תחתונה במעבדה.

21. ציפוי שן משרף / אקריל בצד השפתי labial - במרפאה

שתלים ושיקום על גבי שתלים דנטאליים

א. מקרה ביטוח

מקרה הביטוח הוא ביצוע שחזור באזור חסר שן או שיניים בפה באמצעות התקנת שתל דנטאלי, בכפוף להוראות, לתנאים ולסייגים המצוינים בפוליסה, תחילת פרק זה ובכל טיפול. יובהר כי לכל אחד מהכיסויים המפורטים בפרק זה, ישנה תקרה ספציפית ומאפיינים המשתנים לפי ההסכמים, כמו מכסות טיפול תקופתיות.

ב. תגמולי ביטוח

1. תגמולי ביטוח לטיפולים המכוסים על פי פרק זה, אם התקיימו התנאים הבאים:
א. יבוצעו על ידי רופאים מומחים בכירורגיה פה ולסת ו/או מומחים למחלות חניכיים בעלי מומחיות מטעם משרד הבריאות בישראל או על ידי רופא שיניים "מורשה" שבהסכם עם המבטח.
מובהר כי במידה והפניה לקבלת אישור המבטח תבוצע על ידי רופא שיניים שאינו מומחה כמפורט מעלה, הפניה תידחה.
ב. קבלת אישור החברה מראש, אלא אם צוין אחרת.
2. נותן שירות שאינו בהסכם - החברה תשפה את המבוטח בגובה 75% בגין ההוצאות הממשיות ששילם המבוטח בפועל לרופא המטפל כנגד חשבוניות או בסכום תקרת ההחזר, הנמוך ביניהם כמפורט בלוח התגמולים המצורף לפוליסה.
3. נותן שירות בהסכם - החברה תשלם ישירות לנותן השירות שבהסכם את תגמולי הביטוח על פי תנאי ההתקשרות בין החברה לנותן השירות בכפוף לתשלום השתתפות עצמית של המבוטח לנותן השירות כנקוב לצד כל טיפול בפוליסה.
4. תגמולי הביטוח כוללים את כל הנחוץ להתקנת השתל הדנטאלי בפה והנחת השיקום עליו על פי הסטנדרטים הרפואיים המקובלים.
5. המוטב ייחשב כזכאי לתגמולי ביטוח על פי פרק זה, בתנאי כי גיל המבוטח בקרות מקרה ביטוח עולה על 21 שנה.
6. הזכאות לטיפולים לפי פרק זה הינה למבוטח שצבר 12 חודשי ביטוח רצופים בפרק ח'.

ג. סייגים לחבות המבטח

1. גשר תלוי אחורי - כתרים הנאחזים בחלקם בשיניים קיימות או על גבי שתלים והיחידה התלויה הינה יחידה אחורית בגשר זה, לא יינתן כיסוי ביטוחי לגשר זה בשלמותו על פי פוליסה זו.
2. יאושר מבנה/כתר/תותבת על שתל - רק על גבי שתל שאושר ושולם על ידי המבטח.
3. גשר הנאחז בחלקו בשתל ובשן קיימת טבעית אינו נכלל בכיסוי המבטח בפוליסה זו.
4. ניתוחי תיחזוק של עצם או הרקמה הרכה סביב השתלים אינם נכללים בכיסוי הביטוחי, יחד עם זאת יש זכאות להסרת אבנית לצורך תחזוקת השתלים כמו במשנן הטבעי.
5. תרופות שעל המבוטח לקחת לפני, במשך או לאחר הטיפול- ההוצאות יחולו על המבוטח.

ד. רשימת הטיפולים המכוסים

1. לצורך קבלת אישור החברה מראש, טרם ביצוע הטיפול, תוגש למבטח על גבי טופס ו/או באמצעי דיגיטלי הנהוג אצל המבטח תכנית טיפולים חתומה על ידי רופא שיניים מומחה בכירורגיה פה ולסת או מומחה למחלות חניכיים (פריודונט) בעלי תעודת מומחיות ורישיון מטעם משרד הבריאות בישראל.
- מובהר כי במידה והפניה לקבלת אישור המבטח תבוצע על ידי רופא שיניים שאינו מומחה כמפורט מעלה, הפניה תידחה.

- 1.1. תכנית הטיפוליים כאמור לעיל, תוגש למבטח בצירוף הצילום שלפיו בוצעה האבחנה ותוכנית הטיפול ו/או צילום המאחר ביותר הקיים.
- 1.2. בתוך 14 ימי עבודה, מיום קבלת כל החומר הרלוונטי כאמור לעיל במשרדי המבטח, ימסור המבטח למבטח ו/או לרופא ההסכם לפי העניין את תשובתו לתכנית הטיפולים המוצעת.
- 1.3. תוקפו של אישור יפוג בתום 12 חודשים ממתן האישור או עד יום הפרישה, המוקדם ביניהם.
2. **החדרה כירורגית של שתל דנטלי, כולל חשיפה וחיבור של כיפת ריפוי**
 - 2.1. שתלים שאושרו על ידי המבטח באישור מוקדם, יבוצעו אך ורק על ידי רופא שיניים מומחה בכירורגיה פה ולסת או מומחה למחלות חניכיים (פרודונט) בעלי תעודת מומחיות ורישיון מטעם משרד הבריאות בישראל או על ידי רופא שיניים "מורשה" בהסכם עם המבטח.
 - 2.2. **סוג השתל והמבנה לשתל דנטלי** - השתל שיוותקן יהיה מאושר לשימוש ע"י משרד הבריאות, האגף למכשירים רפואיים (א.מ.ר.).
 - 2.3. **כיסוי ביטוחי - כמפורט בסעיף 7 להלן.**
 3. **מבנה טרומי לשתל דנטלי**

פירוש, מבנה המבוצע במעבדה ומיועד להנחתו על שתל דנטלי.

כיסוי ביטוחי - כמפורט בסעיף 7 להלן.
 4. **כתר חרסינה מאוחה למתכת לא אצילה על שתל**
 - 4.1. הבקשה לביצוע שיקום על גבי שתל תוגש למבטח בצירוף חוות דעת של כירורג / פרודונט המאשר הקלטות השתל לאחר חשיפתו ובצירוף צילום רנטגן, אם נעשה.
 - 4.2. **כיסוי ביטוחי - כמפורט בסעיף 7 להלן.**
 5. **מחבר הצמדה לתותבת חלקית קבועה / כיפות לייצוב ועיגון תותבת על**

מחבר לחיבור תותבת לשיניים או שתלים המחבר כולל חלק מוברג לשן או מודבק לשן וחלק נגדי בתוך התותבת.

כיסוי ביטוחי - מכוסה מחבר אחד לכל שתל שאושר בתקופת הביטוח.
 6. **טומוגרפיה ממוחשבת עם קרן קונית - ביצוע של לסת עליונה**

טומוגרפיה ממוחשבת עם קרן קונית - ביצוע של לסת תחתונה

פירוש, צילום המאפשר קביעת עובי ורוחב רקמת העצם.

כיסוי ביטוחי - צילום אחד ללסת בתקופת ביטוח, למטרת ביצוע שתלים.
 7. **הכיסוי הביטוחי - לשתלים ושיקום על גבי שתלים**
 - 7.1. הכיסוי הביטוחי להתקנת שתל/שתלים הינו באזור בו נעקרה השן/שיניים או חוסר מולד של שן קבועה (ואזור זה, לא שוקם קודם לכן באמצעות תותבת חלקית או תותבת שלמה) ו/או קיימת זכאות לשתל על פי התנאים שיפורטו בפרק זה.
 - 7.2. שתל יכוסה במקרה וקיימת בפה תמיכת עצם מספקת בעומק של כ-10 מ"מ לפחות כפי שנמדד בצילום הרנטגן ו/או בצילום C.T /טומוגרפיה.
 - 7.3. המבטח יהיה זכאי ל-5 שתלים ועליהם 5 מבנים ו-5 כתרים (יחס שתל אחד לכתר אחד) בכל לסת, מקסימום 10 שתלים לכל הפה בתקופת ביטוח.
 - 7.3.1. במקרים בהם אין אפשרות לבצע שתלים ברצף, יינתן כיסוי ביטוחי ליחידה תלויה אחת בלבד בין השתלים שאושרו ושלולמו על ידי במבטח, ועד למקסימום 4 יחידות תלויות לתקופת הביטוח. מובהר כי, לא יכוסו יחידות תלויות ברצף.

7.4. במקרה של חוסר ארבע שיניים קדמיות בלסת תחתונה (מספרן 32,31,41,42) והימצאות הניבים ושיניים אחוריות נוספות יאשר המבטח שני שתלים וגשר הנסמך עליהם הבא לשקם שיניים אלו.

7.5. לא יאושר שתל ושיקום על גבי שתל באזור שבו חסרה שן אחת ואשר שתי השיניים הסמוכות לשן החסרה אינן ויטאליות ומיועדות לשחזור על ידי כתר, לרבות כתרים בודדים.

7.6. במקרה של חוסר שיניים מלא בלסת, יאשר המבטח תכנית טיפולים על פי החלופות הבאות:

7.6.1. התקנת מקסימום 4 שתלים בלסת לשם אחיזת תותבת על רוכבת שלמה המחזקת בשלד ויטליום.

7.6.2. התקנת מקסימום 7 שתלים בלסת ושיקומם באמצעות מבנה וכתר על גבי שתל, לרבות יחידות תלויות בין שתלים. ההשתתפויות העצמיות בפניה לרופא הסכם ותקרות ההחזר בפניה לרופא שאינו בהסכם, בתוכניות טיפול המאושרות על ידי המבטח לפי סעיף 7.6.2 לעיל יהיו כדלקמן:

קוד טיפול	סוג הטיפול	השתתפות עצמית של המבוטח	החזר המבטח בפניה לרופא שאינו בהסכם	צורך באישור המבטח מראש
D6060000	כתר חרסינה מאוחד למתכת לא אצילה על שתל	890 ₪	500 ₪	כן
D6056000	מבנה טרומי לשתל דנטלי	450 ₪	150 ₪	כן
D6010000	החדרה כירורגית של שתל דנטלי, כולל חשיפה וחיבור של כיפת ריפוי	1,500 ₪	600 ₪	כן

7.7. המבטח יאשר שתלים ושיקום קבוע על שתלים כאשר השיניים הנותרות / הקיימות בלסת המיועדת לשיקום באמצעות שתלים, הם עם פרוגנוזה ביונית ומעלה ואין התוויה לעקירתן בעתיד הקרוב.

7.8. אם המבוטח יבצע מספר שתלים העולה על מספר השתלים שאושר ע"י המבטח, יהיו שתלים הנוספים והשיקום על גבי שתלים על חשבון המבוטח ובתנאי כי תכנית השיקום אושרה על ידי המבטח.

7.9. יאושר שיקום באמצעות שתלים למטרת שיקום קבוע בלבד (או לעיון וייצוב לתותבת) ולא כפתרון ביניים עד לביצוע הטיפול הקבוע. לאמור, לא יהיה כיסוי לשתלים זמניים.

7.10. יינתן כיסוי ביטוחי להחלפת תותבת חלקית נשלפת דו צדדית, להחלפת תותבת חלקית נשלפת חד צדדית ולהחלפת תותבת שלמה בתוכנית שיקום באמצעות שתלים, בתנאים שיפורטו להלן ובתנאי כי ניתן אישור מוקדם מהמבטח:

7.10.1. שיקום באמצעות שתלים בלסת מחוסרת שיניים יאושר בתנאים הבאים:

מבוטח יהיה זכאי לכיסוי ביטוחי של עד 7 שתלים ללסת מחוסרת שיניים ולשיקומם במבנה וכתר לרבות יחידות תלויות בין שתלים.

7.10.2. שיקום בשתלים בלסת בה מותקנת תותבת חלקית נשלפת דו

צדדית או חד צדדית יאושרו בתנאים הבאים:

מבוטח יהיה זכאי לכיסוי ביטוחי של עד 2 שתלים בכל צד בלסת מחוסרת השיניים באופן חלקי (שיניים שמספרן מסתיים בספרה 4,5,6,7 להלן: "אוכף חופשי") ולשיקומם במבנה וכתר. לרבות יחידה תלויה אחת בין שתלים מכל צד.

7.10.3. ההשתתפויות העצמיות בפניה לרופא הסכם ותקרות ההחזר בפניה

לרופא שאינו בהסכם, בתוכניות טיפול המאושרות על ידי המבטח לפי סעיף 7.10 לעיל יהיו כדלקמן:

קוד טיפול	סוג הטיפול	השתתפות של עצמית של המבוטח	החזר המבטח בפניה לרופא שאינו בהסכם	צורך באישור המבטח מראש
D6060000	כתר חרסינה מאוחה למתכת לא אצילה על שתל	890 ₪	500 ₪	כן
D6056000	מבנה טרומי לשתל דנטלי	450 ₪	150 ₪	כן
D6010000	החדרה כירורגית של שתל דנטלי, כולל חשיפה וחיבור של כיפת ריפוי	1,500 ₪	600 ₪	כן

7.11. החלפת שתל והחלפת השיקום עליו תתאפשר כאשר:

7.11.1. כשל בהתקנת השתל, שאושר ושולם ע"י המבטח, בטרם העמסת השיקום עליו- במקרה זה יאשר המבטח שתל נוסף לפי המפורט בסעיף 7.10.3.

7.11.2. כשל בהיקלטות השתל, שאושר ושולם ע"י המבטח, ולא ניתן לבצע שתל חוזר, כאמור בסעיף 7.11.1 לעיל - במקרה זה יהיה זכאי המבוטח לשיקום באמצעות תותבת שלמה או חלקית או קבועה על פי העניין.

7.11.3. החלפת שתל והשיקום על גביו (מבנה וכתר) תכוסה בחלוף 7 שנים ממועד התקנת השתל, שאושר ושולם על ידי המבטח, ובתנאי כי קיימת הצדקה רפואית להחלפה.

8. הרמת סינוס פתוחה, לרבות השתלת עצם, חד צדדית או לחילופין

9. הרמת סינוס סגורה, כולל עצם / תחליפי עצם

יכוסה ניתוח הרמת סינוס פתוחה אחת לכל צד או לחילופין הרמת סינוס סגורה, אחת לתקופת ביטוח לצורך התקנת שתלים שאושרו על ידי המבטח.

הניתוח כולל תחליפי עצם ועלות הממברנה, במידת הצורך.

הטיפול מותנה בביצועו על ידי רופא שיניים מומחה לכירורגיה פה ולסת ו/או רופא מומחה למחלות חניכיים.

בחוסר של שן בודדת (למעט שן שביעית), לא תאושר הרמת סינוס.
כיסוי ביטוחי - הרמת סינוס אחת לכל צד בתקופת ביטוח לצורך התקנת שתלים
שאושרו על ידי המבטח.

10. השתלת עצם בלסת עליונה / תחתונה, חד צדדית
תכוסה השתלת עצם בלסת עליונה או בלסת תחתונה אחד ללסת בתקופת הביטוח
(שאינה במסגרת הרמת הסינוס) לצורך התקנת שתלים שאושרו על ידי המבטח.
הטיפול מותנה בביצועו על ידי רופא שיניים מומחה לכירורגיה פה ולסת ו/או
רופא מומחה למחלות חניכיים.
הטיפול כולל את השתלת העצם וממברנה, במידת הצורך.
יובהר כי השתלת עצם לא תכוסה בלסת מחוסרת שיניים.
כיסוי ביטוחי - אחת ללסת לתקופת ביטוח.
המבטח ישלם ישירות לרופא המטפל ויקבל החזר כמפורט במחירון הטיפולים.

טיפול ישור שיניים (אורתודונטיה) לילדים

א. מקרה ביטוח

מקרה הביטוח הוא תיקון ליקוי הסגר - **mal occlusion**, על פי אבחנת הרופא בכפוף להוראות, לתנאים ולסייגים המצוינים בפוליסה.

יובהר כי לכל אחד מהכיסויים המפורטים בפרק זה, ישנה תקרה ספציפית ומאפיינים המשתנים לפי ההסכמים, כמו מכסות טיפול תקופתיות.

ב. תגמולי ביטוח

1. תגמולי ביטוח לטיפולים המכוסים על פי פרק זה, אם התקיימו התנאים הבאים:
א. יבוצעו על ידי רופא שיניים מומחה, שאינו בהסכם עם המבטח בעל תעודת מומחיות באורתודונטיה (יישור שיניים ולסתות) מטעם משרד הבריאות בישראל או על ידי רופא שיניים "מורשה" בהסכם עם המבטח.
ב. קבלת אישור החברה מראש, אלא אם צוין אחרת.
2. **נותן שירות שאינו בהסכם** - החברה תשפה את המבוטח בגובה 75% בגין ההוצאות הממשיות ששילם המבוטח בפועל לרופא המטפל כנגד חשבוניות או בסכום תקרת ההחזר, הנמוך מבניהם כמפורט בלוח התגמולים המצורף לפוליסה.
3. **נותן שירות בהסכם** - החברה תשלם ישירות לנותן השירות שבהסכם את תגמולי הביטוח על פי תנאי ההתקשרות בין החברה לנותן השירות בכפוף לתשלום השתתפות עצמית של המבוטח לנותן השירות כנקוב לצד כל טיפול בפוליסה.
4. המוטב ייחשב כזכאי לתגמולי ביטוח על פי פרק זה, בתנאי כי גיל המבוטח בקרות מקרה הביטוח לא עולה על גיל 17 שנה.

ג. אישור תכנית טיפולים

1. לצורך קבלת אישור החברה מראש יגיש רופא ההסכם או המבוטח (במידה והינו מטופל בידי רופא שאינו בהסכם) למבטח, על גבי טופס הנהוג אצל המבטח, רישום מפורט של ממצאי הבדיקה הקלינית וכן את עזרי האבחנה ("**סט אורתודונטי**") אשר שימשו את הרופא המטפל לאבחנה ולקביעת תכנית הטיפול. (פנוראמי, צפלומטרי, אנליזה, תמונות "פוטו" פנים ושיניים, מודל לימוד מגבס המתעדות את מצב הסגר של המטופל בטרם תחילת הטיפול).
2. בתוך 14 ימי עבודה, מיום קבלת כל החומר הרלוונטי כאמור לעיל במשרדי המבטח, ימסור המבטח למבוטח ו/או לרופא ההסכם לפי העניין את תשובתו לתוכנית הטיפולים המוצעת. במידה וחסרים נתונים, או אמצעי עזר מסוימים, יציין המבטח את הפרטים החסרים ויבקש להגישם לבדיקה חוזרת.
3. טיפול ישור שיניים יבוצע אך ורק לאחר קבלת אישור החברה מראש ולאחר השלמת הטיפול המשמר.
4. הטיפול יינתן על ידי רופא מומחה שאינו בהסכם, בעל תעודת מומחיות באורתודונטיה (יישור שיניים ולסתות) מטעם משרד הבריאות בישראל, או על ידי "**רופא מורשה**" בהסכם עם המבטח.
5. תוקפו האישור יפוג לאחר 12 חודשים ממתן האישור או עד יום הפרישה המוקדם ביניהם.

ד. רשימת הטיפולים המכוסים על פי פרק זה:

1. בהפניית הרופא המטפל, יאשר המבטח תיק צילומים אורתודנטיים (להלן: "סט אורתודנטי") אחד בתקופת ביטוח לצורך קביעת תכנית הטיפול כמפורט להלן:
 - 1.1 צילומי פה/פנים - סדרת צילומים "פוטו" במצלמה רגילה בתשליל צבעוני..
 - 1.2 צילום צפלומטרי - צילום רנטגן של הגולגולת בפרופיל.
 - 1.3 פענוח של צילום צפלומטרי, לא קשור לביצועו
- פעולה ממוחשבת להערכת ממצאים אורתודנטיים (אנליזה), הנדרשת באבחנות אורתודנטיות מסוימות כעזר לקביעת תכנית הטיפול.
- 1.4 תבניות אבחנתיות, מטבע ומודל לימוד - תבניות גבס.
2. צילומי פנורמי - הינו צילום רנטגן המשקף חזיתית את כל חלל הפה והשיניים. הכיסוי הביטוחי - יינתן במסגרת הכיסוי המשמר.
3. טיפול יישור שיניים אחד לתקופת ביטוח כמפורט להלן:
 - 3.1 יישור שיניים חלקי למשנן מבוגר או לחילופין
 - 3.2 יישור שיניים מלא למשנן מבוגר

ה. תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח

1. ההחזר בגין הטיפול יבוצע בתום שלבי הטיפול, על פי התקדמות בביצוע הטיפול האורתודנטי כדלקמן:
 - 1.1 התחלת טיפול (הדבקת טבעות, סמכים או הכנסת מכשיר אורתודנטי לפה).
 - 1.2 סיום הטיפול (הורדת מכשור אורתודנטי וביצוע קיבועים).
2. בסיום כל שלב על המבוטח לפנות למבטח בצירוף צילום כרטיס מתרפא מהאורתודנט המעיד על התקדמות בביצוע הטיפול.
3. מובהר כי הכיסוי הביטוחי לטיפול יישור שיניים כולל גם בניה והכנסת קיבוע אורתודנטי לאחר הסרת המכשור האורתודנטי.
4. הכיסוי מוגבל לטיפול אורתודנטי אחד בתקופת ביטוח ולא יכוסה טיפול חוזר בין אם הוא נובע מטיפול לא מוצלח ובין אם כתוצאה משינויים לאחר טיפול (relapse) כשל טיפולי באחריות רופא השיניים המטפל.

לוח תגמולי הביטוח- פרק ח'					
הסכומים בטבלה שלהלן נכונים ליום 1.9.2019 (על פי מדד יולי 2019 אשר פורסם ב-15.8.2019) והינם צמודים לשינוי במדד המחירים לצרכן וכוללים מע"מ.					
טיפולי כירורגיה פה ולסת- פרק ח'					
קוד טיפול	פירוט הכיסויים בפוליסה	דברי הסבר	שיפוי - גבול אחריות המבטח		צורך באישור המבטח מראש
			השתתפות עצמית של המבוטח (בש"ח)	החזר המבטח (בש"ח) בפניה לרופא שאינו בהסכם*	
D7960000	פרנולקטומי	אחד ללסת לתקופת הביטוח.	ישולם באופן פרטי ויוחזר תשלום כנקוב בעמודת ההחזר אצל רופא שאינו בהסכם.	950.00	כן
D7320000	אלבאולופלסטיקה ללא עקירות, רבע פה	אחת ללסת לתקופת הביטוח.	ישולם באופן פרטי ויוחזר תשלום כנקוב בעמודת ההחזר אצל רופא שאינו בהסכם.	554.63	כן
D7286000	ביופסיה של חלל הפה - רקמה רכה	הוצאת רקמה מדגמית לשם בדיקת מעבדה, כולל את בדיקת המעבדה.		727.95	כן
D7980000	הוצאת אבן מבלוטת / צינור הרוק			462.20	כן
D7450000	כריתת ציסטה בלסת, קוטר עד 1.25 ס"מ			414.43	כן
*לרופא שאינו בהסכם - החזר המבטח יהיה בגובה 75% מהתשלום בפועל לפי חשבוניות אך לא יותר מסכום ההחזר הנקוב בטבלה לעיל לצד כל טיפול, הנמוך ביניהם.					

טיפולים פרוטטיים (שיקום הפה) - פרק ח'					
קוד טיפול	תיאור הכיסוי	דברי הסבר	שיפוי - גבול אחריות המבטח		צורך באישור המבטח מראש
			השתתפות עצמית של המבוטח (בש"ח)	החזר המבטח (בש"ח) בפניה לרופא שאינו בהסכם*	
D0150000	הערכה מקיפה של הפה- מטופל חדש/מוכר	שלוש בדיקות בתקופת הביטוח.	44.47		לא
D2950000	בניית תווך, כולל פנים לסוגיהם	מבנה ישיר אחד לשן לתקופת ביטוח. החלפת מבנה ישיר - הזכאות לביצוע החלפת מבנה הינה למבוטח שצבר 12 חודשי ביטוח רצופים בפרק ח'. החלפת מבנה תאושר כעבור 7 שנים מביצוע המבנה הראשוני.	329.58		כן
D2952000	מבנה יצוק בתוספת לכתר	מבנה יצוק אחד לשן לתקופת ביטוח.	166.32	498.95	כן
		החלפת מבנה יצוק - הזכאות לביצוע החלפת מבנה הינה למבוטח שצבר 12 חודשי ביטוח רצופים בפרק ח'. החלפת מבנה תאושר כעבור 7 שנים מביצוע המבנה הראשוני.	166.32	498.95	כן
D2751000	כתר חרסינה מאוחה למתכת לא אצילה	כתר אחד לשן לתקופת ביטוח, לרבות יחידה תלויה בגשר. ההחזר בגין הכתר כולל עלות הכתר הזמני.	408.84	1226.53	כן
		החלפת כתר - הזכאות לביצוע החלפת כתר הינה למבוטח שצבר 12 חודשי ביטוח רצופים בפרק ח'. החלפת כתר תאושר כעבור 7 שנים מביצוע הכתר הראשוני.	572.38	800.00	כן

קוד טיפול	תיאור הכיסוי	דברי הסבר	שיפוי - גבול אחריות המבטח		צורך באישור המבטח מראש
			השתתפות של המבוטח (בש"ח)	החזר המבטח (בש"ח) בפניה לרופא שאינו בהסכם*	
D2740000	כתר חרסינה, כולו חרסינה	כתר זרקוניה, בשיניים קדמיות בלבד 13-23, 33-43. עד 2 כתרים למבטח בתקופת הביטוח.	ישולם באופן פרטי ויוחזר תשלום כנקוב בעמודת ההחזר אצל רופא שאינו בהסכם*	1839.80	כן
D9951000	איזון סגר - מוגבל	מותנה בביצוע אצל מומחה בשיקום הפה. 3 פעמים בתקופת הביטוח.	ישולם באופן פרטי ויוחזר תשלום כנקוב בעמודת ההחזר אצל רופא שאינו בהסכם*	196.71	כן
D2710000	כתר על בסיס שרף/ אקריל, מוכן בצורה לא ישירה, מבושל	כתר אחד לשן בתקופת ביטוח.	92.49	92.49	כן

קוד טיפול	תיאור הכיסוי	דברי הסבר	שיפוי - גבול אחריות המבטח		צורך באישור המבטח מראש
			השתתפות עצמית של המבוטח (בש"ח)	החזר המבטח (בש"ח) בפניה לרופא שאינו בהסכם*	
D5211000	תותבת חלקית עליונה - על בסיס שרף/אקריל, כולל ווים מקובלים, נחות ושיניים, כולל בסיס שרף אקרילן עם ווי שרף או תיל מלופף	תותבת חלקית אחת לכל לסת לתקופת ביטוח לרבות החלפת תותבת חלקית.	426.45	1279.34	כן
D5212000	תותבת חלקית תחתונה - על בסיס שרף/אקריל כולל ווים ונחות או לחילופין				
D5213000	תותבת חלקית עליונה - נשלפת מויטליום, כולל ווים ונחות		777.04	2331.12	כן
D5214000	תותבת חלקית תחתונה - נשלפת מויטליום, כולל ווים ונחות				
D5810000	תותבת ביניים שלמה עליונה, כולל ווים ושיניים	תותבת מעבר זמנית חלקית אחת לכל לסת לתקופת ביטוח לצורך ביצוע למעלה מ-3 שתלים, כולל ווים. או לחילופין תותבת מעבר זמנית שלמה אחת לכל לסת בתקופת הביטוח.	373.05	829.44	כן
D5811000	תותבת ביניים שלמה תחתונה, כולל ווים ושיניים				כן
D5820000	תותבת ביניים חלקית עליונה נשלפת, כולל ווים ונחות				כן
D5821000	תותבת ביניים חלקית תחתונה נשלפת, כולל ווים ונחות				כן

קוד טיפול	תיאור הכיסוי	דברי הסבר	שיפוי - גבול אחריות המבטח		צורך באישור המבטח מראש
			השתתפות עצמית של המבוטח (בש"ח)	החזר המבטח (בש"ח) בפניה לרופא שאינו בהסכם*	
D5130000	תותבת מיידית - עליונה	תותבת ביניים חלקית נשלפת פליפר - לשיניים קידמיות בלבד, לסת עליונה ותחתונה. אחת ללסת לתקופת ביטוח.	73.85	221.55	כן
D5140000	תותבת מיידית - תחתונה				
D5110000	תותבת שלמה עליונה	אחת לכל לסת לתקופת ביטוח לרבות החלפת תותבת שלמה.	677.08	2031.24	כן
D5120000	תותבת שלמה תחתונה				
	או לחילופין				
D5863000	תותבת על עליונה שלמה		790.96	2372.89	כן
D5865000	תותבת על תחתונה שלמה				
D2975000	כיפת שורש	אחד לשן לתקופת הביטוח.	172.03	516.09	כן
D6950000	מחבר מדויק/ חצי מדויק לתותבת חלקית קבועה	מחבר אחד לשן מאחזת משני צדי התותבת מקסימום 2 מחברים ללסת לתקופת הביטוח.	242.61	727.61	כן
D6055000	מוט מחבר נתמך שתלים או שיניים	אחד ללסת לתקופת הביטוח.	528.00	1584.00	כן
D5650000	הוספת שן לתותבת חלקית קיימת	שן ראשונה. לרבות החלפת שן בתותבת.	22.22	66.64	לא
		כל שן נוספת.	17.70	53.11	לא
D5660000	הוספת וו לתותבת חלקית קיימת	לרבות החלפת ווים בתותבת.	40.53	121.58	לא
D5510000	תיקון שבר בבסיס תותבת שלמה	תיקון שבר או סדק בתותבת.	44.9	134.71	לא
D5620000	תיקון שלד יצוק של תותבת	הלחמת תותבת.	72.33	216.99	לא
D2960000	ציפוי שן משרף/ אקריל בצד השפתי - labial במרפאה	תיקון פנים (פסטה) לכתר. אחד לשן לתקופת הביטוח.	83.7	251.12	לא

קוד טיפול	תיאור הכיסוי	דברי הסבר	שיפוי - גבול אחריות המבטח		צורך באישור המבטח מראש
			השתתפות עצמית של המבוטח (בש"ח)	החזר המבטח (בש"ח) בפניה לרופא שאינו בהסכם*	
D5710000	חידוש בסיס תותבת שלמה עליונה	לרבות חידוש בסיס תותבת חלקית נשלפת. אחד ללסת לתקופת הביטוח.	136.22	407.53	לא
D5711000	חידוש בסיס תותבת שלמה תחתונה				
D5730000	ריפוד תותבת שלמה עליונה במרפאה	לרבות ריפוד רך בתותבת חלקית נשלפת. אחד ללסת לתקופת הביטוח.	63.01	189.02	לא
D5731000	ריפוד תותבת שלמה תחתונה במרפאה				
D5750000	ריפוד תותבת שלמה עליונה במעבדה	לרבות ריפוד קשה בתותבת חלקית נשלפת. אחד ללסת לתקופת הביטוח.	91.95	275.84	לא
D5751000	ריפוד תותבת שלמה תחתונה במעבדה				
D9110000	עזרה ראשונה - טפול בכאב שיניים	טיפול עזרה ראשונה בחו"ל. טיפול אחד בשנה.	ישולם באופן פרטי ויוחזר תשלום כנקוב בעמודת ההחזר אצל רופא שאינו בהסכם.	362.53	לא
D9974000	הבהרת שיניים פנימית במרפאה, לשן	בשיניים 13-23, 33-43, אחד לשן לכל שלוש שנים.	ישולם באופן פרטי ויוחזר תשלום כנקוב בעמודת ההחזר אצל רופא שאינו בהסכם.	310.74	לא

***לרופא שאינו בהסכם** - החזר המבטח יהיה בגובה 75% מהתשלום בפועל לפי חשבוניות אך לא יותר מסכום ההחזר הנקוב בטבלה לעיל לצד כל טיפול, הנמוך ביניהם.

שתלים ושיקום על גבי שתלים דנטאליים - פרק ח'				
קוד טיפול	תיאור הכיסוי	דברי הסבר	שיפוי - גבול אחריות המבטח	
			השתתפות עצמית של המבוטח (בש"ח)	החזר המבוטח (בש"ח) בפניה לרופא שאינו בהסכם*
D6010000	החדרה כירורגית של שתל דנטלי, כולל חשיפה וחיבור של כיפת ריפוי	10 שתלים לכל הפה למבוטח לתקופת הביטוח, עד 5 לכל לסת. הזכאות לכיסוי ביטוחי לביצוע שתלים דנטליים ולשיקום על גבי שתלים הינה למבוטח שצבר 12 חודשי ביטוח רצופים בפרק ח'.	1104.31	800
D6056000	מבנה טרומי לשתל דנטלי	מבנה אחד לכל שתל מכוסה. זכאות למבוטח שצבר 12 חודשי ביטוח רצופים בפרק ח'.	166.32	498.32
		החלפת מבנה על גבי שתל- הזכאות לביצוע החלפת מבנה על גבי שתל הינה למבוטח שצבר 12 חודשי ביטוח רצופים בפרק ח'. החלפת מבנה על גבי שתל תאושר כעבור 7 שנים מביצוע המבנה הראשוני.	249.48	249.16
D6060000	כתר חרסינה מאוחה למתכת לא אצילה על שתל	כתר אחד לכל שתל מכוסה לרבות יחידה תלויה אחת בין שתלים. זכאות למבוטח שצבר 12 חודשי ביטוח רצופים בפרק ח'.	408.84	1226.53
		החלפת כתר על גבי שתל - הזכאות לביצוע החלפת כתר על גבי שתל הינה למבוטח שצבר 12 חודשי ביטוח רצופים בפרק ח'. החלפת כתר על גבי שתל תאושר כעבור 7 שנים מביצוע הכתר הראשוני.	613.26	800.00

קוד טיפול	תיאור הכיסוי	דברי הסבר	שיפוי - גבול אחריות המבטח		צורך באישור המבטח מראש
			השתתפות של המבוטח (בש"ח)	החזר המבטח (בש"ח) בפניה לרופא שאינו בהסכם*	
D6920000	מחבר הצמדה לתותבת חלקית קבועה/ כיפות לייצוב ועיון תותבת על	מחבר אחד לכל שתל מכוסה. זכאות למבוטח שצבר 12 חודשי ביטוח רצופים בפרק ח'.	166.32	498.32	כן
		החלפת מחבר - הזכאות לביצוע החלפת מחבר הינה למבוטח שצבר 12 חודשי ביטוח בפרק ח'. החלפת מחבר תאושר כעבור 3 שנים מביצוע המחבר הראשון.	249.48	249.16	כן
D0382000	טומוגרפיה ממוחשבת עם קרן קונית- ביצוע של לסת עליונה	צילום למטרת ביצוע שתלים, צילום אחד ללסת לתקופת הביטוח. זכאות למבוטח שצבר 12 חודשי ביטוח רצופים בפרק ח'.	206.12	207.05	לא
D0381000	טומוגרפיה ממוחשבת עם קרן קונית- ביצוע של לסת תחתונה				לא
D7952000	הרמת סינוס פתוחה, לרבות השתלת עצם, חד צדדית או לחילופין	הרמת סינוס אחת לכל צד בתקופת ביטוח כפעולה מקדימה לביצוע שתלים שאושרו. הטיפול כולל השתלת עצם וממברנה במידת הצורך. זכאות למבוטח שצבר 12 חודשי ביטוח רצופים בפרק ח'.	4500.00	2500.00	כן
D7951000	הרמת סינוס סגורה, כולל עצם/ תחליפי עצם		1000.00	1250.00	כן
D7950000	השתלת עצם בלסת עליונה/תחתונה, חד צדדית	השתלת עצם אחד ללסת לתקופת ביטוח כפעולה מקדימה לביצוע שתלים שאושרו (שאינה במסגרת הרמת סינוס). זכאות למבוטח שצבר 12 חודשי ביטוח רצופים בפרק ח'.		1200.00	כן

*לרופא שאינו בהסכם - החזר המבטח יהיה בגובה 75% מהתשלום בפועל לפי חשבונית, אך לא יותר מסכום ההחזר הנקוב בטבלה לעיל לצד כל טיפול, הנמוך ביניהם.

טיפול יישור שיניים (אורתודונטיה) - פרק ח'					
קוד טיפול	תיאור הכיסוי	דברי הסבר	שיפוי - גבול אחריות המבטח		צורך באישור המבטח מראש
			השתתפות עצמית של המבוטח (בש"ח)	החזר המבטח (בש"ח) בפניה לרופא שאינו בהסכם*	
D8040000	יישור שיניים חלקי למשנן מבוגר	הזכאות לטיפול יישור שיניים הוא אחד לתקופת ביטוח.	1812.65	2848.46	כן
D8090000	יישור שיניים מלא למשנן מבוגר				כן
	תיק צילומים אורתודונטיים	הזכאות לתיק צילומים הוא אחד לתקופת הביטוח	200.00	370.00	לא
D7280000	חשיפת שן כלואה מסיבות אורתודונטיות, כולל הדבקת סמכים	אחת לשן לתקופת ביטוח	ישולם באופן פרטי ויוחזר תשלום כנקוב בעמודת ההחזר אצל רופא שאינו בהסכם	517.35	כן
*לרופא שאינו בהסכם - החזר המבטח יהיה בגובה 75% מהתשלום בפועל לפי חשבוניות, אך לא יותר מסכום ההחזר הנקוב בטבלה לעיל לצד כל טיפול, הנמוך ביניהם.					

