



ביטוח בריאות קבוצתי

לחברי הסתדרות המורים בישראל

ובני משפחותיהם

הראל
ביטוח ופיננסים

מקדם בריאות
כי נברואה קבוצת אכל

הסתדרות המורים
מאז 1903

עובדי הוראה, גמלאים ובני משפחה יקרים,

אני שמחה לבשר לכם על חידוש פוליסת ביטוח בריאות קבוצתית לחברי הסתדרות המורים ובני משפחותיהם - "מקדם בריאות" באמצעות הראל חברה לביטוח.

תכנית "מקדם בריאות" מהווה נדבך מרכזי וחשוב במערך תנאי הרווחה של חברי הסתדרות המורים.

הסתדרות המורים, בסיוע צוות מומחים ויועצים מקצועיים, גיבשה תכנית ביטוח מקיפה המותאמת להוראות הרגולציה, ונותנת מענה להתפתחות בעולם ביטוחי הבריאות, הרפואה והטכנולוגיה.

אנו נמשיך ונקפיד לעדכן את תנאי הפוליסה והשירות למבוטחים, במטרה להבטיח לכל אחת ואחד מכם ביטחון ושקט נפשי.

לאור המציאות שאנו חווים בתקופה זו, אני ממליצה למי מחברינו, שעדיין לא הצטרף ל"מקדם בריאות" לבחון את תנאי הביטוח והאפשרות להצטרף לביטוח.

בחוברת תוכלו למצוא את כל תנאים והכיסויים של פוליסת "מקדם בריאות" במתכונתה החדשה. חשוב שיהיה, כדי שלא נצטרך.

בברכת בריאות איתנה ואריכות חיים

יפה בן דויד, מזכ"לית

הסתדרות המורים בישראל

תוכן עניינים

4	גילוי נאות
39	פוליסת "מקדם בריאות"
39	פרק א': הגדרות כלליות
44	פרק ב': חריגים כלליים אשר יחולו על כל פרקי הפוליסה
46	פרק ג': תנאים כלליים אשר חלים על כל פרקי הביטוח
61	פרק ד': השתלות וטיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל
68	פרק ה': ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל
72	פרק ו': תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות
76	פרק ז': ביטוח ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - משלים לשב"ן
79	פרק ח': מחלקה ראשונה - שירותים נלווים במקרה של ביצוע ניתוח
81	פרק ט': בדיקות לנשים בהריון וטיפולי פוריות
83	פרק י': מרפאת מומחים
84	פרק י"א: רפואה משלימה ויעוץ דיאטטי
85	פרק י"ב: יעוץ פסיכולוגי ופסיכיאטרי
86	פרק י"ג: בדיקות רפואיות אבחוניות
88	פרק י"ד: שיקומית
90	פרק ט"ו: אשפוזית - שירותי אשפוז בבית חולים שלא לצורך ניתוח
91	פרק ט"ז: כתב שירות - "רופא מלווה אישי"
102	פרק י"ז: אבחון מהיר
103	פרק י"ח: פיצוי והשתתפות בהוצאות רפואיות במקרה של גילוי מחלה קשה
108	פרק י"ט: כיסוי מיוחד לילדים
109	פרק כ': כתב שירות - "רפואה אישית און ליין"
116	פרק כ"א: טיפול להקלה בכאב
117	פרק כ"ב: טכנולוגיות רפואיות מתקדמות
119	פרק כ"ג: השתתפות בהוצאות טיפולי שיניים
138	רשת המומחים של הראל

גילוי נאות

מוקד שירות "מקדם בריאות" טל': 03-9294410	כתובת הדואר האלקטרוני בריאות: poliso@harel-ins.co.il שניים: services@harel-ins.co.il	כתובת למשלוח דואר אבא הלל 3, ת"ד 1951, רמת גן 5211802	כתובת אתר האינטרנט www.harel-group.co.il
--	--	---	---

תמצית תנאי הביטוח - ביטוח בריאות קבוצתי לחברי הסתדרות המורים ובני משפחותיהם

תמצית פרטי הפוליסה	
שם הביטוח	פוליסת מקדם הבריאות לביטוח בריאות לחברי הסתדרות המורים ובני משפחותיהם.
סוג הביטוח	<p>פרק ד': השתלות וטיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל</p> <p>פרק ה': ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל</p> <p>פרק ו': תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות</p> <p>פרק ז': ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל משלים שב"ן*</p> <p>פרק ח': מחלקה ראשונה - שירותים נלווים במקרה של ביצוע ניתוח</p> <p>פרק ט': בדיקות לנשים בהריון וטיפולי פוריות</p> <p>פרק י': מרפאת מומחים</p> <p>פרק י"א: רפואה משלימה וייעוץ דיאטטי</p> <p>פרק י"ב: ייעוץ פסיכולוגי ופסיכיאטרי</p> <p>פרק י"ג: בדיקות רפואיות אבחוניות</p> <p>פרק י"ד: שיקומית</p> <p>פרק ט"ו: אשפוזית - שירותי אשפוז בבית חולים שלא לצורך ניתוח</p> <p>פרק ט"ז: כתב שירות - רופא מלווה אישי</p> <p>פרק י"ז: אבחון מהיר</p> <p>פרק י"ח: פיצוי והשתתפות בהוצאות רפואיות במקרה של גילוי מחלה</p> <p>פרק י"ט: כיסוי מיוחד לילדים</p> <p>פרק כ': כתב שירות - רפואה אישית און ליין</p> <p>פרק כ"א: טיפול להקלה בכאב</p> <p>פרק כ"ב: טכנולוגיות רפואיות מתקדמות</p> <p>פרק כ"ג: השתתפות בהוצאות טיפולי שניים</p> <p>*שב"ן - שירותי בריאות נוספים</p>
תקופת הביטוח	5 שנים, החל מיום 1.4.2021 ועד ליום 31.03.2026.

השתלות וטיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל

כיסוי לשיפוי בגין הוצאות רפואיות ונלוות הקשורות בהשתלה או לטיפול המיוחד כמפורט בפרק, לרבות הוצאות לצוות הרפואי, הוצאות טיסה ושהיה וגמלת החלמה לאחר ביצוע השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל על פי תנאי הפוליסה.

ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל

כיסוי להוצאות רפואיות בחו"ל הקשורות בניתוחים שבוצעו בחו"ל וכן כיסוי להוצאות הנלוות להן.

תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות

כיסוי לרכישת תרופות שאינן כלולות בסל שירותי הבריאות או שאינן מכוסות בסל הבריאות בגין התוויה ועל פי סוגי התרופות המפורטות בפרק זה. כמו כן, ניתן כיסוי לטיפול רפואי הכרוך בנטילת תרופה.

ניתוחים משלים 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.

מחלקה ראשונה

שירותים נלווים במהלך אשפוז ו/או לאחר ביצוע ניתוח, אשר ניתנו למבוטח בתקופת הביטוח לרבות חוות דעת שנייה עם רופא מומחה במהלך אשפוז המבוטח בבית חולים, שכר אחות פרטית, טיפול שיקומי, טיפול פיזיותרפי, אביזרים רפואיים ועוד.

בדיקות לנשים בהריון וטיפולי פוריות

השתתפות בבדיקה שבוצעה במהלך תקופת הביטוח לצורך אבחון מצבה הרפואי, תקינות ההיריון, או אבחון מצבו הרפואי או הגנטי של העובר.

מרפאת מומחים

ביצוע ייעוץ רפואי במהלך תקופת הביטוח.

רפואה משלימה וייעוץ דיאטטי

אפשרות לבצע טיפולים מתחום הרפואה המשלימה - כגון שיאצו, רפלקסולוגיה, על פי הרשימה המצוינת בפרק. מבוטח זכאי לבצע עד 16 טיפולים בשנת ביטוח.

ייעוץ פסיכולוגי ופסיכיאטרי

ייעוץ ו/או טיפול פסיכולוגי שניתן למבוטח במהלך תקופת הביטוח, ע"י פסיכולוג ו/או פסיכיאטר ו/או פסיכותרפיסט ו/או עובד סוציאלי מורשה.

בדיקות רפואיות אבחוניות

ביצוע ייעוץ רפואי או בדיקה רפואית אבחנתית במהלך תקופת הביטוח.

שיקומית

התייעצות עם רופא מומחה שיקומי, ו/או טיפולים שיקומיים שביצע המבוטח במהלך תקופת הביטוח ע"י פיזיותרפיסט או מרפא בעיסוק או מטפל שיקומי, בעלי תעודת הסמכה מהרשויות המוסמכות בישראל, או צורך בשימוש באביזר רפואי, כל זאת על פי הוראת רופא שהבעיה הרפואית בתחום מומחיותו.

אשפוזית - שירותי אשפוז בבית חולים שלא לצורך ניתוח
אשפוזו של מבוטח בבית חולים בתקופת הביטוח בשל תאונה או מחלה, ואשר במהלכו לא בוצע ניתוח. כתב שירות - רופא מלווה אישי

כתב שירות - רופא מלווה אישי
רופא מלווה אישי מאפשר למנוי לקבל לגבי מקרים רפואיים מוגדרים מידע, ייעוץ רפואי נוסף וליווי בתהליך אבחון מחלה, בעת ההחלטה על הטיפול, במהלך שלבי הטיפול הרפואי ובמהלך ההחלמה. למנוי המתמודד עם מצב רפואי או מחלה יצוות מנהל רפואי אישי שהינו רופא מומחה, אחות על פי הצורך ומתאמת שירות אשר ילוו אותו ואת בני משפחתו.

אבחון מהיר
שירות הניתן במסגרת בית חולים פרטי בישראל הכולל: שירות "רופא ממיין" הכולל פגישת יעוץ עם רופא, איסוף מידע, אבחון ראשוני, והפניה ליעוץ רפואי מקצועי ו/או לביצוע בדיקות אבחוניות, יעוץ ע"י רופאים מומחים, ביצוע בדיקות אבחון ופיענוחן. פגישת סיכום עם רופא הממיין ומתן המלצות להמשך טיפול.

פיצוי והשתתפות בהוצאות רפואיות במקרה של גילוי מחלה קשה
פיצוי בגין מקרה של גילוי מלה קשה או אירוע חמור המפורטים הפוליסה ושיפוי במקרה של גילוי מחלה קשה עבור הוצאות רפואיות מיוחדות, כגון טיפול או שירות רפואי, מניעת הישנות המחלה שניתנו למבוטח בישראל או בחו"ל.

כיסוי מיוחד לילדים
הפרק כולל: כיסוי לפיצוי בגין היעדרות מלימודים, אבחון בעיות התפתחות ילדים/ליקויי למידה וטיפול בבעיות התפתחות בילדים.

רפואה פרטית באון ליין
שירות זה מאפשר למנוי לקבל ייעוץ רפואי מקוון בשיחת וידיאו, באמצעות טלפון חכם, מחשב או טאבלט, עם רופא בתחום המשפחה והילדים ועם רופא מומחה בתחומים הקבועים להלן והמשך טיפול במרפאות לרפואה ראשונית במידת הצורך לפי קביעת הרופא המייעץ.

טיפולים להקלה בכאב
טיפולים לצורך הקלה בכאב, או טיפולים בתסמינים (סימפטומים) של מחלה, פגיעה, פגם או עיוות אצל המבוטח, באמצעות טכנולוגיות מכל סוג שהוא, לרבות ומבלי למצות: באמצעות טיפול תרופתי, הזרקות או הזלפות חומרים משככי כאב, לרבות תחת רנטגן או טומוגרפיה, טיפולים באמצעות גלי הלם רדיו או לייזר מכל סוג שהוא, השתלת קוצב או משאבה, טיפול בתא לחץ, או כל טיפול אחר או שילוב של טיפולים, עפ"י המלצת רופא נירולוג או מומחה לכאב, או מומחה שהבעיה הרפואית הינה בתחום מומחיותו.

תיאור
הביטוח

טכנולוגיות רפואיות מתקדמות
ביצוע הליך רפואי בישראל או בחו"ל, במהלך תקופת הביטוח באמצעות טכנולוגיה או מכשור רפואי המאפשרים לשימוש ע"י הרשויות המוסמכות במדינות בהן ההליך הרפואי בוצע, בין אם אלה כלולים בסל הבריאות במועד ביצועם ובין אם לאו, אשר מטרתם אבחון מצב רפואי, טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה או טיפול בסימפטומים של כל אחד מאלה.

השתתפות בהוצאות טיפולי שיניים
השתתפות בהוצאות עבור טיפולי שיניים המבוצעים למבוטח אצל נותן שירות שבהסכם עם המבוטח, או המבוצעים במרפאות שאינן בהסכם עם המבוטח: טיפולים משמרים, טיפולי וניתוחי חניכיים, טיפולים לשיקום הפה, טיפולים בכירורגיה פה ולסת, שתלים ושיקום על גבי שתלים דנטאליים וטיפולי יישור שיניים לילדים.

הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים (חריגים בפוליסה)

באירוע ביטוחי בגין מצב רפואי קודם וכן, במקרים המפורטים בסעיפים בתנאי הפוליסה:

חריגים כללים לפוליסה - [פרק ב'](#).

פרק ד' - השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל - [סעיף 5](#)

פרק ה' - ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל - [סעיף 5](#)

פרק ו' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות - [סעיף 6](#)

פרק ז' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - משלים שב"ן - [סעיף 6](#).

פרק י' - מרפאת מומחים - [סעיף 2.6](#).

פרק י"א - רפואה משלימה ויעוץ דיאטטי - [סעיף 4](#).

פרק י"ג - בדיקות רפואיות אבחוניות - [סעיף 4](#).

פרק י"ד - שיקומית - [סעיף 3.6](#).

פרק ט"ז - כתב שירות "רופא מלווה אישי" - [סעיף 2.25](#).

פרק י"ח - פיצוי והשתתפות בהוצאות רפואיות במקרה של גילוי מחלה קשה - [פרק ב' וסעיף 4.3](#).

פרק כ' - כתב שירות רפואה אישית און ליין - [סעיף 5](#).

פרק כ"א - טיפול להקלה בכאב - [סעיף 4](#).

פרק כ"ב - טכנולוגיות רפואיות מתקדמות - [פרק ב' וסעיף 5](#).

פרק כ"ג - השתתפות בהוצאות טיפולי שיניים - [סעיף 9](#).

באפשרותך לפנות לחברה לקבלת מידע מפורט בעניין זה.

תמצית פרטי הפוליסה	
<p>גובה הפיצוי הכספי שאקבל</p> <p>פרק ד' השתלות וטיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל, סעיף 3.1.2 פיצוי בגובה 360,000 ₪ במקרה של מצבו הרפואי של המבוטח מחייב ביצוע השתלה מתוך רשימת האיברים המנויה בסעיף 3.1.2 בפוליסה.</p> <p>סעיף 3.3.16, פיצוי בגובה 10,000 ₪ עבור טיפול מיוחד בחו"ל.</p> <p>פרק ה' ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל, סעיף 3.7, פיצוי חד פעמי בגובה 200,000 ₪ בגין מוות כתוצאה ישירה מניתוח במהלך 7 הימים מהיום שבו בוצע הניתוח.</p> <p>פרק י"ח פיצוי והשתתפות בהוצאות רפואיות במקרה של גילוי מחלה קשה, פיצוי חד פעמי בגובה 50,000 ₪ במקרה של אירוע או מחלה המזכים בפיצוי.</p>	
<p>פרק ז' ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל משלים שב"ן, תקופת אכשרה של 90 ימים לניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצות. לגביי הריון או לידה תהיה תקופת אכשרה 12 חודשים.</p> <p>פרק ט' בדיקות לנשים בהריון וטיפולי פוריות, תקופת אכשרה של 9 חודשים.</p> <p>פרק י' מרפאת מומחים, תקופת אכשרה של 3 חודשים.</p> <p>פרק י"א רפואה משלימה וייעוץ דיאטטי, תקופת אכשרה של 3 חודשים.</p> <p>פרק י"ב ייעוץ פסיכולוגי ופסיכיאטרי, תקופת אכשרה של 3 חודשים.</p> <p>פרק י"ג בדיקות רפואיות אבחוניות, תקופת אכשרה של 3 חודשים.</p> <p>פרק ט"ו אשפוזית - שירותי אשפוז בבית חולים שלא לצורך ניתוח, תקופת אכשרה של 3 חודשים.</p> <p>פרק י"ז אבחון מהיר, תקופת אכשרה של 6 חודשים.</p> <p>פרק י"ט כיסוי מיוחד לילדים, תקופת אכשרה של 12 חודשים.</p> <p>פרק כ"א טיפול להקלה בכאב, תקופת אכשרה של 6 חודשים.</p> <p>פרק כ"ג השתתפות בהוצאות טיפולי שיניים - תקופת אכשרה של 12 חודשים לטיפול שיקום הפה (פרותטיים) ולשתלים ושיקום על גביי שתלים דנטאליים.</p>	<p>אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)</p>

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

פרק א' השתלות וטיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל, השתתפות עצמית של 20% עבור הוצאות מגורים וכלכלה ועד התקרה הנקובה בפרק.

פרק ה' ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחול, השתתפות עצמית של 20% עבור ייעוץ אחד עם המנתח ועד 2,500 ₪ לאחר שובו של המבוטח לישראל וכיסוי הוצאות שהייה של מלווה בגובה 20% ועד 1,000 ₪ ליום ועד תקרה של 30 ימים.

פרק ו' תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות, השתתפות של 250 ₪ למרשם. מעבר לשני מרשמים ללא תחול השתתפות עצמית.

כמו כן, במקרה של תרופה שעלות מנה חודשית של תעלה מעל 2,500 ₪ או תרופה לצורך טיפול במחלת הסרטן לסוגיה, לא תחול השתתפות עצמית. השתתפות עצמית של 20% עבור ויטמינים ו/או תוספי מזון לטיפול במחלת הסרטן.

פרק ח' מחלקה ראשונה - שירותים נלווים במקרה של ביצוע ניתוח, השתתפות עצמית של 20% ועד התקרה הנקובה בכל סעיף בפרק.

פרק ט' בדיקות לנשים בהריון וטיפול פוריות, השתתפות של 40% ועד התקרה הנקובה בכל סעיף בפרק.

פרק י' מרפאת מומחים, השתתפות עצמית של 20% ועד התקרה הנקובה לכל סעיף בפרק.

פרק י"א רפואה משלימה וייעוץ דיאטטי, השתתפות של 40% ועד 121 ₪ לטיפול או התייעצות.

פרק י"ב ייעוץ פסיכולוגי ופסיכיאטרי, השתתפות של 40% ועד 182 ₪.

פרק י"ג בדיקות רפואיות אבחוניות, השתתפות של 20% ועד לתקרה הנקובה לכל סעיף בפרק.

פרק י"ד שיקומית, השתתפות של 40% ועד התקרה הנקובה בכל סעיף בפרק.

פרק ט"ו אשפוזית שירותי אשפוז בבית חולים שלא לצורך ניתוח, השתתפות של 20% במקרה של אשפוז רצוף בבית חולים בישראל מחמת מחלה או תאונה (לא ניתוח) ועד תקרה של 505 ₪.

פרק ט"ז כתב שירות - "רופא מלווה אישי", השתתפות של 380 ₪.

פרק י"ז אבחון מהיר, השתתפות של 20% ועד תקרה של 600 ₪.

פרק י"ח פיצוי והשתתפות בהוצאות רפואיות במקרה של גילוי מחלה קשה, השתתפות של 20% מההוצאה בפועל ועד תקרה של 101,095 ₪ עבור הוצאות רפואיות שבוצעו בישראל או בחו"ל במהלך 36 חודשים ממועד קרות מקרה הביטוח.

פרק י"ט כיסוי מיוחד לילדים, השתתפות של 40% ועד התקרה הנקובה ליד כל סעיף בפרק.

פרק כ' כתב שירות - רפואה אישית און ליין, השתתפות עצמית של 90 ₪ עבור איסוף מידע לקראת ייעוץ רפואי מקוון ממומחים. עבור כל ייעוץ רפואי מקוון ישלם המנוי, השתתפות עצמית בסך 100 ₪.

פרק כ"א טיפול להקלה בכאב, השתתפות עצמית של 20% עד 20,000 ₪.

פרק כ"ג הוצאות טיפולי שיניים, השתתפות העצמית עבור כל טיפול אשר נקובה בטבלת הטיפולים.

תמצית פרטי הפוליסה		
חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי הבריאות הנוספים של קופות החולים.		האם קיימים כיסויים חופפים בביטוח המשלים של קופות החולים
דמי הביטוח החודשיים בש"ח ואופן תשלום דמי הביטוח יהיו:		עלות הביטוח
גיל המבוטח	פרמיה חודשית	אופן הגבייה
ילד עד גיל 21	36.00 ₪	אמצעי גבייה אישי
22-40	73.44 ₪	
41-55	113.76 ₪	
56-65	169.92 ₪	
66+	259.20 ₪	
(לפי המדד שפורסם ביום 15.03.2021).		
דמי הביטוח ישתנו בהתאם לדמי הביטוח לפי קבוצת הגיל אליה משתייך המבוטח על פי טבלת השתנות הפרמיה המצורפת לפוליסה/להסכם ובהתאם לגילו של המבוטח בראשון לחודש יום ההולדת.		
שים לב! מחיר הביטוח עלול להשתנות בהתאם למצבך הרפואי.		
לאחר 18 חודשים ממועד תחילת הביטוח, וכעבור 24 חודשים נוספים יש אפשרות לבצע התאמת דמי הביטוח על פי תנאי הפוליסה.		שינוי הפרמיה במהלך תקופת הביטוח

מדד הפוליסה שפורסם ביום 15.03.2021.

תמצית תיאור הכיסויים בפוליסה			
פרק ד' - השתלות וטיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל			
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	ההשתתפות העצמית
ביצוע השתלה בחו"ל למען הסר ספק, בעת קרות מקרה הביטוח (השתלה), יוכל המבוטח לבחור באחת משתי האפשרויות לתגמולי ביטוח המפורטות בסעיפים 3.1.1 ו-3.1.2 ולהודיע על בחירתו בכתב לחברה.	<p>השתלה לפי סעיף 1.4 - ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, שחלה, מעי, רחם וכל שילוב ביניהם.</p> <p>השתלת איבר מלאכותי ו/או איבר מבעל חי, ו/או איבר שגודל או פותח או הודפס באמצעים טכנולוגיים אחרים או השתלת של מח עצמות ו/או תאי אב מדם היקפי או דם טבורי שמקורו מתורם אחר או מתרומה עצמית של המבוטח.</p> <p>בגין ביצוע השתלה יכוסו הוצאות רפואיות והוצאות נלוות לרבות אשפוז בחו"ל עד 365 יום לאחר הביצוע, הוצאות שהייה, טיפולי המשך ועוד.</p> <p>סעיף 3.1.2 - פיצוי חד פעמי להשתלה במקרה ומצבו הרפואי של המבוטח מחייב ביצוע השתלה.</p>	<p>סעיף 3.1.1.1 - השתלה בתיאום עם המבטח - כיסוי מלא אצל נותן שירות שבהסכם עבור השירותים המפורטים בסעיף 3.3.</p> <p>סעיף 3.1.1.2 - השתלה שלא בתיאום עם המבטח - עד לסך של 4,500,000 ₪ אצל נותן שירות שלא בהסכם, בעלות השירותים המפורטים בסעיף 3.3.</p> <p>סעיף 3.1.2.2 - פיצוי חד פעמי בסך 360,000 ₪ עבור רשימת האיברים בסעיף 1.4.1.</p>	
טיפול מחליף ניתוח	<p>סעיף 1.5 - טיפול רפואי, בכל טכניקה או טכנולוגיה, שאינה כלולה בהגדרת ניתוח, אשר צפוי להביא למטרה דומה לזו שהניתוח נועד לו, או למנוע ביצועו.</p>	<p>סעיף 3.2.1 - בתיאום עם המבטח - כיסוי מלא אצל נותן שירות שבהסכם עבור השירותים המפורטים בסעיף 3.3 בפרק.</p> <p>סעיף 3.2.2 - שלא בתיאום עם המבטח - עד לסך של 1,200,000 ₪ אצל נותן שירות שלא בהסכם עבור השירותים המפורטים בסעיף 3.3 בפרק.</p>	
טיפול רפואי מיוחד בחו"ל	<p>סעיף 1.5 - תשלום בגין הוצאות רפואיות לביצוע טיפול מיוחד בחו"ל כמפורט בתנאי הפוליסה.</p>	<p>סעיף 3.2.1 - בתיאום עם המבטח - כיסוי מלא אצל נותן שירות שבהסכם.</p> <p>סעיף 3.2.2 - שלא בתיאום עם המבטח - עד לסך של 1,200,000 ₪ אצל נותן שירות שלא בהסכם.</p>	

ההשתתפות העצמית	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	תיאור הכיסוי	שם הכיסוי
	<p>סעיף 3.4.1 למבוטח מעל גיל 21, לאחר השתלה לפי סעיף 1.4.1, גמלה חודשית בגובה 7,000 ₪ מיום ביצוע ההשתלה ועד 24 חודשים.</p> <p>סעיף 3.4.2 - למבוטח מעל גיל 21, לאחר השתלה לפי סעיף 1.4.2, גמלה חודשית בגובה 7,000 ₪ מיום ביצוע ההשתלה ועד 6 חודשים.</p>	<p>סעיף 3.4.1 לאחר ביצוע השתלה.</p> <p>סעיף 3.4.2 לאחר ביצוע השתלה.</p>	<p>גמלת החלמה לאחר ביצוע השתלה בארץ או בחו"ל</p>
	<p>סעיף 3.4.3 למבוטח מעל גיל 21, גמלה החלמה חודשית בגובה 2,400 ₪ ממועד השחרור מאשפוז בבית החולים ועד 6 חודשים.</p> <p>סעיף 3.4.4 למבוטח עד גיל 21 גמלה החלמה בשיעור 50% מהסכומים הנקובים בסעיף 3.4.1 - 3.4.2 לפרק.</p>	<p>סעיף 3.4.3 - לאחר ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל.</p> <p>סעיף 3.4.4</p>	<p>גמלת החלמה לאחר ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל</p>
	<p>קצבה חודשית בגובה 3,500 ₪ לתקופה שעד לביצוע ההשתלה בפועל ולא יותר מ-6 חודשים.</p>	<p>סעיף 4 - קצבה חודשית למועמד להשתלה.</p>	<p>קצבה חודשית למועמד להשתלה</p>
<p>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.</p>			<p>הערות</p>

פרק ה' - ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל

מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	תיאור הכיסוי	שם הכיסוי
<p><u>סעיף 2.1.2.1.1</u> - במקרה של ניתוח שתואם עם המבטח - שיפוי מלא עבור הוצאות רפואיות הקשורות בניתוח.</p> <p><u>סעיף 2.1.2.1.2</u> - במקרה של ניתוח אשר לא תואם מראש עם המבטח - שיפוי בשיעור עד 300% מעלות שירותי ניתוח ואשפוז עבור ביצוע ניתוח דומה בישראל, כפי שמתפרסם באתר האינטרנט של המבטח.</p>	<p>סעיפים 2 ו-3 בפרק - שיפוי עבור הוצאות רפואיות בביצוע ניתוח בחו"ל, וכן להוצאות נוספות, בין היתר עבור הטסה רפואית, הטסת גופה ועוד.</p>	<p>הוצאות הקשורות בניתוח שבוצע בחו"ל</p>
<p>הוצאות שהייה - עד 1,000 ש"ח ליום למלווה ועד 30 ימים בכפוף להשתתפות עצמית של 20%.</p> <p>במקרה של מבוטח שגילו מתחת לגיל 18 שנה, ישתתף המבטח בהוצאות שהייה עבור שני מלווים.</p>	<p><u>סעיף 3.3</u> בפרק - הוצאות שהייה במקרה ותקופת האשפוז לאחר הניתוח תעלה על 5 ימים רצופים.</p>	<p>הוצאות שהייה</p>
<p>כיסוי מלא.</p>	<p><u>סעיף 3.5</u> בפרק הוצאות הטסת גופה לישראל לאחר ניתוח אם נפטר חו"ח המבוטח בעת שהותו בחו"ל לצורך ביצוע הניתוח.</p>	<p>כיסוי להוצאות הטסת גופה</p>
<p><u>סעיף 2.2.3.1</u> - טיפול מחליף ניתוח שבוצע בחו"ל ואושר מראש ותואם עם המבטח - שיפוי מלא.</p> <p><u>סעיף 2.2.3.2</u> - טיפול מחליף ניתוח שבוצע בחו"ל ואשר לא אושר ותואם מראש עם המבטח - השיפוי המרבי בגין הטיפול ו/או סדרת טיפולים, יהיה בשיעור 200% מעלות ביצוע ניתוח, אותו בא הטיפול המחליף ניתוח להחליף, אם היה מבוצע בישראל.</p>	<p><u>סעיף 1.2</u> בפרק - טיפול מחליף ניתוח המבוצע בחו"ל.</p>	<p>טיפול מחליף ניתוח בחו"ל</p>
<p>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.</p>		<p>הערות</p>

פרק ו' - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	ההשתתפות העצמית
תרופות שאינן נכללות בסל שירותי הבריאות	<p><u>סעיף 2</u> בפרק - שיפוי בגין רכישת תרופות שאינן נכללות בסל הבריאות וכלולות ברשימת התרופות המאושרות על פי התוויה רפואית למצבו של המבוטח, או</p> <p>תרופות הכלולות בסל להתוויה רפואית שונה מזו של המבוטח, אך אושרו להתוויה הנדרשת, בישראל או על ידי הרשויות המוסמכות באחת המדינות המוכרות, או</p> <p>תרופות OFF LABEL או תרופות יתום, או</p> <p>טיפול תרופתי מיוחד וטיפול תרופתי בהתאמה אישית כהגדרתן פרק זה.</p>	<p>סכום ביטוח מרבי של 4,000,000 ₪ עבור סעיפים 2.1 - 2.4 בפרק.</p> <p>סכום מרבי של 1,000,000 ₪ עבור סעיפים 2.5.1 - 2.5.6 (טיפול תרופתי מיוחד וטיפול תרופתי בהתאמה אישית).</p> <p>בסכומים המוזכרים לעיל כרוכה ההוצאה לרכישת תרופה ו/או טיפול הרפואי הכרוך במתן תרופה.</p>	<p>250 ₪ בגין כל מרשם, ועד 2 מרשמים של תרופות שונות לכל היותר בחודש.</p> <p>מעבר לשני מרשמים המבוטח פטור מהשתתפות עצמית.</p> <p>אם עלות מנה חודשית מעל 2,500 ₪ - המבוטח פטור מהשתתפות עצמית.</p> <p>לא תהא השתתפות עצמית עבור טיפול תרופתי לצורך טיפול במחלת הסרטן.</p>
ויטמינים ו/או תוספי מזון לטיפול במחלת הסרטן	<p><u>סעיף 4.3</u> בפרק - החזר עבור תוספי מזון וויטמינים ומינרלים הניתנים בשילוב תרופתי לטיפול במחלת הסרטן שהתגלתה במהלך תקופת הביטוח.</p>	<p>כיסוי עד 1,000 ₪ לכל חודש ולתקופה מרבית בת 36 חודשים ממועד גילוי המחלה.</p>	<p>20% השתתפות עצמית.</p>
הערות	<p>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.</p>		

פרק ז' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - משלים שב"ן		
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
התייעצות אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח	סעיף 3.1 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	<p>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.</p> <p>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.</p>	

פרק ח' - מחלקה ראשונה - שירותים נלווים במקרה של ביצוע ניתוח

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית
חוות דעת שנייה עם רופא מומחה במהלך אשפוז המבוטח בבית חולים	סעיף 2.1 - החזר עבור חוות דעת שנייה שניתנה לגבי המבוטח בעת אשפוזו בבית חולים, ע"י רופא מומחה שאינו נמנה עם צוות הרופאים בבית החולים בו הוא מאושפז, ופגישת הייעוץ נערכה בבית החולים בו המבוטח אושפז.	כיסוי עד 1,213 ₪ פעם אחת בכל אשפוז.	20% מההוצאה בפועל
שכר אחות פרטית בבית חולים בישראל לאחר ביצוע ניתוח	סעיף 2.2.1 לפרק - החזר בגין עלות שירותי שמירה וכח עזר, שלא ע"י בן משפחה, בעת שהותו של המבוטח בבית חולים בישראל. סעיף 2.2.2 לפרק - החזר בגין אח/אחות מוסמכת לטיפול במבוטח בביתו לאחר השחרור מבית החולים.	כיסוי עד 505 ₪ ליום אשפוז, מיום ביצוע הניתוח ועד 14 ימי אשפוז. כיסוי עד 202 ₪ ליום ועד תקופה מרבית של 30 ימים, ממועד השחרור מבית חולים בכפוף להמלצת רופא מומחה.	20% מההוצאה בפועל
טיפול שיקומי	סעיף 2.3 לפרק - החזר עבור שירותי פיזיותרפיה ושיקום שניתנו למבוטח בבית החולים לאחר ביצוע הניתוח.	כיסוי עד תקרה של 202 ₪ לטיפול עד 16 טיפולים.	אין.
החלמה ו/או שיקום לאחר ניתוח	סעיף 2.4 לפרק - החזר עבור ימי החלמה לאחר שבוצעו במבוטח ניתוח לב פתוח או ניתוח מוח או ניתוח גב או השתלה, או ניתוח אחר אשר כתוצאה ממנו היה מאושפז בבית חולים לתקופה של 5 ימי אשפוז מלאים ורצופים, או לאחר אירוע לב, או אירוע רפואי אחר שבגיניו אושפז לתקופה של 7 ימי אשפוז מלאים ורצופים.	כיסוי עד 556 ₪ לכל יום החלמה, ולתקופה שלא תעלה על 14 ימים בבית החלמה או שיקום המוכר ככזה ע"י נותן שירותים רפואיים.	20% מההוצאה בפועל
טיפול פיזיותרפי וטיפול שיקום	סעיף 2.5 לפרק - החזר עבור טיפול פיזיותרפי, ו/או ריפוי בעיסוק, ו/או טיפולי שיקום, שניתנו למבוטח לאחר ביצוע ניתוח שלא במסגרת אשפוז. הטיפול יינתן עפ"י הוראת רופא שהבעיה הינה בתחום מומחיותו.	כיסוי עד 202 ₪ לטיפול ועד 20 טיפולים.	20% מההוצאה בפועל
התעמלות שיקומית	סעיף 2.6 לפרק - החזר עבור התעמלות שיקומית לאחר ביצוע ניתוח.	כיסוי עד 202 ₪ לחודש ועד 12 חודשים.	20% מההוצאה בפועל

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית
סיוע וטיפול סיעודי לאחר ניתוח	סעיף 2.7 לפרק - החזר עבור שירותי סיוע או טיפול סיעודי.	כיסוי עד 202 ש ליום עבור שירותי סיוע או טיפול סיעודי ממועד השחרור מבית החולים ועד 60 ימים.	אין.
פיצוי בגין תקופת אשפוז ארוכה	סעיף 2.8 לפרק - החזר עבור תקופת אשפוז רציפה בת 4 ימים למבוטח שגילו מתחת לגיל 65.	כיסוי עד 253 ש עבור כל יום אשפוז, החל מיום האשפוז החמישי ולמשך 4 ימי אשפוז לכל היותר.	אין.
סיוע לבני המשפחה במקרה של אשפוז המבוטח	סעיף 2.9 - החזר עבור הוצאות שהייה של כלל בני משפחתו (בן/ת זוג, ילדים או הורים המתגוררים עמו) במלונית או בית מלון למשך תקופת האשפוז.	כיסוי עד 505 ש לכל יום אשפוז ועד 14 ימים לכל תקופת אשפוז רציפה. הזכאות הינה לעד שתי תקופות אשפוז בכל שנת ביטוח.	20% מההוצאה בפועל
אביזרים רפואיים	סעיף 2.10 - החזר עבור רכישת אביזר רפואי לאחר ביצוע ניתוח.	כיסוי עד 5,560 ש ועד 6 חודשים לאחר ביצוע הניתוח.	20% מההוצאה בפועל
שירותי הסעה באמבולנס והיטס רפואי בישראל	סעיף 2.11 - החזר עבור שירותי הסעה באמבולנס והיטס רפואי בישראל לצורך אבחון רפואי או טיפול רפואי בנסיבות בהם השירות אינו כלול בסל השירותים על פי חוק בריאות ממלכתי.	הזכאות להשתתפות המבוטח מותנית בקיומה של המלצה מאת רופא על הצורך הרפואי בנסיעה באמבולנס.	השתתפות המבוטח הינה לפי התעריף הרשמי הקיים באותה עת בשירותי מגן דוד אדום.
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 ט' - בדיקות לנשים בהריון וטיפול פוריות

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ²	השתתפות עצמית
בדיקות לנשים בהריון	סעיף 1 לפרק - החזר עבור כל בדיקה שבוצעה במהלך תקופת הביטוח לצורך אבחון מצבה הרפואי, תקינות ההיריון, או אבחון מצבו הרפואי או הגנטי של העובר.	כיסוי עד 4,044 ש"ח עבור כל הבדיקות יחד בכל הריון. במקרה של תאומים או יותר עד תקרת כיסוי בגובה 6,066 ש"ח לכל הריון.	סעיף 7 - 9 חודשים.	40% השתתפות עצמית
בדיקות גנטיות טרם ההיריון	סעיף 2 לפרק - החזר עבור בדיקות גנטיות שבוצעו במבטוח/ת במהלך תקופת הביטוח, טרם הריון, לשלילת טרם הריון, מומים מולדים, במקרים בהם הבדיקה אינה ממומנת ע"י הסל הבסיסי או משרד הבריאות.	כיסוי עד 1,264 ש"ח לכל מבטוח, פעם אחת בתקופת ביטוח.	סעיף 7 - 9 חודשים.	40% השתתפות עצמית
טיפול פוריות והפריה חוץ גופית	סעיף 3 לפרק - החזר עבור טיפולי פוריות או הפריה שבוצעו, במהלך תקופת הביטוח, בגופה של מבטוחת עקב אי יכולת להרות מסיבה רפואית.	כיסוי עד 10,000 ש"ח לכל הניסיונות להרות (כל הטיפולים עד היוולדו של תינוק), עבור כל הריון, עד הולדת ילד ראשון ו/או שני בלבד. אם בוצע הטיפול בחו"ל - עד תקרה של 20,000 ש"ח.	סעיף 7 - 9 חודשים.	40% השתתפות עצמית
ניתוח לצורך פרייון והפריה	סעיף 3.6 לפרק - החזר עבור פרייון והפריה.	כיסוי מלא ובתנאי שהטיפול אינו מכוסה על פי פרק ז' - ניתוחים וטיפולי מחליפי ניתוח בישראל ומבוצע ע"י נותן שירות שבהסכם עם המבטח.	סעיף 7 - 9 חודשים.	אין.

² תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבטוח (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
מעקב הריון	סעיף 4 לפרק - החזר עבור ביקור אצל רופא מומחה לצורך מעקב הריון.	כיסוי עד 364 ₪ לכל ביקור ועד 3 ביקורים במהלך כל הריון.	סעיף 7 - 9 חודשים.	40% השתתפות עצמית
שמירת הריון באשפוז	סעיף 5 לפרק - החזר עבור אשפוז בבית חולים כתוצאה מסיבוכי הריון או עקב סכנה לבריאות האישה ההרה או עובר, לתקופת אשפוז רציפה העולה על 7 ימים.	כיסוי עד 101 ₪ לכל יום אשפוז החל מיום האשפוז השמיני ולתקופה מרבית בת 21 ימי אשפוז רצופים ועד 5,055 ₪ לכל הריון.	סעיף 7 - 9 חודשים.	אין.
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 י' - מרפאת מומחים				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ³	השתתפות עצמית
התייעצות עם רופא מומחה	סעיף 2 לפרק - החזר בגין התייעצות עם רופא מומחה וכן ייעוץ ברפואה ראשונית הניתנים ע"י רופא משפחה או רופא ילדים מומחה.	כיסוי עד ל-800₪ להתייעצות ועד 5 כ"ס התייעצויות לשנת ביטוח למבוטח.	3 חודשים.	20% מההוצאה בפועל
חוות דעת שנייה עם רופא מומחה במהלך אשפוז המבוטח בבית חולים ציבורי	סעיף 3 לפרק - החזר עבור חוות דעת שנייה ע"י רופא מומחה שאינו נמנה עם צוות הרופאים בבית החולים בו אושפז המבוטח, בעת שהותו באשפוז.	כיסוי עד 800₪, פעם אחת בכל אשפוז. במקרה שחו"ד כרוכה בהגעת הרופא לבית החולים, תקרת הכיסוי עד לסך של 1,600₪.	3 חודשים.	20% מההוצאה בפועל
חוות דעת רפואית נוספת בחו"ל	סעיף 4 לפרק - החזר עבור התייעצות עם רופא מומחה ו/או מרכז רפואי בחו"ל.	כיסוי עד 7,000₪ ופעם אחת בכל תקופת הביטוח.	3 חודשים.	20% 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.			

³תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

פרק י"א - רפואה משלימה וייעוץ דיאטטי				
שם השירות	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	זמן מתחילת אחרי כמה הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ⁴	השתתפות עצמית
טיפול רפואה משלימה וייעוץ דיאטטי	סעיף 2 לפרק - החזר הוצאות בגין קבלת טיפולי רפואה משלימה, עפ"י הפניית רופא בכתב: הומיאופתיה, אקופונקטורה, כירופרקטיקה, אוסטיאופתיה, רפלקסולוגיה, שיאצו, ייעוץ דיאטטי, פלדנקר׳׳ז, נ ביו-פידבק. נטורופתיה, הרבולוגיה, שיטת פאולה, שיטת אלכסנדר.	עד 121 ₪ לטיפול ועד 16 טיפולים או התייעצויות בשנת ביטוח.	3 חודשים.	40% ההוצאה בפועל

פרק י"ב - ייעוץ פסיכולוגי ופסיכיאטרי				
שם השירות	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	זמן מתחילת אחרי כמה הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ⁵	השתתפות עצמית
ייעוץ פסיכולוגי ופסיכיאטרי	סעיף 2 - הוצאות עבור יעוץ/ טיפולים שניתנו ע"י פסיכיאטר ו/או פסיכולוג, ו/או פסיכותרפיסט ו/או עובד סוציאלי מורשה.	עד 182 ₪ ועד 12 טיפולים לכל שנת ביטוח.	3 חודשים.	40% מההוצאה בפועל

⁴תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.
⁵תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

פרק י"ג - בדיקות רפואיות אבחוניות				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול ⁶ (אכשרה)	עצמית השתתפות
בדיקה פתולוגית	סעיף 1.1 - החזר עבור בדיקה אשר תורמת לחקר תהליך המחלה באמצעות בדיקות דם, שתן, צואה, נוזלי גוף, תאים ורקמות מן החי או מן המת, בכל טכנולוגיה או אמצעי שהוא.	סעיף 3 - כיסוי עד 10,000 ₪ לכל הבדיקות שבוצעו בכל שנת ביטוח.	3 חודשים.	20% מההוצאה בפועל ולא פחות מ-150 ₪
	בדיקות רפואיות אבחנתיות			
בדיקות גנטיות או גנומיות לאפיון והתאמת הטיפול במחלה	סעיף 3.1 לפרק - החזר עבור בדיקות גנטיות או גנומיות שבוצעו במעבדה מורשית, על סמך הפניה של רופא אשר הבעיה הרפואית הינה בתחום מומחיותו.	כיסוי מלא בתנאי שהמבוטח פנה תחילה למבטח, קיבל אישור לביצוע הבדיקה, ויאפשר למבטח לתאם את הבדיקה עם נותן השירות.	3 חודשים.	אין.
חוות דעת נוספת לאחר בדיקה אבחונית	סעיף 3.2 לפרק - החזר עבור התייעצות עם רופא מומחה, או פרמקולוג, או גנטיקאי, או רדיולוג, לאחר ביצוע בדיקה אבחונית או בדיקה פתולוגית, לצורך פענוח ממצאי הבדיקה או לקבלת חוות דעת נוספת בגינה.	כיסוי עד 800 ₪ עבור כל התייעצות.	3 חודשים.	20% 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.			

⁶תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

פרק י"ד - שיקומית

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	השתתפות עצמית
התייעצות עם רופא שיקומי	סעיף 3.1 לפרק - החזר בגין התייעצות עם רופא מומחה שיקומי לצורך קביעת תכנית טיפול שיקומי כגון שיקום מוטורי, שיקום נירולוגי, שיקום נשימתי, שיקום הלב ושיקום הקול והדיבור.	כיסוי עד ל-809 ₪ להתייעצות, פעם אחת בכל שנת ביטוח.	40% מההוצאה בפועל
טיפול שיקום (שלא לאחר ניתוח)	סעיף 3.2 לפרק - החזר עבור בדיקות רפואיות אבחוניות או פתולוגיות אשר בוצעו על סמך הפניה של רופא מומחה אשר הבעיה בתחום מומחיותו.	כיסוי עד 10,000 ₪ לכל הבדיקות שבוצעו בכל שנת ביטוח.	40% מההוצאה בפועל
שיקום דיבור (שלא לאחר ניתוח)	סעיף 3.3 - החזר בגין טיפולים לשיקום הדיבור, עקב אובדן מלא או חלקי של כושר הדיבור.	כיסוי עד 182 ₪ לכל טיפול ועד 16 טיפולים בכל שנת ביטוח.	40% מההוצאה בפועל
התעמלות שיקומית (שלא לאחר ניתוח)	סעיף 3.4 - החזר עבור התעמלות שיקומית, לאחר אירוע רפואי שאירע במהלך תקופת הביטוח, על פי הוראת רופא שהבעיה הינה בתחום מומחיותו.	כיסוי עד 253 ₪ לחודש ועד 12 חודשים.	40% מההוצאה בפועל
טיפול פיזיותרפי וטיפולי שיקום	סעיף 3.5 - החזר עבור טיפול פיזיותרפי, ו/או ריפוי בעיסוק, ו/או טיפולי שיקום, שניתנו למבוטח. הטיפול יינתן עפ"י הוראת רופא שהבעיה הינה בתחום מומחיותו	כיסוי עד 182 ₪ לטיפול ועד 20 טיפולים במהלך תקופת הביטוח.	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.		

פרק ט"ז - אשפוזית				
שם השירות	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ⁷	השתתפות עצמית
שירותי אשפוז בבית חולים שלא לצורך ניתוח	סעיף 2 לפרק - החזר הוצאות עבור אשפוז של מבוטח בבית חולים בתקופת הביטוח בשל תאונה או מחלה, ואשר במהלכו לא בוצע ניתוח.	סעיף 3.1 - כיסוי עד 505 ₪ לכל יום במקרה של אשפוז רצוף בבית חולים מחמת מחלה או תאונה (לא ניתוח) ולמשך תקופה מרבית בת 14 ימים.	3 חודשים.	20% מההוצאה בפועל
		סעיף 3.2 - עבור מבוטח מעל גיל 18 לתקופת אשפוז רציפה העולה על 7 ימים, כיסוי עד 101 ₪ לכל יום אשפוז החל מהיום השמיני ועד תקופה מרבית בת 14 ימים. סעיף 3.4 - זכאי לפיצוי בגין תקופת אשפוז אחת.	3 חודשים.	אין.
		סעיף 3.3 - עבור מבוטח מתחת לגיל 18, כיסוי עד 202 ₪ לכל יום אשפוז, החל מיום האשפוז השלישי ועד תקופה מרבית של 30 ימים. סעיף 3.4 - זכאי לעד 3 תקופות אשפוז בכל שנת ביטוח.	3 חודשים.	אין.

פרק ט"ז - כתב שירות - רופא מלווה אישי		
שם השירות	תיאור הכיסוי	השתתפות עצמית
רופא מלווה אישי	רופא מלווה אישי מאפשר למנוי לקבל לגבי מקרים רפואיים מוגדרים מידע, ייעוץ רפואי נוסף וליווי בתהליך אבחון מחלה, בעת ההחלטה על הטיפול, במהלך שלבי הטיפול הרפואי ובמהלך ההחלמה למשך 3 חודשים וכל זאת בכפוף לתנאים המפורטים בכתב השירות.	380 ₪

⁷תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

פרק י"ז - אבחון מהיר				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ⁸	השתתפות עצמית
אבחון מהיר	סעיף 1 לפרק - החזר עבור עלות שירותי "אבחון מהיר" פעם אחת בשנת ביטוח.	כיסוי עד 600 ש"ח, פעמיים בשנת ביטוח.	6 חודשים.	20% 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.			

פרק י"ח - פיצוי והשתתפות בהוצאות רפואיות במקרה גילוי מחלה קשה		
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	אחרי כמה זמן מקרות מקרה הביטוח אהיה זכאי לתגמול (תקופת המתנה) ⁹
תיאור המחלות	איבוד גפיים, אילמות, אובדן דיבור, אי ספיקת כבד פולמינגטית, אי ספיקת כליות סופנית, גידול שפיר של המוח, דלקת חיידיקית של קרום המוח, דלקת מוח, השתלת איברים, אוטם חריף בשריר הלב, חירשות, טרשת נפוצה, יתר לחץ דם ריאתי ראשוני, מחלת כבד סופנית (שחמת), מחלת ריאות חסימתית כרונית, ניוון שרירים, ניתוח גדול, סוכרת נעורים מסוג DIABETES - ELLITUS, סרטן, עיוורון, עמילואידוזיס ראשונית, פגיעה מוחית, פוליו, פרקינסון, צפדת, קרדיומיופטיה, שבץ מוחי, שיתוק, תסמונת הכשל החיסונית הנרכש, תרדמת, תשישות נפש, נכות צמיתה.	<p>סעיף ב' - אובדן דיבור - 6 חודשים;</p> <p>סעיף ח' - דלקת מוח - 8 שבועות;</p> <p>סעיף י"ח - סוכרת נעורים - 6 חודשים;</p> <p>סעיף כ"ז - שבץ מוחי - 6 שבועות;</p> <p>סעיף ל' - תרדמת - 96 שעות;</p> <p>סעיף ל"א - תשישות נפש - 60 יום;</p>
פיצוי במקרה של גילוי מחלה קשה	סעיף 3 - פיצוי גילוי מחלה קשה על פי אבחנה רפואית מתועדת. עד סכום פיצוי בגובה 50,000 ש"ח בגין המחלות הנ"ל.	סעיף 4.1.3 לפרק - המבוטח יהיה זכאי לתגמולי ביטוח נוספים בגין מחלה אחרת, ובתנאי שחלפו 24 חודשים ממועד גילוי המחלה הקודמת.
השתתפות בהוצאות רפואיות במקרה של גילוי מחלה קשה	סעיף 4 - בנוסף לפיצוי, המבוטח זכאי להחזר עבור ההוצאות הרפואיות ועד 101,095 ש"ח במהלך 36 חודשים ממועד קרות מקרה הביטוח. בכפוף להשתתפות עצמית בגובה 20%.	

⁸תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

⁹תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

פרק י"ט - כיסוי מיוחד לילדים				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ¹⁰	השתתפות עצמית
פיצוי בגין היעדרות מלימודים	סעיף 1 לפרק - מבוטח שגילו נמוך מגיל 21 ואשר נעדר מלימודיו מבית הספר כתוצאה או מחלה שאירעו במהלך תקופת הביטוח.	פיצוי בגובה 200 ₪ ליום, לכל יום היעדרות מלא, החל מיום ה-21 ועד 360 ימים.	12 חודשים	אין.
אבחון בעיות התפתחות הילד/ ליקויי למידה	סעיף 2 לפרק - החזר עבור אבחון למבוטח שגילו עד 18 שנים, שבוצעו 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	כיסוי עד 2,022 ₪. הזכאות הינה פעמיים לכל תקופת ביטוח. המבוטח זכאי לאבחון נוסף, ובתנאי שהאבחון הינו בהמלצת רופא מומחה, והמבוטח מטופל תרופתית, ועד לסכום של 2,527 ₪.	12 חודשים	40% מההוצאה בפועל
טיפול בבעיות התפתחות הילד/ ליקויי למידה	סעיף 3 לפרק - החזר עבור טיפול בבעיות התפתחות הילד, ו/או ליקוי למידה שאובחנו אצל מבוטח עד גיל 18, והומלצו לטיפול על ידי: פיזיותרפיסט ו/או מרפא בעיסוק ו/או קלינאי תקשורת ו/או פסיכולוג או טיפול באמצעות טיפול שיקומי אחר.	כיסוי עד 121 ₪ לטיפול, ולא יותר מ-40 טיפולים במהלך תקופת ביטוח.	12 חודשים	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.			

¹⁰ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

פרק כ' - כתב שירות - רפואה אישית און ליינ		
שם השירות	תיאור הכיסוי	השתתפות עצמית
רפואה אישית און ליינ	שירות זה מאפשר למנוי לקבל ייעוץ רפואי מקוון בשיחת וידיאו, באמצעות טלפון חכם, מחשב או טאבלט, עם רופא בתחום המשפחה והילדים ועם רופא מומחה בתחומים הקבועים בפרק והמשך טיפול במרפאות לרפואה ראשונית במידת הצורך לפי קביעת הרופא המייעץ.	100 ₪

פרק כ"א - טיפול להקלה בכאב				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ¹¹	השתתפות עצמית
טיפול להקלה בכאב	סעיף 1 לפרק - טיפולים לצורך הקלה בכאב, או טיפולים בתסמינים (סימפטומים) של מחלה, פגיעה, פגם או עיוות אצל המבוטח, באמצעות טכנולוגיות מכל סוג שהוא, עפ"י המלצת רופא נירולוג או מומחה לכאב, או מומחה שהבעיה הרפואית הינה בתחום מומחיותו.	כיסוי עד לסך של 20,000 ₪ בכל שנת ביטוח.	6 חודשים.	20% 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.			

פרק כ"ב - טכנולוגיות רפואיות מתקדמות		
שם השירות	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
טיפול רפואה משלימה	ביצוע הליך רפואי בטכנולוגיות רפואיות מתקדמות בישראל או בחו"ל במהלך תקופת הביטוח.	כיסוי מלא עד 200,000 ₪.

¹¹ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

פרק כ"ג - השתתפות בהוצאות טיפולי שיניים

טיפולים משמרים

קוד טיפול	שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע*	השתתפות עצמית
D0120000	בדיקה תקופתית של הפה- מטופל מוכר	בדיקה אחת בשנה.	41.20	40.34
D0330000	צילום פנורמי	עפ"י הנחיות הרופא המטפל.	76.02	81.86
D0210000	צילום סטטוס	עפ"י הנחיות הרופא המטפל.	110.04	118.48
D0210020	צילום סטטוס מקבילות מלא	עפ"י הנחיות הרופא המטפל.	146.58	157.92
D0220000	צילום פריפיקאלי	עפ"י הנחיות הרופא המטפל.	18.31	19.72
D0270000	צילום נשך- צילום אחד	עפ"י הנחיות הרופא המטפל.	18.31	19.72
D0272000	צילום נשך- שני צילומים			
D1110000	טיפול מונע מבוגר- הסרת רובד, אבנית וכתמים במשן קבוע ומשן מעבר	4 ישיבות בשנה.	111.10	108.78
D1112000	טיפול מונע- ילד. הסרת רובד, אבנית וכתמים במשן ראשוני ומשן מתחלף	ישיבה: טיפול הסרת אבנית בת 30 דקות.		
D1208000	הנחה מקומית של ג'ל פלואוריד	אחד בשנה.	50.00	53.85
D7140000	עקירה, שן שבקעה או שורש חשוף, שן אחת		134	121.82
D7140000	עקירה, שן שבקעה או שורש חשוף, שן אחת	עקירה לילדים למטרת יישור שיניים.	134	121.82
D7210000	עקירה כירורגית, שן שבקעה לחלל הפה, הדורשת הרמת מתלה		134	215.41
D3220000	קטוע מוך שן נשירה או קבועה, לא כולל סתימה סופית		134	131.21
D3351000	אפקספיקציה		330	215.41

קוד טיפול	שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע* שניתן לתבוע*	השתתפות עצמית
D3230000	טיפול שורש- שן נשירה, מילוי בחומר נספג, לא כולל שחזור סופי	כולל סתימה זמנית.	44.11	215.41
D3310000	טיפול שורש- שן קדמית, לא כולל שחזור סופי		55.02	215.41
D3320000	טיפול שורש- שן מלתעה, לא כולל שחזור סופי		תעלה אחת - 55.02	תעלה אחת - 215.41
D3320000	טיפול שורש- שן מלתעה, לא כולל שחזור סופי		2 תעלות - 68.22	2 תעלות - 215.41
D3330000	טיפול שורש- שן טוחנת, לא כולל שחזור סופי		85.67	215.41
D3339000	טיפול שורש- 4 תעלות, לא כולל שחזור סופי		100	215.41
D3346000	חידוש טיפול שורש- שן קדמית		75.37	215.41
D3347000	חידוש טיפול שורש- שן מלתעה		תעלה אחת - 75.37	תעלה אחת - 215.41
D3347000	חידוש טיפול שורש- שן מלתעה		2 תעלות - 100.69	2 תעלות - 215.41
D3348000	חידוש טיפול שורש- שן טוחנת		126.26	215.41
D3349000	חידוש טיפול שורש - 4 תעלות		150	215.41
D2140000	שחזור אמלגם- משטח 1, משן ראשוני או קבוע			115.50
D2150000	שחזור אמלגם- 2 משטחים, משן ראשוני או קבוע			
D2160000	שחזור אמלגם- 3 משטחים, משן ראשוני או קבוע			
D2161000	שחזור אמלגם- 4 משטחים, משן ראשוני או קבוע			
D2951000	אחזית פנים- לשן, בנוסף לשחזור	פין פרה-פולפרי לחיזוק השחזור.	30.00	129.25

קוד טיפול	שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע*	השתתפות עצמית
D2330000	שחזור מורכב על בסיס שרף, אקריל- משטח 1, קדמי	בשיניים קדמיות שמספרן 13-23, 33-43	147.40	144.32
D2331000	שחזור מורכב על בסיס שרף, אקריל- 2 משטחים, קדמי			
D2332000	שחזור מורכב על בסיס שרף, אקריל- 3 משטחים, קדמי			
D2335010	שחזור מורכב על בסיס שרף, אקריל- 4 משטחים או יותר, קדמי			
D2930000	כתר טרומי מפלדת אל חלד- שן נשירה		154	150.79
D2931000	כתר אל חלד טרומי- שן קבועה			
D1351000	איטום חריצים, לשן		38.50	37.70
D9930000	טיפול בסיבוכים, לאחר ניתוח, כגון מכתשית יבשה		143	140.02
D2335000	שחזור שן שבורה קדמית		74.89	215.41
D9110000	עזרה ראשונה- טיפול בכאב שיניים		33.39	32.69
D1510000	שומר מקום קבוע, חד צדדי	אחד ללסת, עד 2 שיניים.	14.03	215.41
*בפניה לרופא שיניים שאינו בהסכם - החזר המבטח למבוטח יהיה בגובה התשלום בפועל לפי חשבונית, אך לא יותר מסכום ההחזר הנקוב בטבלה לעיל לצד כל 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.			

טיפול כיורגיה פה ולסת				
קוד טיפול	שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע*	השתתפות עצמית
D7220000	עקירה כיורגית - שן כלואה ברקמה רכה		103.72	215.41
D7240000	עקירה כיורגית- שן כלואה במלואה ברקמה קשה			
D3410000	כריתת חוד השורש, אפיקואקטומי- שן קדמית, כולל סתימה רטרוגרדית		114.87	215.41
D3421000	כריתת חוד השורש, אפיקואקטומי- שן מתלעה, שורש ראשון, כולל סתימה רטרוגרדית			
D3421000	כריתת חוד השורש, אפיקואקטומי- שן מתלעה, שורש ראשון, כולל סתימה רטרוגרדית			
D3425000	כריתת חוד השורש, אפיקואקטומי- שן טוחנת, שורש ראשון, כולל סתימה רטרוגרדית			
D3920000	המיסקציה		71.13	215.41
D7510000	חיתוך וניקוז מורסה- רקמה רכה בחלל הפה		254.10	215.41
*בפניה לרופא שיניים שאינו בהסכם- החזר המבטח למבוטח יהיה בגובה התשלום בפועל לפי חשבונית, אך לא יותר מסכום החזר הנקוב בטבלה לעיל לצד כל טיפול.				
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

טיפולים לשיקום הפה (פרותטיקה)

קוד טיפול	שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע*	השתתפות עצמית
D1500000	הערכה מקיפה של הפה- מטופל חדש/ מוכר	ישולם בנוסף לבדיקה התקופתית.	41.20	40.34
D2950000	בניית תווך, כולל פינים לסוגיהם	לרבות החלפה. יש צורך באישור המבטח מראש לטיפול.	45.68	182.72
D2952000	מבנה יצוק בתוספת לכתר	מבנה אחד לשן לרבות החלפה אחד ל-5 שנים, למעט אם נדרש עקב בעיה רפואית. יש צורך באישור המבטח מראש לטיפול.	84.58	338.30
D2751000	כתר חרסינה מאוחה למתכת לא אצילה	כתר אחד לשן לרבות החלפה אחת ל-5 שנים, למעט אם נדרש עקב בעיה רפואית. כולל כתר זמני. יש צורך באישור המבטח מראש לטיפול.	201.26	805.04
D5211000	תותבת חלקית עליונה- על בסיס שרף, כולל ווים מקובלים, נחות ושיניים, כולל בסיס שרף אקרילן עם ווי שרף או תיל מלופף.	תותבת אחת ללסת לרבות החלפה אחת ל-5 שנים, למעט אם נדרש עקב בעיה רפואית. יש צורך באישור המבטח מראש לטיפול.	268.76	1075.00
D5212000	תותבת חלקית תחתונה- על בסיס שרף/אקריל כולל ווים נחות ושיניים			
D5213000	תותבת חלקית עליונה נשלפת מויטליום, כולל ווים, נחות ושיניים	תותבת אחת ללסת לרבות החלפה אחת ל-5 שנים, למעט אם נדרש עקב בעיה רפואית.	453.29	1813.16
D5214000	תותבת חלקית תחתונה נשלפת מויטליום, כולל ווים, נחות ושיניים	יש צורך באישור המבטח מראש לטיפול.		

קוד טיפול	שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע*	השתתפות עצמית
D5110000	תותבת שלמה עליונה	תותבת אחת ללסת לרבות החלפה אחת ל-5 שנים, למעט אם נדרש עקב בעיה רפואית. יש צורך באישור המבטח מראש לטיפול.	444.28	1777.13
D5120000	תותבת שלמה תחתונה			
D5863000	תותבת על עליונה שלמה	תותבת אחת ללסת לרבות החלפה, אחת ל-5 שנים, למעט אם נדרש עקב בעיה רפואית. על 2 שתלים. יש צורך באישור המבטח מראש לטיפול.	563.71	2276.35
D5865000	תותבת על תחתונה שלמה או לחילופין			
D5864000	תותבת על עליונה חלקית			
D0058660	תותבת על תחתונה חלקית			
D5650000	הוספת שן לתותבת חלקית קיימת		32.31	129.25
D5660000	הוספת וו לתותבת חלקית קיימת		32.31	129.25
D5820000	תותבת ביניים חלקית עליונה נשלפת, כולל ווים ונחות	יש צורך באישור המבטח מראש לטיפול.	133.65	534.59
D5821000	תותבת ביניים חלקית תחתונה נשלפת, כולל ווים ונחות			
D5810000	תותבת ביניים שלמה עליונה, כולל ווים ושיניים	יש צורך באישור המבטח מראש לטיפול.	222.14	888.57
D5811000	תותבת ביניים שלמה תחתונה, כולל ווים ושיניים			
D5199000	תותבת שלמה עליונה- שלד מתכת, כולל ווים, נחות ושיניים	יש צורך באישור המבטח מראש לטיפול.	483.59	1934.33
D5199010	תותבת שלמה תחתונה- שלד מתכת, כולל ווים, נחות ושיניים			

קוד טיפול	שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע*	השתתפות עצמית
D5510000	תיקון שבר בבסיס תותבת שלמה		44.43	177.71
D5710000	חידוש בסיס תותבת שלמה עליונה	יש צורך באישור המבטח מראש לטיפול.	116.08	464.32
D5711000	חידוש בסיס תותבת שלמה תחתונה			
D5750000	ריפוד תותבת שלמה עליונה במעבדה		62.16	248.64
D5751000	ריפוד תותבת שלמה תחתונה במעבדה			
D5760000	ריפוד תותבת חלקית עליונה במעבדה			
D5761000	ריפוד תותבת חלקית תחתונה במעבדה			
D5620000	תיקון שלד יצוק של תותבת	הלחמה תותבת.	100.92	145.40
D2960000	ציפוי שן משרף/אקריל בצד השפתי labial- במרפאה	חידוש ציפוי כתר (תיקון פסטה לשן) יש צורך באישור המבטח מראש לטיפול.	70.69	282.73
D5862000	מחבר מדויק /חצי מדויק לתותבת חלקית קבועה	יש צורך באישור המבטח מראש לטיפול.	168.30	673.21
D2975000	כיפת שורש	יש צורך באישור המבטח מראש לטיפול.	132.48	452.36
* בפניה לרופא שיניים שאינו בהסכם- החזר המבטח למבוטח יהיה בגובה התשלום בפועל לפי חשבונית, אך לא יותר מסכום ההחזר הנקוב בטבלה לעיל לצד כל 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.			

טיפול וניתוחי חניכיים (פריודונטיה)

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	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע*	השתתפות עצמית
D0180000	הערכה פריודנטלית / מקיפה-מטופל חדש / מוכר	2 בדיקות בשנה. ישולם בנוסף לבדיקה תקופתית	107	147.92
D4321000	קיבוע חוץ כותרתי לשיניים ניידות	קיבוע אמלגם / קיבוע מרוכב	66.52	215.41
D9940010	סד סיגרי/סד לילה	אחד כל 3 שנים. ניתן לביצוע על ידי כל רופא שיניים.	100.57	215.41
D4341000	סילוק אבנית והקצעת שורשים-4 שיניים ויותר, לישיבה, 30 דקות	לישיבה, על ידי שיניית	97.21	170
D4341000	סילוק אבנית והקצעת שורשים-4 שיניים ויותר, לישיבה, 30 דקות	לישיבה, על ידי פריודונט	127.87	190.33
D4240000	הרמת מתלה עם החלקת שורשים-4 שיניים ויותר, רבע פה	יש צורך באישור המבטח מראש לטיפול.	217.20	300
D4910000	טיפול תחזוקה פריודנטלי	2 ישיבות במהלך 12 חודשים לאחר ניתוח חניכיים. בנוסף לזכאות על פי פרק המשמר	119.91	129.25
D4381020	טיפול מקומי באמצעות אליזול, לשן		115.00	ישולם באופן פרטי ויוחזר תשלום כנקוב בעמודת הסכום המקסימלי שניתן לתבוע
D4381010	טיפול באמצעות פרוצ'יפ, לשן	4 טיפולים בלסת ל-5 שנים.	115.00	ישולם באופן פרטי ויוחזר תשלום כנקוב בעמודת הסכום המקסימלי שניתן לתבוע

קוד טיפול	שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע*	השתתפות עצמית
D7320000	אלבאולופלסטיקה ללא עקירות, רבע פה	זכאות רק כהכנה לתותבת שלמה	117.78	323.12
D7510000	חיתוך וניקוז מורסה- רקמה רכה בחלל הפה		143	215.41
*בפניה לרופא שיניים שאינו בהסכם- החזר המבטח למבוטח יהיה בגובה התשלום בפועל לפי חשבונית, אך לא יותר מסכום ההחזר הנקוב בטבלה לעיל לצד כל 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.			

טיפול יישור שיניים לילדים (אורתודונטיה)

קוד טיפול	שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע* השתתפות עצמית	השתתפות עצמית
D0340000	צילום ציפלומטרי	פעם אחת לתקופת ביטוח. זכאות עד גיל 18 שנים.	90	96.93
D0470000	תבניות אבחניות, מטבע ומודל לימוד	פעם אחת לתקופת ביטוח. זכאות עד גיל 18 שנים.	48.82	96.93
D0350000	צילומי פה/ פנים	פעם אחת לתקופת ביטוח. זכאות עד גיל 18 שנים.	39.96	86.16
D0391010	פענוח של צילום צפלומטרי לא קשור לביצועו	פעם אחת לתקופת ביטוח. זכאות עד גיל 18 שנים.	50	129.25
D8090000	טיפול יישור שיניים מלא למשנן מבוגר	טיפול יישור שיניים (חלקי או מלא) אחד לתקופת ביטוח. זכאות עד גיל 18 שנים. יש צורך באישור המבטח מראש לטיפול.	538.53	3,990
D8040000	טיפול יישור שיניים חלקי למשנן מבוגר			
* בפניה לרופא שיניים שאינו בהסכם - החזר המבטח למבוטח יהיה בגובה התשלום בפועל לפי חשבונית, אך לא יותר מסכום ההחזר הנקוב בטבלה לעיל לצד כל טיפול.				
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 גביי שתלים דנטאליים				
שתלים שאושרו על ידי המבטח באישור מוקדם, יבוצע אך ורק על ידי רופא שיניים מומחה בכירורגיה פה ולסת או מומחה למחלות חניכיים (פריודנט) או מומחה לשיקום הפה בעל רישיון מומחה מטעם משרד הבריאות בישראל או על ידי רופא שיניים "מורשה".				
קוד טיפול	שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע*	השתתפות עצמית
D0382000	טומוגרפיה ממוחשבת עם קרן קונית- ביצוע של לסת עליונה	על פי הנחיות הרופא המטפל.	68.71	274.81
D0381000	טומוגרפיה ממוחשבת עם קרן קונית- ביצוע של לסת תחתונה			
D0383000	טומוגרפיה ממוחשבת עם קרן קונית- ביצוע של שתי לסתות	על פי הנחיות הרופא המטפל.	106.14	424.57
D6056000	מבנה טרומי לשתל דנטלי	מבנה אחד לשתל כל 5 שנים. יש צורך באישור המבטח מראש לטיפול.	113.09	452.36
D6920000	מחבר הצמדה לתותבת חלקית קבועה/ כיפות לייצוב ועיגון תותבת על	מחבר אחד לשתל כל 5 שנים. מחבר כדורי לשתל. המבטח מראש לטיפול.	113.09	452.36
D6060000	כתר חרסינה מאוחה למתכת לא אצילה על שתל	המחיר גם לכתרים בין שתלים. כתר אחד לשתל כל 5 שנים, לרבות החלפה. יש צורך באישור המבטח מראש לטיפול.	226.39	905.53
D6010000	החדרה כירורגית של שתל דנטלי, כולל חשיפה וחיבור של כיפת ריפוי	5 שתלים ללסת, כל 5 שנים. יש צורך באישור המבטח מראש לטיפול.	294.56	1178.24
*כפניה לרופא שיניים שאינו בהסכם - החזר המבטח למבוטח יהיה בגובה התשלום בפועל לפי חשבונית, אך לא יותר מסכום החזר הנקוב בטבלה לעיל לצד כל 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.			

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.

פוליסת "מקדם בריאות"

פרק א': הגדרות כלליות

מוצהר ומוסכם בזאת, כי תמורת התחייבות לתשלום דמי הביטוח, ובכפופות לתנאים, להוראות, לסייגים ולחריגים המפורטים להלן, ישלם המבטח לנותן השירות ו/או ישפה את המבטח - הכול בהתאם למחויבות המבטח על פי כל אחד מפרטי הביטוח, ובכפוף להסכם עם בעל הפוליסה, עבור סך כל מקרי ביטוח בכל פרק, אך לא יותר מסכום הביטוח המרבי הנקוב בכל פרק, או בסעיפים שבהם נקבע שיעור כזה.

1. הגדרות כלליות

בפוליסה זו ובנספחיה תהיה למונחים הבאים המשמעות אשר מפורשת בצדמ:

- 1.1 **אח/אחות:** אח או אחות, בעלי תעודת הסמכה של משרד הבריאות, ובמקרה של טיפול בחו"ל, אח או אחות מוסמכים לפי חוקי המדינה בה מתבצע הטיפול.
- 1.2 **אלמן/ה:** אלמן/ה של חבר/ה.
- 1.3 **בית חולים:** מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות במקום בו הוא פועל, בישראל או בחו"ל, כבית חולים כללי (לרבות מחלקות שיקום בבית חולים ובתי חולים שיקומיים), להוציא מוסד שהוא גם סנטוריום (בית החלמה/הבראה).
- 1.4 **בית חולים ציבורי:** מוסד רפואי בישראל המוכר ע"י הרשויות המוסמכות כבית חולים, ונמצא בבעלות ו/או בתפעול המדינה או רשות מקומית, לרבות המסלול הציבורי בבית חולים אשר בו ניתנים או יינתנו שירותי רפואה במסלולים ציבוריים ופרטיים גם יחד.
- 1.5 **בית חולים פרטי:** בית חולים שאושר ע"י הרשויות המוסמכות במקום בו הוא פועל, או ע"י המבטח, למתן שירותי רפואה פרטיים. למען הסר ספק, ההגדרה אינה חלה על פרק הניתוחים בארץ כאמור בפרק ז'.
- 1.6 **בית חולים בהסכם:** בית חולים כמוגדר בסעיפים 1.3 לעיל, הנמצא בהסכם עם המבטח.
- 1.7 **בן/בת זוג:** בן/בת זוג של חבר/ה. כבני/ות זוג יחשבו גם ידוע/ה בציבור, בני/בנות זוג החולקים חיים משותפים או המתגוררים יחד עם החבר, בכפוף להצהרה בכתב של החבר על כך.
- 1.8 **בעל הפוליסה:** הסתדרות המורים בישראל.
- 1.9 **גיל:** גיל המבטח ייחשב לפי האחד בחודש במועד יום הולדתו. לצורך קביעת זכויותיו בפוליסה בשנה האחרונה של תקופת הביטוח ייקבע גילו של המבטח על פי תאריך הלידה שלו כמפורט בפוליסה.
- 1.10 **דמי הביטוח (פרמיה):** הסכום שבעל הפוליסה או המבטח יעבירו למבטח עבור שירותיו על פי פוליסה זו, בהתאם לאמור בהסכם הביטוח.
- 1.11 **דף פרטי ביטוח:** דף המצורף לפוליסה ואשר כולל את הפרטים והתנאים הדרושים לשם התאמת פוליסת הביטוח לתנאי חוזה הביטוח של המבטח.
- 1.12 **המבוטח:** זכאי לביטוח, אשר הצטרף לביטוח בהתאם לתנאי ההצטרפות כמפורט בפרק תנאים כלליים. זכאי לביטוח על פי הסכם זה הינו חבר/ה, בן או בת זוגו של חבר/ה, וכן אלמן/ה של חבר/ה, אשר במועד הצטרפותם לביטוח זה טרם מלאו להם 75 שנים, ו/או ילדיהם אשר בעת הצטרפותם לביטוח זה טרם מלאו להם 30 שנים, ואשר הוגשה בקשה בכתב לכללם בביטוח זה, הכול בכפוף לתנאי ההצטרפות כאמור בפרק התנאים הכלליים.
- 1.13 **המבטח או החברה:** הראל חברה לביטוח בע"מ.

- 1.14. **המוטב:** הזכאי לקבל את תגמולי הביטוח על פי הוראה שנתן המבוטח. אם לא ניתנה הוראה כזו, ובמקרה פטירתו של המבוטח, יורשיו החוקיים של המבוטח.
- 1.15. **הסכם הביטוח:** ההסכם שנחתם בין בעל הפוליסה לבין המבוטח לשם רכישת הפוליסה.
- 1.16. **הסכם ביטוח קודם:** הסכם הביטוח שהגיע לסימום ב-31.3.2021.
- 1.17. **הפוליסה:** חוזה ביטוח זה, כולל תנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה, וכן כל תוספת לו בהסכמת הצדדים.
- 1.18. **השתתפות עצמית:** חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח. מובהר בזאת כי חבות המבוטח לתשלום עפ"י פרק או נספח המצורף לפוליסה, תהיה רק לאחר ששולמה ההשתתפות העצמית ע"י המבוטח, ורק לגבי הוצאות המבוטח שמעבר להשתתפות זו. יובהר כי השתתפות עצמית תחול רק במקרה וצוינה חובת השתתפות עצמית בפרקי הפוליסה.
- 1.19. **ועדת הלסינקי:** ועדה מוסדית (של בית חולים או מוסד רפואי) או ועדה מרכזית לניסויים רפואיים בבני אדם או וועדה עליונה, המורשית לאשר ניסויים רפואיים בבני אדם בהתאם לתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם) התשמ"א 1980, על תוספותיהן ותיקוניהם.
- 1.20. **חבר/ה:** חבר/ה אצל בעל הפוליסה.
- 1.21. **חול:** כל מקום או מדינה מחוץ לישראל, למעט מדינות אויב כפי שהוכרז ע"י משרד החוץ הישראלי ו/או עפ"י חוק.
- 1.22. **חדר ניתוח:** חדר המאושר על ידי הרשויות המוסמכות במקום ביצוע הניתוח לעריכת הניתוח הרלוונטי, לרבות מרפאות כירורגיות הפועלות במסגרת בית חולים ציבורי, בית חולים פרטי או קופות החולים.
- 1.23. **חוק הביטוח:** חוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981.
- 1.24. **חוק הבריאות:** חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994.
- 1.25. **טיפול ניסיוני:** טיפול רפואי הדורש אישור ועדת הלסינקי.
- 1.26. **טיפול שיקומי:** כל טיפול שמטרתו שיפור, שיקום ומיומנות המאפשרת תפקוד יומיומי תקין לרבות שיפור ליקויים התפתחותיים, ליקויים מוטוריים, מנטליים, או ליקויי שפה. במסגרת זה יכללו בין היתר טיפולים פיזיותרפיים ו/או ריפוי בעיסוק ו/או טיפול שיקומי אחר, לרבות בעזרת עזרים ו/או אביזרים חיצוניים או בעלי חיים. הטיפולים ניתנים לביצוע ע"י פיזיותרפיסט או מרפא בעיסוק או מטפל שיקומי אחר, בעלי תעודת הסמכה מהרשויות המוסמכות בישראל.
- 1.27. **יום אשפוז:** אשפוז למשך 24 שעות ברציפות. למרות האמור, לענין זכאות המבוטח לתגמולי ביטוח, יום האשפוז האחרון גם אם היה למשך פחות מ-24 שעות, ייחשב כיום אשפוז מלא.
- 1.28. **יועץ הביטוח:** מי שבעל הפוליסה מינה כיועץ ביטוח לליווי בעל הפוליסה בכל ענייני הביטוח ולייצוגו מול המבוטח, ובמועד החתימה על ההסכם ש. לוטינגר ושות' בע"מ.
- 1.29. **ילדים:** ילדי החבר ו/או ילדי בן/בת זוג, לרבות ילדים מאומצים כחוק ו/או ילדים חורגים עפ"י חוק.
- 1.30. **ילד בוגר:** ילדו של חבר שמלאו לו 30 שנה.
- 1.31. **יממה:** יום ולילה המהווים יחדיו וברצף 24 שעות.
- 1.32. **ישראל:** מדינת ישראל, כולל השטחים המוחזקים על ידי ישראל.
- 1.33. **מדד:** מדד המחירים לצרכן (כולל פרות וירקות) המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, או בהעדר פרסום כנ"ל, מדד המתפרסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומו, אשר יהיה שימושי ע"י המבוטח ואושר ע"י המפקח על הביטוח.

- 1.34. **מדד בסיס:** מדד הידוע ביום תחילת הפוליסה.
- 1.35. **מוטב:** מי שזכאי לקבלת תגמולי ביטוח. על פי פוליסה זו המוטב הינו המבוטח עצמו, אם לא נקבע מוטב אחר זולתו.
- 1.36. **מנתח אחר:** רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמומחה מנתח, שאינו מנתח הסכם.
- 1.37. **מנתח שבהסכם:** רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמומחה-מנתח, ואשר נמצא בהסכם עם המבטח במועד הגשת התביעה ע"י המבוטח.
- 1.38. **מעבדה:** מעבדה רפואית המוכרת ע"י הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כמעבדה רפואית.
- 1.39. **מקרה הביטוח:** מצב המתואר בפוליסה, אשר קיומו מחייב את המבטח בתשלום לנותן שירותים או בתשלום תגמולי ביטוח, הכול כפי שנקבע בפוליסה. יובהר כי מקרה ביטוח המוגדר כמצבו הרפואי של המבוטח המחייב טיפול רפואי מסוים (כגון השתלה או טיפול תרופתי), יהיה מצבו הרפואי של המבוטח שעל פי הוראה רפואית מתועדת בכתב מאת הרופא של המבוטח, על המבוטח לקבל את הטיפול הרפואי המסוים.
- 1.40. **נותן שירות שבהסכם:** מנתח, בית חולים, וכל רופא או ספק שירות אחר עימו קשור או יתקשר המבטח בהסכם למתן שירות רפואי בקשר לביטוח זה, לפיו התמורה לה זכאי נותן השירות, בגין שירות שיינתן למבוטח, תשולם לו ישירות על ידי המבטח.
- 1.41. **נותן שירות שאינו בהסכם:** מנתח, בית חולים וכל רופא או ספק שירות אחר אשר למבטח אין הסכם המסדיר עימו את התשלום, לפיכך המבוטח ישלם לנותן השירות במישרין את התמורה בגין שירותיו. יובהר כי בפרק ניתוחים, **הזכאות לכיסוי ביטוחי הנה רק אם לחברה קיים הסדר ניתוח עם הרופא וגם עם המוסד הרפואי ולא** ישפה המבטח את המבוטח בגין הוצאות ששילם לנותן שירות שאינו בהסכם הניתוח.
- 1.42. **ניתוח:** פעולה פולשנית-חדירתית החודרת דרך רקמות, ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.
- 1.43. **סייג בשל מצב רפואי קודם:** חריג כללי בפוליסה הפוטר את המבטח מחבותו, או מפחית את חבותו או את היקף הכיסוי, בשל מקרה ביטוח אשר הגורם העיקרי וללא תלות בגורם אחר הינו מהלך רגיל של מצב רפואי קודם, ואשר אירע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.
- 1.44. **סכום ביטוח מרבי:** הסכום המרבי לתשלום עבור השירותים, או לתשלום תגמולי ביטוח, כמפורט בתנאי הפוליסה בכל פרק בנפרד.
- 1.45. **צירוף אוטומטי:** צירוף או בוליגטורי עבור מבטחים המבוטחים בביטוח קודם ברצף ביטוחי מלא.
- 1.46. **צירוף בהסכמה:** צירוף וולונטרי הדורש את הסכמתו מראש של המבוטח על רצונו להצטרף לביטוח (מאחר והמבוטח נושא בעלות עבור הביטוח).
- 1.47. **קופת חולים:** תאגיד כהגדרתו בחוק הבריאות. להלן קופות החולים אשר במועד תחילת ההסכם הוכרו על ידי שר הבריאות: שירותי בריאות כללית, מכבי שירותי בריאות, קופת חולים מאוחדת וקופת חולים לאומית.
- 1.48. **רופא:** רופא אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כרופא מורשה הרשאי לעסוק ברפואה.

- 1.49. רופא מומחה: רופא אשר הוכר כמומחה בתחום רפואי מסוים, על ידי משרד הבריאות במדינת ישראל ו/או ע"י הרשויות המוסמכות לכך על פי דין במדינה הרלוונטית בה ניתן השירות.
- 1.50. רופא מרדים: רופא אשר הוסמך ו/או אושר כמרדים על ידי השלטונות המוסמכים במקום מתן השירות.
- 1.51. רצף ביטוחי מלא: מעבר בין הביטוח עפ"י הפוליסה הקודמת לביטוח עפ"י פוליסה זו, או מעבר בין הביטוח עפ"י פוליסה זו לביטוח בריאות אחר המחליף פוליסה זו. המעבר בין תוכניות הביטוח כאמור יהיה ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, לא יחול סייג בשל מצב רפואי קודם, והכיסוי לגבי המבוטחים לא יוגבל גם אם חלה הרעה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת. כמו כן, לא תחול תקופת אכשרה כלשהי, ולא תיגבה פרמיה נוספת בגין הרעה במצב הרפואי. לעניין זכאותו של המבוטח לתגמולי ביטוח יראו את מועד הצטרפותו לביטוח החדש כמועד הצטרפותו לביטוח הקודם.
- 1.52. שב"ן: תכנית למתן שירותי בריאות נוספים ו/או כיסויי ביטוח ו/או זכויות רחבות יותר לעומת שירותי הבריאות הניתנים על פי סל שירותי הבריאות כהגדרתו בחוק בריאות ממלכתית, תשנ"ד - 1994, המנוהלת על ידי קופת החולים בה חבר המבוטח, לרבות ומבלי לגרוע מכלליות האמור "כללית מושלם", "לאומית זהב", "מאוחדת עדיף", "מגן זהב", "פלטינום" בכללית שירותי בריאות, "מכבי שלי" בקופת חולים מכבי, "שיא" בקופת חולים מאוחדת וכל תכנית שב"ן אחרת הקיימת באותה קופה בה חבר המבוטח.
- 1.53. שנת ביטוח: תקופה בת 12 חודשים רצופים, שהראשונה תחילתה בתאריך תחילת הביטוח כהגדרתו בסעיף 1.55 להלן, ואשר תימשך כל פעם לתקופות בנות 12 חודשים עד לתום ההסכם.
- 1.54. תאונה: אירוע מקרי חד פעמי שנגרם מגורם חיצוני, וגרם למבוטח נזק פיזי או נפשי. מובהר כי פגיעה במהלך פעילות ספורט, למעט ספורט מקצועי המפורט בסעיף החריגים, תיחשב כתאונה על פי פוליסה זו. למען הסר ספק, מובהר בזאת כי פגיעה כתוצאה מצטברת של פגיעות זעירות (מיקרוטראומה) אינה בגדר תאונה עפ"י פוליסה זו.
- 1.55. תאריך תחילת הביטוח: 01.04.2021.
- 1.56. תאריך הצטרפות: התאריך בו הצטרף המבוטח לביטוח זה.
- 1.57. תקרת כיסוי: הסכום המרבי לתשלום תגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה, לרבות בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה. למען הסר ספק ועל אף האמור בפוליסה, הגבלת סכום הביטוח, אם קיימת, רלוונטית אך ורק לאותו פרק או נספח בלבד, ולא תהיה מגבלה ו/או מניעה לסכום מרבי בגין הפוליסה או על פי מספר נספחים ו/או פרקים.
- 1.58. תקופת אכשרה: תקופת זמן רצופה, המתחילה מתאריך תחילת הביטוח ומסתיימת בתום התקופה שצוינה בכל פרק ו/או נספח שצורף לפוליסה. תקופת האכשרה תחול לגבי מבוטח פעם אחת בתקופת ביטוח רציפה, ותחול מחדש בכל פעם בה הצטרף המבוטח לביטוח מחדש. מובהר בזאת כי הארכת תקופת ההסכם או חידושו תחשב כתקופה רציפה אחת. מבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח בגין טיפול רפואי שבוצע במהלך תקופת האכשרה למעט מקרה ביטוח כתוצאה מתאונה כהגדרתה בסעיף, 1.40. תקופת אכשרה תחול רק אם צוינה מפורשות בנספח ו/או בפרק הרלוונטי ובכפוף ליתר תנאי הפוליסה. יובהר למעלה מכל ספק כי לא תחול תקופת אכשרה למבוטחים קיימים אשר היו מבוטחים במועד תחילת הפוליסה במסגרת הפוליסה הקודמת ולגבי מבוטחים המצטרפים ללא הצהרת בריאות.
- 1.59. **תקופת המתנה:** תקופת זמן רציפה המתחילה לגבי כל מבוטח במועד קרות מקרה הביטוח, ומסתיימת לאחר מניין הימים שצוינו כתקופת המתנה באותו פרק או נספח שצורף לפוליסה. במהלך תקופת המתנה לא יהיה זכאי המבוטח לכיסוי הביטוחי, הרלוונטי, ורק אם בתום תקופת המתנה נמצא המבוטח במצב המזכה בכיסוי הביטוחי,

תחל זכאותו ממועד זה. תקופת המתנה תחול רק אם צוינה מפורשות בנספח ו/או בפרק הרלוונטי ובכפוף ליתר תנאי הפוליסה.

1.60. **תקופת ביטוח:** תקופה שתחילתה במועד תחילת הביטוח של המבוטח (מועד צירופו לביטוח), ומסתיימת במועד תום תקופת הסכם הביטוח. אם הסכם הביטוח יחודש לתקופה נוספת, תקופת הביטוח הנוספת תיחשב כתקופת ביטוח חדשה, וזכאותו של המבוטח לתגמולי ביטוח ומינין מכסות הביטוח תקום מחדש. למען הסר ספק יובהר כי אם תקופת הביטוח תוארך לתקופה נוספת של עד 3 חודשים, תיחשב תקופת הארכה כאותה תקופת ביטוח, אולם המבוטח יהיה זכאי למכסות טיפולים נוספות באופן יחסי לתקופת הארכה.

1.61. **תקופת הצטרפות:** תקופה בת 90 יום במהלכה זכאי/ת החבר/ת ובן/ת זוג וילדים להצטרף לכל אחד מרובדי הביטוח ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, ללא כל סייג בגין מצב רפואי קודם, וללא תקופת אכשרה, אלא אם נקבע במפורש אחרת לגבי סעיף או פרק מסוים בפוליסה.

1.62. **תקנות ביטוח בריאות קבוצתי:** תקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט-2009.

פרק ב': חריגים כלליים אשר יחולו על כל פרקי הפוליסה

1. המבטח לא יהיה אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח, כולם או מקצתם, בגין מקרה ביטוח, בכל אחד מהמקרים הבאים:
 - 1.1. מקרה הביטוח לגבי מבטח שגילו מעל 18 שנים נובע מאלכוהוליזם ו/או שימוש בסמים למעט שימוש בסמים רפואיים לפי הוראות רופא.
 - 1.2. מקרה הביטוח הוא תוצאה ישירה של פעילות פלילית מסוג עוון או פשע, שהשתתף בה המבטח מרצון.
 - 1.3. מקרה הביטוח אירע לפני מועד הצטרפות המבטח לביטוח.
 - 1.4. מקרה הביטוח אירע אחרי תום תקופת הביטוח.
 - 1.5. המבטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על סכום הביטוח כמצוין בכל פרק לפי העניין.
 - 1.6. טיפולי שיניים וחניכיים, למעט האמור בפרק כ'.
2. סייג בשל מצב רפואי קודם
 - 2.1. המבטח לא יהיה אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח בגין טיפול רפואי שבוצע (ביצוע הטיפול בפועל) בתקופת הנקובות בס"ק א' ו-ב' להלן, לפי העניין, שהגורם היחיד והבלעדי לו, ללא תלות בגורם אחר, הינו מהלך רגיל של מצב רפואי קודם. לעניין סעיף זה מצב רפואי קודם - מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבטח לראשונה במהלך 3 (שלוש) השנים שקדמו למועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה. לעניין זה, "אובחנו במבטח" - בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח. חריג זה יהיה מוגבל בזמן עפ"י גיל המבטח בעת תחילת תקופת הביטוח כדלקמן:
 - א. היה גילו של המבטח בעת הצטרפותו פחות מ-65 שנים - החריג יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מתחילת תקופת הביטוח.
 - ב. היה גילו של המבטח בעת הצטרפותו 65 שנים או יותר - החריג יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה מתחילת תקופת הביטוח.יובהר כי המבטח יהיה זכאי למלוא תגמולי הביטוח כמצוין בכל פרק בפוליסה זו, בגין טיפול רפואי שבוצע אחרי התקופות הנקובות בסעיף (א) ו-(ב), לפי העניין.
 - 2.2. חריג או סייג לגבי מקרה ביטוח הנובע ממהלך רגיל של מצב רפואי קודם, לא יהיה תקף לגבי כל המבטחים שהיו כלולים בהסדר הביטוח הקבוצתי הקודם נכון ל-31.03.2021, וזכאותם לתגמולי ביטוח תקום במועד תחילת הסכם זה, ללא כל החרטה או סייג בשל מצב רפואי קודם.
 - 2.3. יובהר למעלה מכל ספק כי חריג או סייג למצב רפואי קודם יחול על פרקים ד, ה, ו, ז, ו-י"ח בלבד.
 - לגבי שאר הפרקים בפוליסה- מבטח יהיה זכאי לתגמולי ביטוח לאחר תקופות האכשרה הנקובות בכל סעיף אשר בפרקים אלה, אם נקובות כאלה.
 - 2.4. חריג או סייג למצב רפואי קודם לא יחול על בעיה רפואית עליה נשאל המבטח בשאלון החיתום הרפואי.
 - 2.5. סייג לחבות המבטח או לגבי היקף הכיסוי הביטוחי בשל מצב רפואי מסוים עליו הצהיר המבטח בשאלון החיתום הרפואי, ככל שחייב לכך, בהתאם לתנאי ההצטרפות, יהיה תקף לתקופה שצוינה ע"י המבטח בדף פרטי הביטוח. אם לא צוינה תקופה יהיה הסייג תקף לכל חיי הפוליסה.

- 2.6. דחה המבטח תביעתו של מבטח בשל מצב רפואי קודם, יפרט בהחלטתו את המצב הרפואי הקודם, ויפנה בהודעתו למסמכים רפואיים עליו הסתמכה החלטתו.
- 2.7. הכשלה של ברור החבות (סעיף 24 לחוק חוזה הביטוח):
- לא קוימה חובת המבטח 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:
- 2.7.1. החובה לא קוימה או קוימה באיחור מסיבות מוצדקות.
- 2.7.2. אי קוימה או איחורה לא מנע מהמבטח את ברור חבותו ולא הכביד על הבירור
- 2.8. עשה המבטח 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.

פרק ג': תנאים כלליים אשר חלים על כל פרקי הביטוח

1. מהות הביטוח

- 1.1. הביטוח על פי פוליסה זו הינו ביטוח קבוצתי. תנאי פוליסה זו יחולו על כל החברים אצל בעל הפוליסה ובני משפחותיהם אשר בחרו להצטרף לביטוח זה.
- 1.2. **חובת בעל פוליסה בהתאם לסעיף 3 בתקנות ביטוח בריאות קבוצתי**
 - 1.2.1. לפני תחילת תקופת הביטוח ימסור בעל הפוליסה למבטח הצהרה כמתחייב על פי סעיף 3 א' 1 לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי התשס"ט, והתחייבות כי לעניין היותו בעל פוליסה הוא פועל באמונה ובשקידה לטובת המבוטחים בלבד, וכי אין לו ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל פוליסה.
 - 1.2.2. בעל הפוליסה ימסור למבטח מידע לגבי קבוצת המבוטחים, בהיקף הדרוש למבטח לשם קיום חובותיו על פי דין ולפי תקנות לביטוח בריאות קבוצתי.

2. היקף הביטוח

- 2.1. ביטוח זה כולל את הכיסויים הבאים:
 - 2.1.1. ביטוח השתלות וטיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל כאמור בפרק ד'.
 - 2.1.2. ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל כאמור בפרק ה'.
 - 2.1.3. ביטוח תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות כאמור בפרק ו'.
 - 2.1.4. ביטוח ניתוחים משלים לשב"ן כאמור בפרק ז'.
 - 2.1.5. מחלקה ראשונה כאמור בפרק ח'.
 - 2.1.6. בדיקות לנשים בהריון וטיפולי פוריות כאמור בפרק ט'.
 - 2.1.7. מרפאת מומחים כאמור בפרק י'.
 - 2.1.8. רפואה משלימה ויעוץ דיאטטי כאמור בפרק י"א.
 - 2.1.9. יעוץ פסיכיאטרי ופסיכולוגי כאמור בפרק י"ב.
 - 2.1.10. בדיקות רפואיות אבחוניות כאמור בפרק י"ג.
 - 2.1.11. שיקומית כאמור בפרק י"ד.
 - 2.1.12. אשפוזית כאמור בפרק ט"ו.
 - 2.1.13. כתב שירות רופא מלווה אישי בפרק ט"ז.
 - 2.1.14. אבחון מהיר בפרק י"ז.
 - 2.1.15. פיצוי והשתתפות בהוצאות רפואיות במקרה של גילוי מחלה קשה כאמור בפרק י"ח.
 - 2.1.16. כיסוי מיוחד לילדים כאמור בפרק י"ט.
 - 2.1.17. רפואה פרטית באו"ן ליין כאמור פרק כ'.
 - 2.1.18. טיפולים בהקלה בכאב, כאמור בפרק כ"א.
 - 2.1.19. טיפול רפואי באמצעות טכנולוגיות רפואיות מתקדמות כאמור בפרק כ"ב.
 - 2.1.20. השתתפות בהוצאות טיפולי שיניים כאמור בפרק כ"ג.

3. תנאי ההצטרפות

3.1. הצטרפות מבוטחים שהיו כלולים בהסכם ביטוח קודם

כל המבוטחים שהיו מבוטחים בהסכם הביטוח הקודם נכון ל-01.04.2021 יצורפו לביטוח זה באופן אוטומטי. הביטוח עבורם על פי פוליסה זו יכנס לתוקפו במועד תחילת הסכם זה.

3.2. הצטרפות חברים חדשים

3.2.1. הצטרפות חבר חדש:

חברים חדשים ובני/ות זוגם וילדיהם עד גיל 30, אשר יתחילו את חברותם אצל בעל הפוליסה לאחר מועד תחילת הסכם זה, יבקשו להצטרף לביטוח בתוך 90 יום מהמועד בו צורפו לחברים אצל בעל הפוליסה (להלן "תקופת ההצטרפות לעובדים חדשים"), יצורפו לביטוח בכפוף למילוי טופס הצטרפות, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וחיתום, וללא כל סייג או החרגה בגין מצב רפואי קודם כאמור בסעיף 2 אשר בפרק ב'. זכאותם לתגמולי ביטוח לא תהיה כרוכה בתקופת אכשרה כלשהי. יובהר כי לא יינתן כסיו על פי פוליסה זו עבור מקרה ביטוח שאירע טרם הצטרפות לביטוח.

3.2.2. הצטרפות בן/בת זוג חדש:

בן/בת זוג אשר ת/יינשא לחבר-מבוטח, וילדיו/ה עד גיל 30 שנה, יהיו זכאים להצטרף לביטוח בתוך 90 יום ממועד הנישואין או מהמועד בו הוכרו כידועים בציבור של החבר, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות וחיתום, וללא כל סייג או החרגה בגין מצב רפואי קודם כאמור בסעיף 2 אשר בפרק ב'. זכאותם לתגמולי ביטוח לא תהיה כרוכה בתקופת אכשרה כלשהי. יובהר כי לא יינתן כסיו על פי פוליסה זו עבור מקרה ביטוח שאירע טרם הצטרפות לביטוח.

3.2.3. צירוף תינוק לביטוח / צירוף ילד מאומץ:

3.2.3.1. תינוק של חבר מבוטח שנולד במהלך תקופת הביטוח, ואשר תוגש בקשה בכתב לצרפו לביטוח במהלך 120 יום מיום היוולדו, לא יידרש למלא בגינו הצהרת בריאות, וזכאותו לתגמולי ביטוח הינה ללא תקופת אכשרה, וללא כל סייג או החרגה בגין מצב רפואי קודם. תוקף הביטוח עבורו יחל במועד היוולדו.

בחלוף תקופה זו (120 יום מיום היוולדו), הצטרפות ה**תינוק מותנית במילוי הצהרת בריאות** ואישור המבטח בדבר קבלתו לביטוח על תנאיה ו/או סייגיה. יובהר כי התשלום בגין התינוק עבור הביטוח ישולם למפרע מיום הולדתו.

3.2.3.2. ילד מאומץ של חבר מבוטח אשר תוגש בקשה בכתב לצרפו לביטוח במהלך 120 יום מיום אימוצו, לא יידרש למלא בגינו הצהרת בריאות, וזכאותו לתגמולי ביטוח הינה ללא תקופת אכשרה, וללא כל סייג או החרגה בגין מצב רפואי קודם. תוקף הביטוח עבורו יהיה במועד בו הוכר כילדו של החבר על פי חוק. בחלוף תקופה זו (120 יום ממועד האימוץ כחוק), הצטרפות הילד המאומץ מותנית במילוי הצהרת בריאות ואישור המבטח בדבר קבלתו לביטוח על תנאיה ו/או סייגיה.

3.2.4. תנאי ההצטרפות של ילדי חברים

3.2.4.1. ילדים של חברים, בני/בנות זוגם וילדיהם המבוטחים על פי פוליסה זו (נכדי החברים) יהיו רשאים להצטרף לביטוח זה בכפוף לתנאי ההצטרפות המצוינים לעיל.

3.2.4.2. ילדי מבוטחים שצורפו לביטוח טרם מלאו להם 30 שנה, ובמהלך תקופת הביטוח מלאו להם 30, ימשיכו להיות מבוטחים במסגרת פוליסה זו.

3.2.4.3. **צירוף נכדי חברים מותנה בצירוף שני הוריו של הנכד - כלומר ילדו של החבר ובן/ת זוגו. אם ילדי החבר גרושים, צירוף הנכד מותנה רק בצירוף ילדו של החבר.**

3.2.5 חברים ובני משפחתם אשר יבקשו להצטרף לביטוח לאחר תקופות ההצטרפות המצוינות לעיל, לפי העניין, יהיו חייבים במילוי הצהרת בריאות המצורפת לפוליסה זו, ותחול תקופת אכשרה כנקוב בכל אחד מפרקי הפוליסה.

3.2.6 מבלי לגרוע מהאמור לעיל, חבר ו/או בן/ת זוגו וילדיו וילדי ילדיו שיצטרפו לביטוח, ובמועד הצטרפותם לביטוח זה **מבוטחים בביטוח פרטי או קולקטיבי אחר אצל המבטח**, יהיו זכאים להצטרף לביטוח זה ברצף ביטוחי מלא לגבי כיסויי ביטוח הדומים להם היו זכאים אם היו זכאים, במסגרת הביטוח הקודם. לעניין סעיף זה כיסויי ביטוח דומים - לרבות אם הגדרת הכיסוי הביטוחי, סכומי הביטוח, או הזכאות לקבלת התגמולים בביטוח זה עדיפים מהכיסוי הביטוחי במסגרת הביטוח הקודם. לגבי כיסויים ביטוחיים שלא נכללו בביטוח הקודם, יהיו חייבים המבקשים להצטרף לביטוח במילוי הצהרת בריאות, המצורפת לפוליסה זו, ותחול תקופת אכשרה כנקוב בכל אחד מפרקי הפוליסה.

3.2.7 זכאות במהלך שירות צבאי סדיר

במהלך שירות צבאי סדיר, יהיה ילדו של מבוטח זכאי לתגמולי ביטוח על פי פוליסה זו, ובפרק הניתוחים ללא צורך במיצוי זכאותו מהשב"ל. למען הסדר הטוב יודגש כי על חייל בשירות סדיר לקבל אישור שלטונות צה"ל בטרם קבלת שירות רפואי באופן פרטי, עקב כך ייתכן כי המשרת - המבוטח לא יוכל למצות את מלוא זכויותיו על פי תנאי פוליסה זו.

3.2.8 פרישה של מבוטח מהביטוח וצירופו בשנית

מובהר בזאת כי מבוטחים אשר פרשו מביטוח זה, או מכל רובד ממנו, מסיבה כלשהי וחזרו בהם, יהיו חייבים במילוי הצהרת בריאות. הצטרפותם מחדש לביטוח מותנית בהסכמה ובאישור מפורש של המבטח. מבוטחים אלה יהיו זכאים לתגמולי ביטוח לאחר תקופות האכשרה הנקובות בכל פרק.

3.3 צירוף מבוטחים בהתאם לסעיף 4 בתקנות ביטוח בריאות קבוצתי התשס"ט

3.3.1 מוטלת על המבוטח לפי תנאי פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי חובה אחת מאלה:

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

2. לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי.

3. לא יצרף המבטח מבוטח 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 בנפרד, 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 - המבטח רשאי לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו או בן-זוגו.

3.3.2 סעיף 3.4.1 לא יחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר, אם התקיימו תנאים אלה:

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

2. 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 בלא בחינה מיוחדת של מצב רפואי קודם ובלא תקופת אכשרה.

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

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

3.4 מתן מסמכים למבוטח - בהתאם לסעיף 6 בתקנות ביטוח בריאות קבוצתי

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

3.4.2 על אף האמור בסעיף 3.4.1 לעיל, חודש הביטוח הקבוצתי לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או האורך 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-

- (1) כי הוארכה תקופת הביטוח ולא חלו שינויים בתנאי הכיסוי הביטוחי.
- (2) את האפשרות של המבוטח לקבל העתק ממסמכי הפוליסה.
- (3) את האפשרות של המבוטח לעיין במסמכי הפוליסה תוך מתן פירוט היכן הדבר ניתן.

3.4.3 דף פרטי הביטוח יכלול את הפרטים כמפורט להלן לפחות, אם לא נכללו בטופס הגילוי הנאות:

- (1) שם המבטח, שם בעל הפוליסה, שם סוכן הביטוח, אם קיים, ושם פוליסת הביטוח הקבוצתי החלה לגבי המבוטח.
- (2) סכום הביטוח שרכש מבוטח מסוים, אם ניתן לרכוש סכומי ביטוח שונים לגבי אותו כיסוי במסגרת אותה פוליסה.
- (3) הגבלות על היקף הכיסוי הביטוחי של מבוטח מסוים, לרבות סייג בשל מצב רפואי מסוים של אותו מבוטח.
- (4) תוספת חיתומית לגבי מבוטח מסוים וכן פירוט המצב הרפואי או סיבה אחרת שבשלהם נקבעה התוספת האמורה.
- (5) אופן הגשת תביעה לתשלום תגמולי ביטוח ולבירור זכויות וחובות לפי הפוליסה;
- (6) פרטים נוספים שיוורה עליהם המפקח.

3.4.4 חלה על מבטח חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, ישלח המבטח למבטוח, לפי דרישתו, העתק מהחווזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, בתוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבטח.

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

3.5 מתן הודעות למבטוח בהתאם לסעיף 7 בתקנות ביטוח בריאות קבוצתי

3.5.1 חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהיה מבטח בה ערב מועד תחילת השינוי, עד 60 ימים לפני מועד השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי. נדרשה הסכמתו המפורשת של מבטוח, כאמור בסעיף 3.3, תיכלל בהודעה כאמור פסקה לעניין ההסכמה המפורשת הנדרשת של המבוטח, ובהיעדרה המשמעות של העדר הרצף הביטוחי כאמור בסעיף 4.3. לא התקבלה הסכמתו המפורשת של המבטוח כאמור עד למועד תחילת השינוי, ימסור המבטח למבטוח 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.

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

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

3.5.1.3 פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בסעיף 16.3 ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים, 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.

3.5.2 חלה על מבטוח 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.

3.6. תשובת המבטח לבקשת הצטרפות לביטוח למבוטחים הנדרשים למלא הצהרת בריאות

3.6.1. שולמו למבטח כספים על חשבון דמי ביטוח, לפני שניתנה הסכמת המבטח לעריכת הביטוח, לא ייחשב התשלום כהסכמת המבטח לעריכת הביטוח. במקרה זה, ישלח המבטח בתוך 30 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 המבטח לא מתקבל לביטוח, ואין לו כיסוי ביטוחי בתוקף, או פנייה להשלמת נתונים או הצעת ביטוח נגדית.

3.6.2. אם תוך 30 יום מיום קבלת דמי הביטוח לראשונה, לא שלח המבטח הודעת דחייה כאמור לעיל, או פנייה להשלמת נתונים או הצעת ביטוח נגדית, ייחשב המועמד לביטוח כמי שצורף לביטוח בתנאים הקבועים בהצעת הביטוח.

3.6.3. אירע למועמד לביטוח מקרה ביטוח בתקופה שבין קבלת דמי הביטוח לראשונה לבין החלטת המבטח בדבר קבלתו או אי קבלתו לביטוח, ועל פי הוראות החיתום הרפואי הקיימות אצל המבטח לגבי מועמדים לביטוח בעלי מאפיינים דומים, יהיה המבטח מודיע 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.

3.6.4. מובהר כי סעיף זה לא יחול על מבוטחים שצירופם לביטוח הוא צירוף אוטומטי כהגדרתו בפרק א'.

3.6.5. אין באמור כדי למנוע מהמבטח לבקש מבעל הפוליסה אישור לפיו המועמד לביטוח זכאי להצטרף לביטוח הקבוצתי על פי פוליסה זו.

3.7. **מבוטח שהצטרף לביטוח בנסיבות המחייבות מילוי הצהרת בריאות, יחתום על הצהרה בדבר ויתור על סודיות רפואית. המבטח זכאי בשלב בחינת תנאי ההצטרפות, לפנות לכל גורם לגביו ניתן הוויתור לקבלת מידע אודות מצבו הרפואי של המבוטח. לא עשה כן, יהיה מנוע מלטעון בשלב התביעה כי המבוטח אינו זכאי לתגמולי ביטוח או פחתה חבות המבוטח, בשל מצב רפואי קודם.**

4. דמי הביטוח

4.1. דמי הביטוח (הפרמיות) בשקלים חדשים עבור כל מבוטח:

גיל	פרמיה
ילד עד גיל 21	36.00 ₪
22-40	73.44 ₪
41-55	113.76 ₪
56-65	169.92 ₪
66+	259.20 ₪

4.1.1. דמי הביטוח צמודים למדד הידוע ביום תחילת הפוליסה.

4.1.2. דמי הביטוח ישתנו בהתאם לקבוצת הגיל אליה משתייך המבוטח על פי טבלת השתנות הפרמיה המצורפת לפוליסה/להסכם, ובהתאם לגילו של המבוטח באחד בחודש יום ההולדת. (לדוגמא: מבוטח שהצטרף לפוליסה ויגיע לגיל 40 ביום 10.01.2021, דמי הביטוח ישתנו ככל שנדרש על-פי טבלת הפרמיות ביום 01.01.2021 לפי דמי הביטוח של גיל 40).

- 4.1.3 דמי הביטוח כוללים את כל ההוצאות, בין המיוחדות, בין הכלליות ובין האחרות מכל מין וסוג. דמי הביטוח הינם עפ"י מדד הידוע מועד תחילת הסכם הביטוח, ויהיו צמודים למדד.
- 4.2 התאמת דמי הביטוח (פרמיה)
- 4.2.1 לאחר 18 חודשי ביטוח החל ממועד תחילת הביטוח, וכעבור 24 חודשים נוספים (מועדי עריכת החשבון) יהיה רשאי המבטח להתאים את סכום דמי הביטוח לכלל המבוטחים לגבי יתרת תקופת ההסכם, וזאת על פי ניסיון התביעות ובהתאם לנוסחת התאמת הפרמיה הקבועה בהסכם הביטוח.
- 4.2.2 לא נשאה תכנית הביטוח הפסדים כאמור לעיל, לא יחול שינוי בדמי הביטוח שנקבעו במועד עריכת החשבון למעט הצמדתם למדד.
- 4.3 קביעת דמי הביטוח בהתאם לסעיף 5 (ב) בתקנות ביטוח בריאות קבוצתי המבטח לא יבצע במהלך תקופת הביטוח או במועד חידוש הביטוח הקבוצתי, העלאה של דמי הביטוח שנושא בתשלומם המבוטח בסכום העולה על 15 שקלים חדשים במצטבר לכל מבוטח או בשיעור העולה על 50 אחוזים מהם, הנמוך ביניהם, אלא על פי הסכמתו המפורשת של המבוטח בטרם מועד העלאת דמי הביטוח, אשר תועדה. אם המבוטח 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 היחסית מדמי הביטוח שנושא בהם המבוטח;
- (2) לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח, במלואה או בחלקה או בהרחבתה.
- (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.
- 4.4 על אף האמור בסעיף 4.3, הממונה על הביטוח רשאי לאשר למבטח כי לגבי תכנית מסוימת לא נדרש לקבל את הסכמתו המפורשת של מבוטח לפי תקנה זו, אם מצא כי הדבר הוא לטובת המבוטחים.

5. תביעות

- 5.1 **הודעה על קרות מקרה הביטוח בהתאם לסעיף 22 לחוק חוזה הביטוח**
קרה מקרה הביטוח, על המבוטח או המוטב להודיע על כך למבטח מיד לאחר שנודע לו על קרות המקרה ועל זכותו לתגמולי הביטוח. מתן הודעה מאת אחד מאלה משהרר את השני מחובתו.
- 5.2 **בירור חבותו של המבטח בהתאם לסעיף 23 לחוק חוזה הביטוח**
(א) משנמסרו למבטח הודעה על קרות מקרה הביטוח ותביעה בכתב לתשלום תגמולי הביטוח, על המבטח לעשות מיד את הדרוש לבירור חבותו.
(ב) על המבוטח או על המוטב, לפי העניין, למסור למבטח, תוך זמן סביר לאחר שנדרש לכך, את המידע והמסמכים הדרושים לבירור החבות, ואם אינם ברשותו, עליו לעזור למבטח, ככל שיוכל, להשיגם.

- 5.3. במקרי ביטוח הבאים: השתלות וטיפולים בחו"ל, ניתוחים בארץ או בחו"ל, תרופות שלא בסל הבריאות, והוצאות רפואיות מיוחדות, יפנה המבוטח אל המבטח בטרם קבלת הטיפול בכדי לקבל אישור לחבותו על פי פוליסה זו. **קבלת אישור המבטח לקיום מקרי ביטוח כאמור היא תנאי מהותי לאחריות המבטח.**
- 5.4. על אף האמור בסעיף 5.3, אם היה מקרה ביטוח כרוך במצב חירום רפואי, או באשפוז ממושך בלתי מתוכנן, ישלם המבטח תגמולי ביטוח לאחר בירור ואישור חבותו, גם אם המבוטח ו/או מי מטעמו לא הודיעו למבטח מראש על מקרה ביטוח, ו/או לא קיבלו אישור מאת המבטח לחבותו על פי הפוליסה טרם קבלת הטיפול הרפואי.
- 5.5. על אף האמור בסעיף 5.3 לעיל, אם בוצע במבוטח טיפול רפואי כאמור טרם קבלת אישור המבטח מראש, יהיה זכאי המבוטח לתגמולי ביטוח, בכפוף לזכאותו לתגמולי ביטוח ובסכום חבות המבטח, ובכפוף להוראות פוליסה זו, אם היה מבקש אישור מראש והאישור היה ניתן ע"י המבטח.
- 5.6. המבוטח ימסור למבטח את כל הפרטים והמסמכים הרפואיים המתייחסים לתביעתו, ומסמכים הדרושים למבטח לבירור חבותו, והכול אם מסמכים אלה מצויים ברשותו של המבוטח ו/או ביכולתו להשיג אותם. כמו כן המבוטח יחתום על כתב ויתור סודיות רפואית אם נדרש לעשות כן. אם המבוטח פנה לשב"ן למצות את זכאותו, ימציא המבוטח אישור מאת השב"ן לגבי זכאותו.
- 5.7. המבטח ישיב למבוטח תוך 14 ימי עבודה על החלטתו לגבי התביעה, או לגבי הצורך במסמכים נוספים הדרושים לו לשם בירור חבותו. במקרים דחופים יטופלו הפניות באופן מיידי.
- 5.8. **הכשלה של בירור החבות בהתאם לסעיף 24 לחוק חוזה הביטוח**
- (א) לא קיומה חובה לפי סעיף 5.1 או לפי סעיף 5.2(ב) במועדה, וקיומה היה מאפשר למבטח להקטין חבותו, אין הוא חייב בתגמולי הביטוח אלא במידה שהיה חייב בהם אילו קיומה החובה; הוראה זו לא תחול בכל אחת מאלה:
- (1) החובה לא קיומה או קיומה באיחור מסיבות מוצדקות;
- (2) אי קיומה או איחורה לא מנע מן המבטח את בירור חבותו ולא הכביד על הבירור.
- (ב) עשה המבוטח או המוטב במתכוון דבר שהיה בו כדי למנוע מן המבטח את בירור חבותו או להכביד עליו, אין המבטח חייב בתגמולי ביטוח אלא במידה שהיה חייב בהם אילו לא נעשה אותו דבר.
- 5.9. **סיוג בדבר אחריות המבטח לבחירת נותן השירות וטיב השרות הרפואי**
- מובהר ומוצהר כי המבטח אינו אחראי לטיב השירותים הרפואיים ו/או האחרים הניתנים למבוטח במסגרת ביטוח זה. המבטח אינו אחראי לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אדם זולתו באופן ישיר או עקיף עקב בחירתו של המבוטח בנותני שירותים, ו/או עקב מעשה מחדל של נותן שירותים, זאת למעט השירותים הניתנים תחת כתבי השירות בפוליסה.

6. תגמולי ביטוח

- 6.1. מובהר ומוצהר בזאת כי הזכאות לתגמולי ביטוח עפ"י פוליסה זו הינה על פי התנאים המצוינים בפוליסה זו, ואינה מותנית באישור קופ"ח, השב"ן או כל מבטח אחר.
- 6.2. **הזכאות לתגמולי ביטוח על פי פרק ז' - ניתוחים - מיצוי הביטוח המשלים (שב"ן)**
- הזכאות לתגמולי ביטוח על פי פרק ז' ניתוחים הינה לאחר מיצוי זכאותו (שיפוי, פיצוי, הנחה או השתתפות) של המבוטח במסגרת תכנית השב"ן בה הוא חבר, ובנוסף להם. והכל בכפוף לתנאים שנקבעו בפרק ז' ובכפוף לאמור להלן.

6.3 תשלומי תגמולי ביטוח ע"י המבטח

עם אישור התביעה על ידי המבטח, ישלם המבטח את תגמולי הביטוח ישירות לנותן השירות או למבוטח, ו/או ימציא התחייבות כספית לנותן השירות, בהתאם לכיסוי הביטוחי הרלוונטי, כמפורט להלן:

6.3.1 התחייבות כספית לנותן שירות שבהסכם

6.3.1.1 אם הטיפול יבוצע ע"י נותן שירות שבהסכם עם המבטח, ימציא המבטח לנותן השירות כתב התחייבות כספית, בניכוי השתתפות השב"ן לו זכאי המבוטח לפי העניין.

6.3.1.2 כתב ההתחייבות יינתן לנותן השירות ו/או למבוטח תוך 7 ימי עבודה ממועד קבלת התביעה במשרדי המבטח, בכפוף לקבלת כל המסמכים הנדרשים לצורך קביעת חבותו.

6.3.1.3 במקרים דחופים יומצא כתב ההתחייבות מיידית בכדי לאפשר את קבלת הטיפול במועד, בכפוף לכך שהתביעה אושרה ע"י המבטח.

6.3.2 השתתפות המבטח עבור טיפול אצל נותן שירות שאינו בהסכם (למעט לצורך ביצוע ניתוח)

6.3.2.1 אם הטיפול יבוצע ע"י נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח, יהיה המבטח רשאי, על פי שיקול דעתו ובתיאום מראש עם המבוטח, לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם ישירות לנותן השירות, או לשלם למבוטח כנגד קבלות.

6.3.3 המבטח יהיה זכאי לנהל על חשבוננו כל חקירה באופן סביר, ולבדוק את המבוטח על ידי רופא אחד או יותר מטעמו כפי שימצא לנכון, יובהר כי אין בכך כדי לגרוע מיכולות המבוטח למצות בכל עת את זכויותיו המוקנות לו מכוח הפוליסה בבית המשפט.

6.3.4 תגמולי הביטוח ישולמו תוך 14 ימי עבודה ממועד קבלת הקבלות הנוגעות לאותה תביעה במשרדי המבטח, ובכפוף לאישור התביעה.

6.4 הגשת קבלות למבטח

תשלום תגמולי ביטוח ישירות למבוטח מותנה בכך שהמבוטח המציא למבטח קבלות או העתקן המאשרות ששילם את התשלום בפועל, המבוטח רשאי להגיש את המסמכים בין היתר באמצעות דואר אלקטרוני, מסרון או חשבון אישי מקוון.

6.5 טיפולים רפואיים בחו"ל

תגמולי ביטוח אשר נועדו לממן טיפולים רפואיים המתבצעים מחוץ לגבולות מדינת ישראל ישולמו במטבע המדינה בה יש לבצע את התשלום.

6.6 תגמולי ביטוח הנקובים במטבע זר

תגמולי ביטוח הנקובים במטבע זר והמשולמים בישראל, ישולמו בשקלים בהתאם לשער המכירה (העברות והמחאות) של המטבע הזר הנ"ל שיהיה נהוג בבנק פועלים בע"מ ביום הכנת התשלום על ידי המבטח, ובלבד שהתשלום הועבר לחשבון המבוטח או נשלח בדואר רשום תוך שני ימי עסקים ממועד ההכנה.

6.7 פטירת מבוטח

נפטר מבוטח, ישלם המבטח את יתרת תגמולי הביטוח לספק השירות הרפואי לו התחייב המבטח לשלם. בהעדר התחייבות כלפי ספק השירות הרפואי או אם נותרה יתרה לאחר ביצוע תשלום על פי ההתחייבות האמורה, ישלם את היתרה לעיזבוננו של המבוטח או ליורשיו, על פי צו קיום צוואה או על פי צו ירושה.

7. גבול אחריות המבטח מחוץ לגבולות מדינת ישראל וביטוח נסיעות לחו"ל

חבות המבטח הינה לגבי טיפולים ושיירותים רפואיים הכלולים בפוליסה זו, המבוצעים במדינת ישראל, אך אם הצורך בביצוע הטיפול הרפואי התגלה בעת שהות המבוטח בחו"ל, ולמעט, השתלות, טיפולים רפואיים מיוחדים, ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח, אשר המבוטח בחר לבצעם בחו"ל, וכל עוד המבוטח הינו תושב ישראל ושהה בארץ מעל 183 יום במהלך 12 חודשים קודם לקרות מקרה הביטוח.

יובהר מעבר לכל ספק אפשרי, כי הביטוח על פי הסכם זה אינו מחליף ביטוח נסיעות לחו"ל.

8. זכות שיבוב כלפי צד שלישי

8.1. אם בגין מקרה הביטוח הייתה למבוטח גם זכות שיפוי כלפי צד שלישי (לרבות זכות שיפוי במסגרת חוק הבריאות הממלכתית ו/או תכנית השב"ן), שלא מכוח חוזה ביטוח, עוברת זכות זו למבטח מעת ששילם למבוטח את מלוא תגמולי ביטוח, ובשיעור התגמולים ששילם, ומבלי לפגוע בזכות המבוטח לגבות תחילה מצד שלישי שיפוי מעל לתגמולי ביטוח שקיבל על פי פוליסה זו.

8.2. קיבל המבוטח מהצד השלישי שיפוי שהיה מגיע למבטח על פי סעיף זה, עליו להעבירו למבטח.

8.3. בכל מקרה של פשרה, ויתור, או פעולה אחרת של המבוטח, הפוגעת בזכות שעברה למבטח, עליו לפצותו בשל כך בסכום שלא יעלה בכל מקרה על הסכום עליו ויתר המבוטח, ועל התגמולים אותם קיבל מן המבטח.

8.4. המבוטח מתחייב לשתף פעולה ככל שיידרש ממנו באופן סביר לשם מימוש זכותו של המבטח כאמור.

9. כפל ביטוח - בהתאם לסעיף 10 בתקנות ביטוח בריאות קבוצתי

9.1. המבטח יהיה אחראי, לחוד, כלפי המבוטח על מלוא סכום תגמולי הביטוח עד לגובה התקרה הקבועה בפוליסה זו, אך אם היה המבוטח זכאי לכיסוי הוצאות המשולמות בעד מקרה ביטוח גם לפי פוליסה לביטוח בריאות אחרת בין אצל אותו מבטח ובין אצל מבטח אחר.

9.2. בפוליסות שתגמולי ביטוח לפיהן משולמים בהתאם לשיעור הנזק שנגרם, וישאו המבטחים בנטל החיוב בינם לבין עצמם, לפי היחס שבין תקרות תגמולי הביטוח הנוגעות למקרה הביטוח כפי שהן קבועות בפוליסות הביטוח.

10. הצמדה

10.1. כל הסכומים הנקובים בפוליסה זו, לרבות סכומי הביטוח, ההשתתפות העצמית, ודמי הביטוח שיש לשלם על פי תנאי הפוליסה על ידי המבטח ו/או המבוטח הכולל פי העניין, יהיו צמודים למדד.

10.2. חישוב הצמדה ייעשה ע"י המבטח לגבי תגמולי הביטוח בקרות מקרה הביטוח, או לגבי תשלום דמי הביטוח, עפ"י היחס שבין המדד הידוע האחרון אשר פורסם לפני מועד התשלום בפועל, לבין המדד הידוע ביום תחילת הפוליסה.

10.3. מועד התשלום לעניין פוליסה זו הינו המועד הנקוב בהמחאה או מועד ההעברה הבנקאית, לפי העניין.

11. ערעור על החלטת המבטח

11.1. במקרה של חילוקי דעות בין המבוטח לבין המבטח לגבי זכאותו של המבוטח לתגמולים, ו/או לגבי סכום התגמולים, יהיה המבוטח רשאי לפנות לוועדת ערר.

- 11.2. ועדת הערר תהיה מוסמכת לדון בתביעה, לקבלה או לדחותה, בהתאם לתנאי הפוליסה.
- 11.3. החלטת הוועדה תתקבל ברוב קולות חבריה.
- 11.4. החלטתה של הוועדה תחייב את המבטח, ותיחשב לכל דבר ועניין כהחלטתו של המבטח בעניין התביעה.
- 11.5. ועדת הערר תורכב משלושה נציגים כדלקמן: נציג מטעם המבטח, נציג מטעם בעל הפוליסה ויועץ הביטוח.
- 11.6. ועדת הערר תתכנס לדון בתביעות שהוגשו אליה לא יאוחר מ-30 ימים מן היום בו הוגשה אליה תביעה.
- 11.7. אם לא קיבלה הוועדה החלטה בתביעה בשל חילוקי דעות בין חבריה, ימנו חבריה בהסכמה רופא מומחה, ואם הייתה המחלוקת בין חברי הוועדה נוגעת לעניין שאינו רפואי, ימנו מומחה אחר בתחום לו נוגעת המחלוקת (להלן בסעיף זה "המומחה"). במקרים אלה יועץ הביטוח יהיה הפוסק לעניין בחירת הרופא המומחה ו/או המומחה לפי העניין. יובהר כי שכרו של המומחה ישולם ע"י המבטח.
- 11.8. המומחה יבחן את התביעה וישמע את עמדות חברי הוועדה, ולאחר מכן יכריע בתביעה. החלטתו של המומחה תחשב לכל דבר ועניין כהחלטת ועדת הערר.
- 11.9. למען הסר ספק, אין בהחלטת המומחה ו/או הוועדה כדי למנוע מהמבטח לפנות לערכאות שיפוטיות למיצוי תביעתו, על פי כל דין.

12. תקופת הביטוח

- 12.1. תקופת ביטוח זו הינה בת 60 חודשים החל מ-01.04.2021 ועד 31.03.2026.
- 12.2. בתום תקופת הביטוח תעמוד לבעל הפוליסה הזכות להורות למבטח על הארכת תקופת הביטוח לתקופה נוספת של עד 90 יום, לצורך בחינת חידוש הסכם הביטוח. תנאי הביטוח בתקופת הארכה יהיו זהים לתנאים הקבועים בפוליסה זו. בתקופת הארכה המבטח יהיה זכאי למכסות טיפולים נוספות באופן יחסי לתקופת הארכה.
- 12.3. חודשה תקופת הביטוח אצל המבטח, הזכאות לתגמולי ביטוח ומניין מכסות הביטוח יקומו מחדש כאילו הצטרף המבטח לביטוח לראשונה.
- 12.4. אם יפחת מספר המבוטחים בקבוצה מ-50, לא תחודש הפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.

13. תום הביטוח ו/או הפסקתו

- 13.1. תום תקופת הביטוח עבור כל אחד מהמבוטחים יהיה לפי המוקדם מבין המועדים הבאים:
- 13.1.1. יום תום תקופת הסכם הביטוח שבין בעל הפוליסה למבטח.
- 13.1.2. היום האחרון בחודש בו סיים המבטח את חברותו אצל בעל הפוליסה.
- 13.1.3. 3 ימים מהמועד בו התקבלה במשרדי המבטח הודעה בכתב של המבטח, על הפסקת הביטוח לגביו.
- 13.1.4. לגבי בן/בת זוג וילדי בני הזוג - היום האחרון בחודש בו הודיע בעל הפוליסה למבטח על גבי קובץ כ"א, על סמך הודעה בכתב של המבטח על גירושיו. לעניין זה "גירושין" לרבות סיום יחסי שותפות של תא משפחתי בין בני זוג - ידועים בציבור.
- 13.2. מובהר כי אם קיבל המבטח דמי ביטוח בעד המבטח בשל פוליסה זו, הפוליסה לא תפקע לגביו לפני תום תקופת הביטוח כאמור בסעיף 13.1, ויחולו כל הכיסיים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח.

14. ביטול הפוליסה על ידי המבטח

המבטח לא יהיה רשאי לבטל את הפוליסה במהלך תקופת הביטוח, למעט במקרה שהמבוטח ו/או בעל הפוליסה לא שילם דמי ביטוח כסדרם למשך תקופה העולה על 90 יום. במקרה זה, על פי הוראת חוק חוזה הביטוח, יבוטל הביטוח לאותו מבוטח ו/או עבור כלל המבוטחים שעבורם לא שולמו דמי הביטוח. על אף האמור לעיל, בטרם ביטול הביטוח למבוטח ו/או לקבוצת מבוטחים, יפנה המבטח לבעל הפוליסה ויודיעו על כך. הצהרה בכתב של בעל הפוליסה שתינתן בתוך 30 יום מהודעה כאמור, לפיה אי-תשלום דמי ביטוח בגין מבוטח ו/או קבוצת מבוטחים מקורו בטעות שבתום לב, תאפשר תשלום רטרואקטיבי של דמי הביטוח ותמנע ביטול הביטוח.

15. ביטול הפוליסה על ידי בעל הפוליסה או המבוטח

15.1. ביטול הפוליסה ע"י בעל הפוליסה

מבלי לגרוע מכל זכות ו/או סעד אחרים של בעל הפוליסה, בעל הפוליסה רשאי לבטל את התקשרותו עם המבטח בהסכם הביטוח בהודעה בכתב למבטח בכל עת, מכל סיבה שהיא, ובתנאי כי בעל הפוליסה יסדיר את המשך הביטוח אצל מבטח אחר ליתרת תקופת הביטוח. ביטול הפוליסה יכנס לתוקפו לאחר 90 יום מהמועד בו התקבלה בקשת הביטול במשרדי המבטח. ביטול הפוליסה על ידי בעל הפוליסה משמעו ביטול הפוליסה לגבי כל המבוטחים.

15.2. ביטול הפוליסה ע"י המבוטח

15.2.1. מבלי לגרוע מכל זכות ו/או סעד אחרים של המבוטח, המבוטח רשאי לבטל את הפוליסה מכל סיבה שהיא בהודעה בכתב למבטח בכל עת. ביטול הפוליסה יכנס לתוקפו לאחר 3 ימים מהמועד בו התקבלה בקשת הביטול במשרדי המבטח.

15.2.2. יובהר כי ביטול הפוליסה של החבר המבוטח יהווה גם ביטול הפוליסה של בן/בת הזוג וילדיהם. ביטול הפוליסה עבור בן/בת או ילדי החבר לא יהווה ביטול הביטוח של החבר.

16. ביטול הפוליסה לגבי מבוטח מסוים - בהתאם לתקנה 8 בתקנות ביטוח בריאות קבוצתי

16.1. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח והודיע המבוטח בכתב 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 שאירע בתקופת 60 הימים כאמור.

16.2. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד חידוש הביטוח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין. בוטל הביטוח כאמור בתקנת משנה זו 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 לעניין סעיף זה, "לא התקבלה הסכמה"- למעט סירוב המבוטח במפורש ובכתב לחידוש הביטוח או שינוי תנאיו ולרבות מבוטח שההודעה השנייה נמסרה לו באמצעות שיחה טלפונית ובמהלכה לא הביע את הסכמתו המפורשת.

16.3. על אף האמור בסעיף 13.1.2 ו-סעיף 17.2.1 פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה 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, מבטח יהיה רשאי שלא לבטל את הביטוח כאמור עד תום תקופת הביטוח הנקובה בפוליסה, בכפוף להסכמת המבוטח.

17. המשכיות

17.1. סיום ההסכם או ביטולו

17.1.1. עם סיום ההסכם, לרבות במקרה של ביטולו ע"י בעל הפוליסה או המבטח, וההסכם לא חודש, בין אם אצל אותו מבטח ובין אם אצל מבטח אחר, לכלל או לחלק מהמבוטחים יהיו רשאים המבוטחים לגביהם לא חודש הביטוח לרכוש אצל המבטח ביטוח רפואי פרטי הכולל כיסויים ביטוחיים דומים או הנותנים מענה ביטוחי דומה, או כיסויים פחותים, לאלה בהם היו מבוטחים על פי ביטוח זה, לפני מועד סיום ההסכם או ביטולו.

17.1.2. דמי הביטוח יהיו בהנחה של 25% לכל חיי הפוליסה, מהתעריף שיהיה בתוקף אצל המבטח לכלל האוכלוסייה במועד רכישת הביטוח הפרטי. התעריף ייקבע לפי גיל המבוטח בעת רכישת הביטוח הפרטי.

17.1.3. המבטח יפנה בכתב לכל מבוטח, או לחלק של המבוטחים אשר הפוליסה אינה מתחדשת לגביהם, ויציע להם את אפשרות המעבר לפוליסה פרטית בתוך 90 יום ממועד הודעת המבטח. תחילת תקופת הביטוח בפוליסה הפרטית תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח.

17.1.4. המעבר לביטוח רפואי פרטי יהיה ברצף ביטוחי מלא לכיסויים הדומים או פחותים מהכלול בפוליסה זו. אם יוסיף המבוטח כיסויים מעבר לאלו שבהם היה מבוטח, יידרש המבוטח למלא הצהרת בריאות כמקובל אצל המבטח.

17.1.5. המשך הביטוח מותנה בכך שהמבוטחים יסדירו את תשלומי דמי הביטוח במישרין מול המבטח.

17.1.6. יובהר בזאת כי המבטח יהיה אחראי וחייב בתגמולי ביטוח בגין כל מקרה ביטוח שאירע במהלך תקופת הביטוח, ובכפוף לתקופת ההתיישנות כמוגדר בפוליסה.

17.1.7. מבוטח הזכאי לתגמולי ביטוח עפ"י פוליסה זו, וטרם מיצה את מלוא זכאותו בתקופת הביטוח הנוכחית, המבטח יהיה מחויב להמשיך ולשלם את תגמולי הביטוח גם לאחר תום תקופת הביטוח, ובתנאי שמקרה הביטוח אירע בתקופת ההסכם הנוכחית.

17.1.8. המבטח אחראי לפנות בכתב לכל מבוטח, ולהציע לו בצורה ברורה את האפשרות להמשיך ביטוח כאמור, כולל הסבר לגבי הזכות לרצף ביטוחי מלא לגבי כיסויים דומים או פחותים וההנחה המוצעת.

17.2. המשכיות הביטוח עקב סיום חברותו אצל בעל הפוליסה

17.2.1. מבוטח שסיים את חברותו אצל בעל הפוליסה, ובני משפחתו שהיו מבוטחים במסגרת הסדר הביטוח הקבוצתי, יוכלו לרכוש ביטוח רפואי פרטי הכולל כיסויים ביטוחיים דומים או פחותים מאלה בהם היו מבוטחים לפני סיום עבודתו, ברצף ביטוחי מלא.

17.2.2. דמי הביטוח בעת מעבר לפוליסה פרטית יהיו בהנחה בשיעור 25% לכל חיי הפוליסה, מהתעריף שיהיה בתוקף אצל המבטח לכלל האוכלוסייה במועד רכישת הביטוח הפרטי. התעריף ייקבע לפי גיל המבוטח בעת רכישת הביטוח הפרטי.

17.2.3. עם היוודע למבטח על סיום חברותו של המבוטח אצל בעל הפוליסה, יודיע בכתב למבוטח על אפשרותו להמשיך את הביטוח בפוליסת המשך כאמור לעיל, בתוך 90 יום מקבלת הודעת המבטח. הודעה כאמור תכלול הסבר

- ברור לגבי האפשרות להמשך ביטוח כאמור, כולל הסבר לגבי הזכות לרצף ביטוחי מלא לגבי כיסויים דומים או פחותים.
- 17.2.4. תחילת תקופת הביטוח בפוליסת ההמשך תהיה למפרע מיום סיום חברותו אצל בעל הפוליסה.
- 17.2.5. המשך הביטוח כאמור מותנה בכך שתשלומי דמי הביטוח הוסדרו במישרין מול המבטח.
- 17.3. המשכיות הביטוח במקרה של גירושין**
- 17.3.1. בוטל ביטוחו של בן/ת זוגו של עובד עקב גירושין, יהיה זכאי הגרוש/ה לרכוש ביטוח רפואי פרטי הכולל כיסויים ביטוחיים דומים או פחותים מאלה בהם היו מבוטחים במסגרת הביטוח הקבוצתי, ברצף ביטוחי מלא.
- 17.3.2. דמי הביטוח יהיו בהנחה בשיעור של 25% מהתעריף שיהיה בתוקף אצל המבטח לכלל האוכלוסייה במועד רכישת הביטוח הפרטי, לכל חיי הפוליסה. התעריף ייקבע לפי גיל המבוטח בעת רכישת הביטוח הפרטי.
- 17.4. **המשכיות הביטוח עבור בני משפחה במקרה של פטירת עובד**
 מובהר כי שאיריו של עובד שנפטר ימשיכו להיות מבוטחים על פי תנאי פוליסה זו. דמי הביטוח ישולמו למבטח במישרין ע"י השארים.
- 17.5. **יובהר מעל לכל ספק כי מבוטח שביטל את הפוליסה מיוזמתו, לא יהיה זכאי לתנאי המשכיות המצוינים לעיל.**

18. שינויים בפוליסה

- 18.1. בעל הפוליסה יהיה רשאי להודיע בכל עת למבטח על רצונו לנהל משא ומתן כדי לערוך שינויים/שיפורים בתנאי הפוליסה, ו/או להאריך או לקצר את תקופת הסכם הביטוח, ו/או לעדכן את תנאי הביטוח בהתאם להנחיות או תקנות המפקח על הביטוח כפי שיהיו מעת לעת (להלן "תיקון הפוליסה"). במקרה כזה ינהלו הצדדים משא ומתן בתום לב על תיקון הפוליסה.
- 18.2. לא הגיעו הצדדים להסכמה לגבי התיקון המבוקש ו/או לגבי העלויות הכרוכות בכך, יהיה בעל הפוליסה רשאי להביא את הסכם הביטוח לסיומו, אף אם טרם חלפה במלואה תקופת הביטוח, וזאת בהודעה בכתב שייתן למבטח 90 ימים לפני מועד סיום הסכם זה על פי ההודעה, ובתנאי שערך הסדר ביטוח חלופי למבוטחים.
- 18.3. אם במהלך תקופת הביטוח חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, בהסכמה בין המבטח ובעל הפוליסה, יחולו התנאים הקבועים בסעיף 5.11 לעיל, לפי העניין.

19. התיישנות

תקופת התיישנות של תביעה לתשלום תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח על פי פוליסה זו, היא חמש שנים מיום קרות מקרה הביטוח.

20. חוק הביטוח

הוראות חוק הביטוח התשמ"א-1981 יחולו על פוליסה זו בכל אותם עניינים אשר לא הוסדרו בפוליסה עצמה.

21. הודעות

על המבוטח להודיע למבטח על כל שינוי בכתובתו במכתב רשום או ע"י דואר אלקטרוני או באמצעות אתר החברה באזור המידע האישי. הודעה שתישלח על ידי מבטח לכתובת האחרונה הידועה לו של המבוטח, תיחשב כהודעה שנמסרה למבוטח כהלכה. אם חזרה

ההודעה ששלח המבטח בדואר, ישלח המבטח הודעה בדואר לכתובתו הרשומה במרשם האוכלוסין, וזו האחרונה תיחשב כהודעה שנמסרה למבטח כהלכה.

22. מקום שיפוט

בתביעות שבין המבוטחים למבטח, מקום השיפוט בכל הקשור או הנובע מפוליסה זו יהיה בכל בית משפט בישראל המוסמך לכך.

23. פרשנות

בכל מקרה של סתירה ו/או אי בהירות ו/או דו משמעות ו/או אי התאמה בין הוראות בכל פרק ו/או בין כל פרק לפרק אחר, אזי יחולו אותן הוראות וייוחסו אותם פירושים המטילים על המבטח את מרב החביונות, ויחול תמיד הפירוש שיהיה לטובת המבוטחים בנסיבות העניין. הוראות הפוליסה על נספחיה יפורשו תמיד כבאות להוסיף על זכויות בעל הפוליסה ו/או המבוטחים ולא כבאות לגרוע מהן.

פרק ד': השתלות וטיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל

1. הגדרות לפרק זה:

- 1.1. **הוצאות אשפוז:** סך ההוצאות הממשיות הנובעות בגין אשפוז של המבוטח, לרבות הוצאות בגין שהייה בבית החולים, הוצאות בגין תרופות ופיזיותרפיה בעת אשפוז, הוצאות בגין בדיקות אבחון, בדיקות מעבדה, וכל הוצאה אחרת הקשורה ישירות לניתוח.
- 1.2. **הוצאות חדר ניתוח:** כל הוצאה עבור שימוש בחדר ניתוח, לרבות עלות הצוות הרפואי, הציוד והחומרים הנדרשים לביצוע הניתוח, לרבות אביזרים ו/או רכיבים שנעשה בהם שימוש חיצוני או פנימי במהלך ביצוע הניתוח, על פי חיוב של בית החולים.
- 1.3. **הטסה רפואית:** הטסה בשירות מטוסים רגיל או במטוס מיוחד, בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח המועבר מישראל לחו"ל או מחו"ל לישראל, בתנאי שרופא המבוטח קבע כי עלול להתעורר צורך בהתערבות רפואית במהלך הטיסה, כולל העברה ברכב יבשתי המותאם לעניין, משדה התעופה למקום ביצוע הניתוח.

1.4. השתלה:

- 1.4.1. פרוצדורה המתייחסת לאיברים הבאים, ואליהם בלבד: ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, שחלה, מעי, רחם וכל שילוב ביניהם (להלן: איבר/איברים), ואשר עונה על 2 התנאים המצטברים הבאים:

א. כריתה או כריתה והוצאה מגוף המבוטח של אחד או יותר מהאיברים לעיל.

ב. השתלה של איבר שלם במקומם, או הוספת איבר שלם או חלק מאיבר אחר (בנסיבות בהם לא הוצא האיבר מגוף המבוטח), לאחר שנלקחו מגופו של אדם אחר, ו/או ממקור אחר, לרבות ומבלי למצות איבר מלאכותי, ו/או איבר מבעל חי, ו/או איבר שגודל או פותח באמצעים טכנולוגיים אחרים. כמו כן תכוסה עפ"י פרק זה השתלת אונה של כבד או אונה של ריאות שנלקחו מאדם אחר או מהמבוטח עצמו. במקרה בו יושלת לב מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח.

- 1.4.2. השתלה של מח עצמות ו/או תאי אב מדם היקפי או דם טבורי שמקורם מתורם אחר או מתרומה עצמית של המבוטח.

הגדרה זו נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 'הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות'.

- 1.5. **טיפול מיוחד:** כל טיפול רפואי, ניתוח, או טיפול רפואי המשלב ביניהם, המבוצע בחו"ל, העונה לפחות על אחד מהתנאים הבאים:

- 1.5.1. אי ביצוע הטיפול הרפואי עלול לגרום סכנה לחיי המבוטח.
- 1.5.2. אי ביצוע הטיפול עלול לגרום לנכות צמיתה העולה על 50% עפ"י המבחנים שנקבעו בתקנות הביטוח הלאומי.
- 1.5.3. הטיפול נועד להצלת אובדן מלא של השמיעה באחת או שתי האוזניים, או הראייה באחת או שתי העיניים.
- 1.5.4. הטיפול הרפואי נועד לטיפול במחלת הסרטן, או במחלה גידולית אחרת, או במחלה אוטואימונית שעלולה לסכן את חיי המבוטח.
- 1.5.5. על פי חו"ד של רופא מומחה בישראל מטעם המבוטח, זמן המתנה לביצוע הטיפול הרפואי בישראל מהווה סיכון לחיי המבוטח, או מהווה סיכון להחמרה במצב הרפואי של המבוטח.

1.5.6. הטיפול הרפואי נועד לטפל בבעיה רפואית שאינה מצוינת לעיל בהתקיים אחד מהתנאים הבאים:

1.5.6.1. הטיפול הרפואי או הטכנולוגיה באמצעותה מתבצע הטיפול אינו ניתן לביצוע בישראל מסיבה כלשהי, ורופא מומחה בתחום בישראל המליץ על ביצוע הטיפול במרכז רפואי בעל התמחות ייחודית בתחום הטיפול הרפואי.

1.5.6.2. טרם נצבר ניסיון מוכח בביצוע הטיפול הרפואי או הטכנולוגיה באמצעותה מתבצע הטיפול בישראל, ורופא מומחה בתחום בישראל מטעם המבוטח המליץ לבצע את הטיפול במרכז רפואי בחו"ל אשר מתמחה בביצוע הטיפול המסוים.

1.6. **טיפול/שירות רפואי:** כל טיפול אשר מטרתו מניעה ו/או טיפול ו/או ריפוי ו/או אבחון מצב רפואי, לרבות ובלי למצות טיפולים תרופתיים, השתלות, ניתוחים בארץ או בחו"ל, בדיקות אבחון מכל סוג שהוא, וכל שירות אחר הכרוך בביצועם אשר מכוסה בפוליסה זו, (כגון ומבלי למצות: שירותי אחות וסיוע, טיפולי שיקום, הטסה, הסעה, מגורים, ככל שמצוינים בכיסוי הביטוחי), התייעצויות וח"ד עם רופאים מומחים, בדיקות אבחון לסוגיהן.

1.7. **ריתוק לבית:** מבוטח ייחשב כמי שמרותק לביתו אם מפאת מצבו הרפואי או התפקודי שווה בביתו ברוב שעות היממה וזקוק לעזרת הזולת לצאת מביתו, או זקוק להשגחה מתמדת של אדם אחר בהיותו מחוץ לביתו, או נזקק להשתמש באופן קבוע בכיסא גלגלים בעת שהותו מחוץ לביתו, או ישנה התוויה רפואית המצביעה כי יציאה מהבית יש בה סיכון משמעותי להחמרה במצב בריאותו של המבוטח.

2. מקרה הביטוח

מצבו הרפואי של המבוטח המחייב ביצוע השתלה, או טיפול מיוחד.

2.1. לעניין סעיף זה, "מצב רפואי המחייב ביצוע השתלה או טיפול רפואי מיוחד": הינו מצב רפואי, שעל פי המלצה מאת רופא מומחה מטעם המבוטח, המבוססת על אבחון רפואי מתועד, על המבוטח לעבור השתלה או לקבל טיפול רפואי מיוחד, לפי העניין.

2.2. לעניין סעיף זה - המועד הקובע לחבות המבטח הינו המועד בו נמסרה לראשונה למבוטח המלצה בכתב מאת רופא מומחה על הצורך בהשתלה או הטיפול.

2.3. יובהר למעלה מכל ספק כי כל טיפול רפואי המשכי עקב ביצוע השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל, לרבות ביצוע השתלה חוזרת או ביצוע טיפול מיוחד חוזר, הינם חלק מאותו מקרה ביטוח.

2.4. יובהר כי תנאי מהותי לחבות המבטח הוא קבלת אישור מראש מאת המבטח, בכפוף לתנאים המצוינים בס' 5 בפרק ג' - תנאים כלליים.

3. זכאות לתגמולי ביטוח

3.1. סכום הביטוח במקרה של השתלה

המבוטח יהיה זכאי לבחור באחד מבין 2 מסלולים החלופיים: מסלול שיפוי או מסלול פיצוי בגין גילוי מחלה קשה, כמפורט להלן:

3.1.1. מסלול שיפוי:

3.1.1.1. **ביצוע השתלה בחו"ל באמצעות נותן שירות שבהסכם עם המבטח**

אם ההשתלה בוצעה בחו"ל באמצעות נותן שירות שבהסכם עם המבטח, או באמצעות נותן שירות שהגיע להסכם מיוחד עם המבטח לביצוע ההשתלה, יישא המבטח במלוא הוצאות ללא

תקרה עבור השירותים הקבועים בס' 3.3 להלן, ואלה בלבד, ועד הסכומים הקבועים לגבי כל שירות, אם נקבעו.

3.1.1.2 **ביצוע השתלה בחו"ל באמצעות נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח**

בוצעה השתלה בחו"ל באמצעות נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח, יישא המבטח בעלות השירותים הקבועים בס' 3.3 להלן, ואלה בלבד, עד לסך של 4,500,000 ש"ח, ועד הסכומים הקבועים לגבי כל שירות, אם נקבעו.

3.1.1.3 **תנאי לחבות המבטח**

חבות המבטח לשיפוי המבטח בגין ביצוע השתלה כאמור בסעיפים 3.1.1.1 ו-3.1.1.2, מותנית בהתקיים כל התנאים שלהלן:

3.1.1.3.1 ההשתלה בוצעה בחו"ל בתאום או מעורבות המבטח. לענין סעיף זה "בתיאום או מעורבות המבטח" - קבלת אישור מראש מאת המבטח לזכאותו של המבטח לתגמולי ביטוח על פי פרק זה, מתן אפשרות למבטח להתקשר עם נותני השירות בחו"ל, לצורך מתן התחייבות כספית או תשלום מקדמה כספית אשר תאפשר ביצוע ההשתלה והטיפול בחו"ל במועדה, והסדרת יתרת התשלום לנותני השירות. (להלן "בתיאום או מעורבות עם המבטח"). אם בוצעה השתלה שלא בתיאום או מעורבות המבטח יחולו תנאי סעיף 5.5 אשר בפרק ג' - תנאים הכלליים.

3.1.1.3.2 **נטילת האיבר והשתלתו נעשות על פי הדין החל באותה מדינה.**

3.1.1.3.3 **מתקיימות הוראות החוק לענין איסור שחר באיברים.**

3.1.2 **מסלול חלופי - פיצוי חד פעמי במקרה של גילוי מחלה קשה:**

3.1.2.1 המבטח יהיה זכאי לבחור במסלול חלופי, לסעיף 3.1.1 לעיל, המקנה פיצוי כספי במקרה של גילוי מחלה קשה כמפורט להלן: לענין סעיף זה בלבד - "גילוי מחלה קשה": מצבו הרפואי של המבטח המחייב ביצוע השתלה של אחד או יותר מהאיברים המנויים בסעיף 1.4.1, ואלה בלבד.

3.1.2.2 המבטח יהיה זכאי לפיצוי בסך 360,000 ש"ח בגין מצבו הרפואי המחייב ביצוע השתלת איבר מתוך רשימת האיברים המנויה בסעיף 3.1.2, ואלה בלבד.

למען הסר ספק, מובהר כי מבטח שבחר במסלול פיצוי לפי סעיף זה, לא יהיה זכאי לכל שיפוי נוסף בגין הוצאה אחרת המפורטת בסעיף 3.3 להלן.

3.2 **סכום ביטוח במקרה של טיפול מיוחד בחו"ל:**

3.2.1 אם הטיפול המיוחד בוצע באמצעות נותן שירות שבהסכם עם המבטח יישא המבטח במלוא הוצאות עבור השירותים הקבועים בס' 3.3 להלן, ואלה בלבד, ועד התקרות הקבועות לגבי כל שירות, אם נקבעו.

3.2.2 אם הטיפול המיוחד בוצע באמצעות נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח יישא המבטח בהוצאות עבור השירותים הקבועים בס' 3.3 להלן, ואלה בלבד,

ועד התקרות הקבועות לגבי כל שירות, אם נקבעו, ועד 1,200,000 ₪ לכל מקרה ביטוח.

3.2.3. תנאי לחבות המבטח

חבות המבטח לשיפוי המבטח בגין טיפול מיוחד בחו"ל מותנית בכך שהטיפול בחו"ל בוצע בתיאום או מעורבות המבטח כהגדרתו לעיל. אם בוצע טיפול מיוחד בחו"ל שלא בתיאום או מעורבות המבטח יחולו תנאי סעיף 5.5 אשר בפרק ג' - תנאים הכלליים.

3.3. תגמולי הביטוח עבור שירותים הכרוכים בביצוע השתלה או טיפול מיוחד בחו"ל

3.3.1. הוצאות הערכה רפואית:

המבטח יישא בתשלום לרופא ולמוסדות הרפואיים בישראל ו/או בחו"ל עבור הערכה רפואית של המבטח לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד. למען הסדר הטוב, יובהר כי תכוסה בדיקת ההערכה וכן טיסות הלוך ושוב לחו"ל לצורך ביצוע בדיקת הערכה.

3.3.2. הוצאות בגין טיפול רפואי:

המבטח יישא בהוצאות עבור טיפול רפואי שניתן למבטח בין במסגרת אשפוז ובין במסגרת אחרת, לצורך ביצוע ההשתלה ו/או הטיפול המיוחד או הניתוח בחו"ל.

3.3.3. הוצאות השגת ושימור איבר להשתלה:

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבטח בגין הוצאות לביצוע הפעולות הרפואיות הנדרשת לאיתור האיבר המושתל, קצירת האיבר המושתל, ו/או ביצוע פעולות אחרות הנדרשות לשם השגת האיבר, האיבר המלאכותי או האיבר המגודל, לרבות ומבלי למצות רכישתו (איבר מלאכותי), הכנתו, שימורו והעברתו למקום ביצוע ההשתלה ורישום במאגרים בחו"ל, בהתאם להוצאות בפועל.

במקרה של צורך בהשתלת מח עצם בארץ או בחו"ל, יישא המבטח בעלות איתור מח עתם עד לסך של 210,000 ₪ למקרה ביטוח.

3.3.4. הוצאות שהות בבית חולים והוצאות אשפוז:

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבטח עבור ההוצאות הרפואיות הכרוכות באשפוז ושהותו בבית החולים, לרבות ומבלי למצות שכר הצוות הרפואי, בדיקות רפואיות, שירותי מעבדה, טיפול תרופתי, שתלים, אביזרים רפואיים וכל טיפול אחר הנדרש לצורך ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד או לצורך שיקומו, בהתאם להוצאות בפועל, בין אם האשפוז החל לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד, בין אם אחריו, לתקופה מרבית שלא תעלה על 365 ימים.

3.3.5. הוצאות שימוש בלב מלאכותי:

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבטח, בגין שימוש של המבטח בלב מלאכותי עד לביצוע ההשתלה, בהתאם להוצאות בפועל.

3.3.6. הוצאות הצוות המנתח וחדר ניתוח:

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבטח, עבור עלות הצוות המנתח והוצאות חדר ניתוח תוך כדי ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד, בהתאם להוצאות בפועל.

3.3.7. הוצאות הטסת המבוטח והמלווה:

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח בגין הוצאות רכישת כרטיסי טיסה עבור המבוטח ומלווה אחד במחלקת תיירות בקו תעופה סדיר, ממדינת ישראל לארץ הטיפול וחזרה ממנה, פעם אחת בלבד, בהתאם להוצאות בפועל. אם גילו של המבוטח נמוך מ-18 שנה, המבטח ישפה את המבוטח בגין הוצאה של כרטיסי טיסה עבור המבוטח ושני מלווים.

3.3.8. הוצאות הטסת רופא:

בנוסף לאמור בסעיף 3.3.7 לעיל, המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח, בגין שכר רופא מלווה, הוצאות רכישת כרטיסי טיסה לרופא מלווה במחלקת תיירות בקו תעופה סדיר, ממדינת ישראל לארץ הטיפול וחזרה ממנה, אם נסיעה של רופא מלווה נדרשת על ידי שלטונות התעופה, ו/או אם הטסת הרופא נדרשת לצורך ביצוע ההשתלה ו/או הטיפול המיוחד בחו"ל, על פי המלצה מאת הרופא המטפל בישראל (שאינו הרופא המלווה), והכול בהתאם להוצאות בפועל. בנוסף המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח, בגין הוצאות מגורים וכלכלה סבירות של הרופא המלווה, בתנאי שהשהייה בארץ הטיפול הינה חיונית מבחינה רפואית.

3.3.9. הוצאות הטסה רפואית:

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח בגין הוצאות הטסה רפואית, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות להעברה לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה, בהתאם להוצאות בפועל. הטסה רפואית משמעה - הטסה בשירות מטוסים רגיל, או במטוס מיוחד, בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח המועבר מישראל למקום ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד ובחזרה לישראל, ובתנאי שרופא מומחה מטעם המבוטח קבע, כי עלול להתעורר צורך בהתערבות רפואית במהלך הטיסה, וההטסה הרפואית הינה אפשרית מבחינה רפואית.

3.3.10. הוצאות העברה יבשתית:

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח, בגין הוצאות העברה יבשתית סבירות של המבוטח ומלווה אחד, בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח המועבר משדה התעופה לבית החולים ובחזרה, בהתאם למצבו הרפואי של המבוטח, עפ"י הוצאות בפועל. למען הסר ספק, יובהר כי המבטח יכסה גם הוצאות הנובעות מהעברה באמבולנס, אם הדבר נדרש לפי צורך רפואי.

3.3.11. הוצאות מגורים וכלכלה:

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח עבור הוצאות מגורים וכלכלה של המבוטח ומלווה אחד, בהיותם בהמתנה לביצוע הניתוח או לאחר השחרור מבית החולים, ובתנאי שהשהייה בארץ הטיפול אושרה על ידי רופאו של המבוטח כחיונית מבחינת רפואית, בהתאם להוצאות בפועל ועד לסכום של 800 ש"ח ליום. אם גיל המבוטח נמוך מ-18 שנה ונמצא מלווה נוסף, תקרת ההוצאה תהיה 1,200 ש"ח לכל יום. מובהר כי חבות המבטח לא תעלה על 20% מסכום הביטוח המרבי.

3.3.12.

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח, עבור הוצאה הכרוכה בהמשך טיפולי רפואיים ושיקומיים בחו"ל הנובעים מביצוע ההשתלה, או הטיפול המיוחד, או לצורך מעקב או בקרה עליהם.

השתתפות המבטח עבור המשך הטיפול בחו"ל מותנה בכך שלא ניתן לבצע את המשך הטיפול או הבקרה בישראל, ו/או אם ישנה חו"ד של רופא מומחה

בישראל הקובעת כי אי ביצוע הטיפול בחו"ל עלול לסכן את בריאות המבוטח. יובהר כי האמור מתייחס לגבי טיפולים אשר יבוצעו בסמוך לאחר ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל, או לגבי טיפולים שניתנו למבוטח במהלך שהייה חוזרת בחו"ל (לאחר ששב ארצה וחזר למרכז הרפואי בחו"ל לצורך קבלת הטיפולים).

3.3.13. המשך טיפול בישראל:

המבטח יישא בעלות הוצאות רפואיות הנדרשות עבור המשך טיפול בארץ, לרבות טיפול תרופתי, טיפול שיקומי מכל סוג שהוא, וטיפול סיעודי, שניתנו למבוטח במהלך 24 חודשים ממועד ההשתלה ועד 200,000 ₪ להשתלה ובמקרה של טיפול המיוחד, עד לסכום של 120,000 ₪.

3.3.14. הוצאות הטסת גופה:

המבטח ישלם לנותן השירות ו/או ישפה את המבוטח, עבור הוצאות העברת גופת המבוטח לישראל אם נפטר חו"ל בעת שהותו בחו"ל, בהתאם להוצאות בפועל.

3.3.15. הוצאות הבאת מומחה רפואי לישראל לביצוע השתלה או טיפול מיוחד:

עלות הבאת מנתח ו/או מומחה רפואי על פי העניין, לרבות שהותו בארץ והוצאות טיסה למקרה ביטוח אחד. בנוסף יישא המבטח בעלות שכר המנתח ובכל עלות הכרוכה בביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד.

3.3.16. ביצע המבוטח טיפול מיוחד בחו"ל מכוח פוליסה זו, יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי, בגובה 10,000 ₪ בגין ביצוע הטיפול המיוחד בחו"ל.

3.4. גמלת החלמה לאחר ביצוע השתלה, או ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל:

3.4.1. לאחר ביצוע השתלה כהגדרתה בס' 1.4.1 לעיל ואשר בוצעה בארץ או בחו"ל, מבוטח שבמועד מקרה הביטוח גילו מעל 21 שנים, יהיה זכאי בחייו בלבד, לגמלת החלמה בסך 7,000 ₪ לחודש לתקופה מרבית בת 24 חודשים שתחילתה במועד השחרור מהאשפוז בבית החולים במהלכו בוצעה ההשתלה.

3.4.2. לאחר ביצוע השתלה כהגדרתה בס' 1.4.2 לעיל ואשר בוצעה בארץ או בחו"ל, מבוטח שבמועד מקרה הביטוח גילו מעל 21 שנים יהיה זכאי בחייו בלבד, לגמלת החלמה בסך 7,000 ₪ לחודש לתקופה מרבית בת 6 חודשים שתחילתה במועד השחרור מהאשפוז בבית החולים במהלכו בוצעה ההשתלה.

3.4.3. לאחר ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל, מבוטח שבמועד מקרה הביטוח גילו מעל 21 שנים יהיה זכאי בחייו בלבד, לגמלת החלמה בסך 2,400 ₪ לחודש לתקופה מרבית בת 6 חודשים שתחילתה במועד השחרור מהאשפוז בבית החולים במהלכו בוצע הטיפול המיוחד.

3.4.4. מבוטח שבמועד קרות מקרה הביטוח טרם מלאו לו 21 שנים יהיה זכאי בחייו בלבד, לגמלת החלמה בשיעור 50% מהסכומים הנקובים בס' 3.4.1, 3.4.2, 3.4.3-3, ולתקופות פיצוי הקבועות בכל סעיף, לפי העניין.

4. **קצבה חודשית למועמד להשתלה:** אם אושרה תביעתו של המבוטח לקבלת שיפוי עבור ביצוע השתלה, יהיה זכאי המבוטח לקבל קצבה חודשית בסך 3,500 ₪ לתקופה שעד לביצוע ההשתלה בפועל, ולא יותר מ-6 חודשים.

5. חריגים לפרק זה

בנוסף לחריגים הכלליים המפורטים בפרק ב', המבטח לא יכסה על פי פרק זה:

- 5.1 טיפולי שיניים כירורגיים וניתוחי חניכיים. יובהר כי יכוסו ניתוחי פה ולסת וטיפול שיניים מכל סוג לצורך ביצוע ניתוחי לסת, או הנדרשים עקב ניתוח פה ולסת המכוסה על פי פרק זה.
- 5.2 עפ"י פרק זה לא יכוסו בדיקות הריון וניתוח הקשור בהריון ו/או לידה.
- 5.3 ניתוחים לצרכים קוסמטיים ו/או אסתטיים: על אף האמור יכוסו ניתוחים קוסמטיים ו/או אסתטיים כתוצאה מתאונה או חבלה שאירעו במהלך תקופת הביטוח, או ניתוחים קוסמטיים ו/או אסתטיים שיש סיבה רפואית לביצועם, על פי המלצה מאת רופא מומחה, לרבות לצורך מניעה להיווצרות בעיה רפואית בעתיד, וכן ניתוחים קוסמטיים ו/או אסתטיים לצורך תיקון פגם או עיוות מולד אצל תינוק שנולד במהלך תקופת הביטוח, וצורך לביטוח על פי הכללים המצוינים בתנאים הכלליים.
- יובהר כי לעניין ניתוחים בריאטריים, יכוסה ניתוח לקיצור קיבה או ניתוח אחר לצורך הרזיה, ובלבד שלמבוטח יחס BMI גבוה מ-36 ונמצא בטיפול תרופתי במחלת הסוכרת או יתר לחץ דם, או יחס BMI גבוה מ-40 ללא גורמי סיכון.
- 5.4 עפ"י פרק זה לא יכוסה מקרה ביטוח הנובע באופן ישיר מפעילות בעלת אופי צבאי לרבות תרגילים/ אימונים צבאיים או טרום צבאיים מכל סוג שהוא, צבא קבע או שירות במילואים או צבא סדיר.
- 5.5 ההשתלה או הטיפול המיוחד אינם מהווים טיפול ניסיוני במקום בו מבוצעים ו/או הינם למטרת מחקר ו/או חקירה.

פרק ה': ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל

בקורות מקרה הביטוח, ישפה המבטח את המבוטח או ישלם ישירות לנותן השירות עבור הוצאות כמפורט להלן, בכפוף לתנאים להוראות ולסייגים המפורטים בתנאים הכלליים.

1. הגדרות

בנוסף להגדרות המופיעות בתנאים הכלליים תהיה למונחים המפורטים להלן המשמעות שלצידם:

1.1. **ניתוח:** פעולה פולשנית-חדירתית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.

1.2. **טיפול מחליף ניתוח בחו"ל:** טיפול רפואי, בכל טכניקה או טכנולוגיה מוכרת על פי אמות מידה רפואיות מקובלות, שאינה כלולה בהגדרת ניתוח, אשר צפוי להביא למטרה דומה לזו שהניתוח נועד לו, או למנוע ביצועו, ובלבד שהטיפול הרפואי אושר ע"י הרשויות המוסמכות במדינה בה הוא מבוצע. מובהר בזאת כי סדרת טיפולים או מספר סדרות טיפולים, אשר יחדיו או במצטבר צפויות להביא לתוצאות דומות לתוצאות ניתוח, תחשבנה למקרה ביטוח אחד של טיפול מחליף ניתוח.

1.3. **שירותי ניתוח ואשפוז:** שכר יעוץ עם המנתח לפני ואחרי הניתוח, שכר מנתח בבית חולים, שכר יעוץ עם רופא מרדים, עלות רופא מרדים בבית חולים, כיסוי הוצאות חדר ניתוח ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח והוצאות אשפוז לרבות שירותי שיקום ושירותי אחות במהלך האשפוז, עד לתקרה של 30 ימי אשפוז כולל אשפוז טרום-ניתוח.

2. מקרה הביטוח

2.1. ניתוח בחו"ל

2.1.1. מקרה הביטוח

מקרה הביטוח הינו מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב ביצוע ניתוח, והמבוטח בחר לבצעו בבית חולים בחו"ל, ובלבד שהצורך בביצוע הניתוח נקבע בישראל, טרם נסיעת המבוטח לחו"ל.

לעניין סעיף זה, "מצב רפואי המחייב ניתוח": הינו מצב רפואי, שעל פי המלצה מאת רופא מומחה מטעם המבוטח, המבוססת על אבחון רפואי מתועד, על המבוטח לעבור ניתוח.

2.1.2. תגמולי הביטוח

המבטח יישא בעלויות עבור ביצוע ניתוח בחו"ל כדלקמן:

2.1.2.1. שירותי ניתוח ואשפוז:

2.1.2.1.1. ניתוח שתואם עם המבטח - המבטח ישפה את

המבוטח במלוא עלות שירותי ניתוח ואשפוז. לעניין זה "תיאום עם המבטח": אישור מראש על זכאותו של המבוטח לקבל את הטיפול הרפואי על פי תנאי פרק זה, התקשרות המבטח עם נותני השירות הרפואי, תיאום מועד מתן הטיפול, ותשלום לנותן השירות ישירות ע"י המבטח.

2.1.2.1.2. ניתוח אשר לא תואם מראש עם המבטח - המבטח ישפה את המבטח בגין שירותי ניתוח ואשפוז, בשיעור של עד 300% מעלות שירותי ניתוח ואשפוז עבור ביצוע ניתוח דומה בישראל, כפי שמתפרסם באתר האינטרנט של המבטח.

2.1.2.2. שירותי אמבולנס לבתי חולים ובתי חולים

המבטח ישפה את המבטח עבור העברתו של המבטח לבית חולים או ממנו או העברתו בין בתי החולים בחו"ל.

2.1.2.3. שכר יעוץ עם המנתח לאחר שובו של המבטח לישראל

המבטח ישפה את המבטח עבור התייעצות עם הרופא מבצע הניתוח בחו"ל לאחר שובו של המבטח לישראל, בשיעור של 80% ועד 2,500 ש"ח להתייעצות. המבטח יהיה זכאי להתייעצות אחת על פי סעיף זה.

2.2. טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל

2.2.1. מקרה הביטוח

מקרה הביטוח הינו מצבו הרפואי של המבטח המחייב טיפול מחליף ניתוח, והמבטח בחר לבצעו בחו"ל. לענין סעיף זה, "מצב רפואי המחייב טיפול מחליף ניתוח" הינו מצב רפואי, שעל פי המלצה מאת רופא מומחה מטעם המבטח, המבוססת על אבחון רפואי מתועד, על המבטח לקבל טיפול מחליף ניתוח.

2.2.2. תנאי לחבות המבטח

המבטח יהיה זכאי לתגמולי ביטוח בגין טיפול מחליף ניתוח בכפוף לקיום התנאים המצטברים הבאים:

2.2.2.1. רופא מומחה בישראל או בחו"ל המליץ על ביצוע ניתוח.

2.2.2.2. הטיפול מחליף ניתוח בוצע ע"י רופא מומחה, המורשה על פי חוק במדינה בה מתבצע הטיפול לבצע במבטח את הטיפול מחליף ניתוח.

2.2.2.3. הטיפול מחליף ניתוח בוצע בבית חולים או במרפאה בחו"ל, המורשים לבצע את הטיפול המחליף ניתוח על פי חוקי המדינה בה הם פועלים.

2.2.3. תגמולי הביטוח

2.2.3.1. טיפול מחליף ניתוח שבוצע בחו"ל ואושר מראש ותואם עם המבטח - המבטח ישפה את המבטח במלוא עלות שירותי ניתוח ואשפוז.

2.2.3.2. טיפול מחליף ניתוח שבוצע בחו"ל ואשר לא אושר ותואם מראש עם המבטח - השיפוי המרבי בגין הטיפול ו/או סדרת טיפולים, יהיה בשיעור 200% מעלות ביצוע הניתוח, כמצוין באתר האינטרנט של המבטח, אותו בא הטיפול המחליף ניתוח להחליף, אם היה מבוצע בישראל.

2.2.3.3. עלות טיפול מחליף ניתוח יכלול את ההוצאות הבאות:

2.2.3.3.1. שכר נותן הטיפול המחליף ניתוח.

2.2.3.3.2. הוצאות חדר ניתוח או חדר טיפולים בבית חולים או במרפאה.

2.2.3.3.3. הוצאות אשפוז בבית החולים במהלכו בוצע הטיפול המחליף ניתוח, עד לתקרה של 30 ימי אשפוז.

3. הוצאות נוספות הכרוכות בביצוע ניתוח או טיפול מחליף ניתוח בחו"ל
בנוסף לאמור בסעיפים 2.1 ו-2.2 לעיל, יישא המבטח בעלות עבור השירותים הבאים:

3.1. **כיסוי להוצאות הטסה:**

במקרה שתקופת האשפוז והשהייה בחו"ל עקב מצבו הרפואי של המבוטח תעלה על 5 ימים, יישא המבטח בתשלום הוצאות טיסה מסחרית רגילה, של המבוטח ושל מלווה אחד לחו"ל, לצורך ביצוע הניתוח וחזרתם ארצה לאחר הניתוח מחו"ל, בהתאם למחיר הכרטיס של מחלקת תיירות רגילה לאותו יעד בטיסה סדירה באותו מועד. היה המבוטח קטין שגילו נמוך מ-18 שנה, יכסה המבטח הוצאות טיסה, כאמור, עבור שני מלווים, שהם קרוביו של הקטין מדרגה ראשונה לרבות אפוטרופוסים של קטין שאינם הוריו הביולוגיים.

3.2. **כיסוי להוצאות הטסה רפואית:**

במקרה של צורך בהטסה רפואית של המבוטח לחו"ל לצורך ביצוע הניתוח ו/או חזרתו ארצה לאחר הניתוח, יכסה המבטח את הוצאות ההטסה הרפואית מישראל לחו"ל ומחו"ל לישראל, בהתאם לצורך, עד סכום ביטוח מרבי בסך 80,000 ₪.

3.3. **כיסוי להוצאות שהייה של מלווה:**

במקרה שתקופת השהות בחו"ל תהיה מעל 5 ימים רצופים, ישתתף המבטח בשיעור 80% מהוצאות השהייה של מלווה אחד שהוצאו בפועל, ועד לסך 1,000 ₪ ליום, ועד תקרה של 30 ימים. היה המבוטח קטין, שגילו נמוך מ-18 שנה, ישתתף המבטח בהוצאות שהייה עבור שני מלווים שהם קרוביו של הקטין מדרגה ראשונה, לרבות אפוטרופוסים של קטין שאינם הוריו הביולוגיים, והכול בהתאם לאמור בסעיף זה.

3.4. **כיסוי להוצאות שהייה של המבוטח לאחר ניתוח:**

המבטח יישא בעלות השהייה של המבוטח בחו"ל, בכפוף לצורך רפואי ולאישור בית החולים בו בוצע הניתוח, כי מצבו של המבוטח מחייב את המשך שהייתו בחו"ל. הכיסוי יהיה עד לסך של 700 ₪ ליום, ועד 8 ימי שהייה בחו"ל מיום ששוחרר המבוטח מבית החולים.

3.5. **כיסוי להוצאות הטסת גופה:**

המבטח יישא בעלות הוצאות הטסת גופה לישראל, אם נפטר חו"ח המבוטח בעת שהותו בחו"ל, לצורך ביצוע הניתוח בחו"ל.

3.6. **הבאת מומחה לביצוע הניתוח בישראל:**

מבוטח אשר מסיבות רפואיות לא ניתן להעבירו לחו"ל, או שהחברה קבעה לבקשת המבוטח, כי הכיסוי בגין ניתוח בחו"ל יינתן באמצעות הבאתו של מומחה לביצוע הניתוח בישראל כתחליף לסעיף השיפוי מול ספק השירות, יהיה זכאי להחזר הוצאות רפואיות הקשורות בנייתוח ובהבאת המנתח המומחה מחו"ל לישראל.

3.7. **פיצוי חד פעמי בגין מוות כתוצאה ישירה מניתוח** - נפטר חו"ח המבוטח במהלך 7 ימים מהיום שבו עבר ניתוח המכוסה עפ"י פרק זה (יום הניתוח ועוד 6 ימים) כתוצאה ישירה מהניתוח האמור, תשלם החברה ליורשיו על פי דין, בנוסף לתגמולי הביטוח פיצוי חד פעמי בגובה 200,000 ₪;

4. **תנאי לחבות המבטח על פי פרק זה**

4.1. תנאי לחבות המבטח לביצוע ניתוח בחו"ל או טיפול מחליף ניתוח בחו"ל, הוא כי המבוטח הינו תושב ישראל, והתגורר בישראל כדרך קבע למעלה מ-180 ימים במהלך השנה הקודמת לקרות מקרה הביטוח.

4.2. יובהר כי תנאי מהותי לחבות המבטח הוא קבלת אישור מראש מאת המבטח, בכפוף לתנאים המצוינים בס' 6 בפרק ג' - תנאים כלליים.

4.3. למען הסר ספק מובהר כי תכנית ביטוח זו אינה באה במקום, ואינה כוללת, ביטוח נסיעות לחו"ל.

5. חריגים מיוחדים

בנוסף לאמור בתנאים הכלליים, המבטח לא יהיה אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח, על פי פרק זה בכל אחד מהמקרים הבאים:

- 5.1. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הנחשב ניסיוני במקום בו הוא מבוצע.
- 5.2. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שאינו נובע מצורך רפואי, ונועד במישרין או בעקיפין למטרות יופי ו/או אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, ולמעט: ניתוח שיקום שד לאחר כריתת שד שאושרה על ידי המבטח, או ניתוח לקיצור קיבה למבטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבטח עם BMI גבוה מ-40.
- 5.3. בדיקות מכל סוג אלא אם כן נעשו לצורך ביצוע ניתוח או במהלכו זריקות/ הזרקות או הזלפות אלא אם בוצעו בחדר ניתוח או במרפאה כירורגית או תחת שיקוף או תחת הרדמה, טיפולים כימותרפיים או אונקולוגיים, טיפול היפותרמי.
- 5.4. בדיקת מי שפיר ובדיקות אחרות הקשורות בהריון, בדיקת עוברים, בדיקות ופעולות הדמיה לרבות CT ו-MRI שאינן במהלך ניתוח או טיפול מחליף ניתוח, ובדיקות סקר למיניהן.
- 5.5. ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח הקשורים בשיניים ובחניכיים, ובלבד שמקורם דנטלי, וכן בהשתלת שתלים דנטליים.
- 5.6. ניתוחים או טיפולים כתוצאה ישירה מפעילות ספורטיבית מקצוענית של המבטח במסגרת אגודת ספורט, ששכר כספי בצדה.
- 5.7. השתלות בישראל או בחו"ל ו/או טיפולים מיוחדים בחו"ל כהגדרתם בפרק ד'.
- 5.8. לא יכוסו טיפולים עקב השתתפות פעילה של מבטח בפעולה מלחמתית או צבאית, במסגרת היותו בשירות סדיר, שירות מילואים, או שירות קבע בצה"ל ובלבד שהשירות הרפואי לו זכאי על פי פרק זה, מכוסה במלואו ע"י גורם ממשלתי. בנסיבות בהם הגורם הממשלתי ישתתף העלות הטיפול באופן חלקי, יישא המבטח ביתרת העלות ועד תקרת חבותו על פי פרק זה.

פרק ו': תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות

1. הגדרות לפרק זה

- 1.1. **טיפול תרופתי:** נטיילת תרופה באורח חד פעמי או מתמשך על פי מרשם.
 - 1.2. **מרשם:** מסמך רפואי החתום על ידי רופא מומחה אשר אישר את הצורך בטיפול התרופתי, קבע את אופן השימוש בו, המינון הנדרש, ומשך זמן הטיפול הנדרש. המרשם ירשם לכל תרופה בנפרד, ובמינון לטיפול של עד 3 חודשים בכל פעם.
 - 1.3. **תרופה:** חומר כימי או ביולוגי או תכשיר רפואי או תכשיר ביוטכנולוגי אשר מטרתו לרפא או לטפל או לאבחן או למנוע מצב רפואי, או להקל על הסימפטומים הרפואיים (כולל כאב), שנועד לטפל במצב רפואי שנגרם עקב מחלה או תאונה או ליקוי בריאותי, למניעת החמרתו (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים), או למניעת הישנות ו/או התפתחות אותה מחלה. מובהר כי תוספי מזון, תרופות הומאופטיות או טיפולים מתחום הרפואה משלימה או ויטמינים אינם נכללים בהגדרת תרופה לעניין פוליסה זו.
- הגדרות נוסחו באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות והוראות המפורטות בחוזר המפקח על הביטוח 18-1-2015- "הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתוכנית לביטוח תרופתי.**

2. מקרה הביטוח

מצבו הרפואי של המבוטח, המחייב טיפול תרופתי באמצעות תרופה העונה על לפחות אחד מהתנאים הבאים:

2.1 תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות

כל תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות, ואשר אושרה לשימוש על פי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח בידי הרשות המוסמכת באחת המדינות הבאות: (להלן "המדינות המוכרות"): ישראל, ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד, אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMA).

2.2 תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות

כל תרופה (בין אם ניתנת כתרופה בודדת או בשילוב עם תרופה/ות נוספות) הכלולה בסל שירותי הבריאות, שאינה ממומנת באופן מלא ע"י קופת החולים בה חבר המבוטח, או אינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית הקבועה בסל שירותי הבריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובתנאי כי התרופה אושרה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח ע"י אחת הרשויות המוסמכות במדינות המוכרות. תרופה שאינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית שבסל שירותי הבריאות בישראל לא תיחשב כתרופה ניסיונית.

2.3 תרופה המוגדרת כ-OFF LABEL

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

1. פרסומי ה-FDA

2. American Hospital Formulary Service Drug information

3. US Pharmacopoeia Drug Information Drugdex Mlcromedex ובלבד שהתרופה עונה על שלושת התנאים הבאים במצטבר (כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות):

א. עוצמת ההמלצה (Strength Of Recommendation) נמצאת בקבוצה I או II a

ב. חוזק הראיות (Strength Of Evidence) נמצאת בקטגוריה A או B

ג. יעילות (Efficacy) - נמצאת בקבוצה I או II a

4. תרופה שהטיפול בה מומלץ לפחות באחד מה- National Guideline שמתפרסם על ידי אחד מהבאים:

א. NCCN

ב. ASCO

ג. NICE

ד. ESMO Minimal Recommendation

2.4. **תרופות יתום** - חומר כימי או ביולוגי, המשמש לטיפול במחלה נדירה שמספר החולים בה בארה"ב על פי חוק תרופות היתום האמריקאי (ORPHAN DRUG ACT) אינו עולה על 200,000 נפש (שכיחות של 7.5 חולים לכל 10,000 תושבים), או תרופה לצורך טיפול במחלה בשכיחות גבוהה יותר שהחוק האמריקאי הכיר בה כתרופת יתום מכיוון שהייצור ושיווק התרופה בתחומי ארה"ב אינו מכסה את עלויות המחקר והפיתוח שלה, או על פי חוק המחלות היתומות של האיחוד האירופי (EU Orphan Medicine Regulations) אינו עולה על 190,000 (5 חולים לכל 10,000 תושבים).

2.5. **טיפול תרופתי מיוחד וטיפול תרופתי בהתאמה אישית**

מבלי לפגוע בזכאותו של המבוטח לתגמולי ביטוח עבור טיפול תרופתי באמצעות תרופה הכלולה בקריטריונים המצוינים בסעיף 2.1-2.4 לעיל, המבוטח יהיה זכאי לתגמולי ביטוח עבור טיפול תרופתי באמצעות תרופה העונה על אחד או יותר מהתנאים הבאים:

2.5.1. תרופה שאושרה לשימוש כתכשיר שאינו רשום במוסד רפואי לחולה בודד מכח סעיף 29 א' (3) לתקנות הרוקחים (תכשירים) תשמ"ו - 1986.

2.5.2. תרופה שהטיפול בה הומלץ ע"י רופא מומחה בכיר, בהסתמך על לפחות שני פרסומים מדעיים מקובלים לפיהם התרופה נמצאה יעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח.

2.5.3. תרופה הנמצאת בהליך רישום באחת מהמדינות המוכרות, וישנם לפחות שני פרסומים מדעיים מקובלים לפיהם התרופה נמצאה יעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח.

2.5.4. תרופה שהטיפול בה הומלץ ע"י רופא מומחה בכיר, ובחלוף שלושה חודשי טיפול נמצאה יעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח. יובהר כי תגמולי הביטוח עבור נטילת התרופה ישולמו למבוטח החל מתום שלושה חודשי טיפול ואילך.

2.5.5. תרופה שהטיפול בה הומלץ ע"י רופא מומחה בכיר בהסתמך על אבחון גנטי או גנומי שבוצע במעבדה או מכון מורשה ע"י הרשויות המוסמכות במדינה בו המעבדה או המכון פועלים.

2.5.6. תרופה שהטיפול בה הומלץ ע"י רופא מומחה בכיר, ושסווגה ע"י ה-FDA "תרופה פורצת דרך" ו/או נמצאת במסלול אישור מזרז.

3. **מועד קרות מקרה הביטוח:** המועד בו נקבע לראשונה על פי המלצה מאת רופא מומחה מטעם המבוטח, המבוססת על אבחון רפואי מתועד, כי על המבוטח ליטול את הטיפול התרופתי. יובהר כי מבוטח שקיבל טיפול תרופתי המכוסה על פי פרק זה טרם הצטרפותו לביטוח, וחלפו לפחות 3 שנים מהמועד בו הפסיק המבוטח ליטול את התרופה, ובמועד הצטרפותו לביטוח לא נטל את הטיפול התרופתי, יהיה זכאי לתגמולי ביטוח בגין אותו טיפול תרופתי בחלוף התקופות הנקובות בסעיף 5 אשר בפרק ב' "הריגים כלליים" בפוליסה, לפי העניין.

4. תגמולי ביטוח

4.1. סכום ביטוח מרבי עבור טיפול תרופתי

- 4.1.1. הסכום המרבי אותו ישלם המבטח למבוטח בגין כל מקרי הביטוח המנויים בסעיפים 2.1-2.4, לרבות ההוצאה הכרוכה ברכישת התרופה ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה, יהיה בסך 4,000,000 ש"ח עבור כל מקרי הביטוח שאירעו במהלך תקופת הביטוח.
- 4.1.2. הסכום המרבי אותו ישלם המבטח למבוטח בגין כל מקרי הביטוח המנויים בסעיפים 2.5.1-2.5.6, לרבות ההוצאה הכרוכה ברכישת התרופה ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה, יהיה בסך 1,000,000 ש"ח עבור כל מקרי הביטוח שאירעו במהלך תקופת הביטוח.
- 4.1.3. יובהר כי המבטח יישא בתגמולי ביטוח כל עוד מצבו הרפואי של המבוטח מחייב את הטיפול, אף אם תקופת הביטוח תסתיים, או לא תחודש, בין אם אצל המבטח או מבטח אחר.

4.2. השתתפות עצמית

- 4.2.1. המבוטח יישא בהשתתפות עצמית בסך 250 ש"ח בגין כל מרשם. ההשתתפות העצמית תהיה עבור שני מרשמים של תרופות שונות לכל היותר בחודש. מעבר לשני המרשמים יהיה המבוטח פטור מההשתתפות העצמית.
- 4.2.2. למרות האמור, בנסיבות בהן זכאי המבוטח להשתתפות השב"ן בעלות הטיפול התרופתי, יישא המבטח ביתרת עלות התרופה, ללא השתתפות עצמית.
- 4.2.3. אם עלות מנה חודשית של תרופה תעלה מעל 2,500 ש"ח, יהיה פטור המבוטח מתשלום השתתפות עצמית.
- 4.2.4. המבוטח יהיה פטור מתשלום השתתפות עצמית עבור טיפול תרופתי לצורך טיפול במחלת הסרטן לסוגיה.

4.3. ויטמינים ו/או תוספי מזון לטיפול במחלת הסרטן

המבטח יישא בשיעור של 80% מעלות וספי מזון ויטמינים ומינרלים הניתנים בשילוב עם טיפול תרופתי לטיפול במחלת הסרטן שהתגלתה במהלך תקופת הביטוח, ועד 1,000 ש"ח לכל חודש, ולתקופה מרבית בת 36 חודשים ממועד גילוי המחלה.

5. תנאי לחבות המבטח

יובהר כי תנאי מהותי לחבות המבטח הוא קבלת אישור מראש מאת המבטח, בכפוף לתנאים המצוינים בס' 6 בפרק ג' - תנאים כלליים.

6. חריגים מיוחדים

- בנוסף לחריגים הכלליים המפורטים בפרק ב', המבטח לא יהיה אחראי לכל תשלום עבור:
- 6.1. תרופות ניסיוניות. יובהר כי תרופות המכוסות על פי סעיף 2.5 על סעיפי המשנה בו, לא יחשבו כתרופות ניסיוניות לעניין פרק זה.
 - 6.2. תרופות לטיפול באין אונות, או תרופות לטיפול שיניים.
 - 6.3. טיפולים וחומרים לצורך טיפולים קוסמטיים ו/או אסתטיים שאין לגביהם הוראה רפואית מובהקת, וכן תרופות לטיפול אנטי אייג'ינג, תרופה למטרות דיאטה או מניעת עישון.
 - 6.4. לא יכוסו טיפולים עקב השתתפות פעילה של מבוטח בפעולה מלחמתית או צבאית, במסגרת היותו בשירות סדיר, שירות מילואים, או שירות קבע בצה"ל, ובלבד שהשירות הרפואי לו זכאי על פי פרק זה, מכוסה במלואו ע"י גורם ממשלתי.

בנסיבות בהם הגורם הממשלתי ישתתף בעלות הטיפול באופן חלקי, יישא המבטח
ביתרת העלות ועד תקרת חבותו על פי פרק זה.
הגבלת אחריות המבטח לגבולות מדינת ישראל: 6.5
המבטח לא ישלם תגמולי ביטוח עבור טיפול תרופתי בזמן היות המבוטח מחוץ
לגבולות מדינת ישראל. חזר המבוטח לגבולות המדינה, יוכיח את זכאותו לתגמולים,
והמבטח ישלם כמוסכם ולא יותר מסכום הביטוח המופיע בפרק זה.
למרות האמור לעיל, במקרה בו המבוטח שווה בחו"ל לתקופה שלא עולה על 90
יום, יהיה המבוטח זכאי לתגמולי ביטוח בגין תרופה, על פי תעריפי עלות התרופה
במדינת ישראל.

פרק ז': ביטוח ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל - משלים לשב"ן

1. הגדרות:

- 1.1. **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.
- 1.2. **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.
- 1.3. **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.
- 1.4. **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.
- 1.5. **טיפול מחליף ניתוח:** טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף.
- 1.6. **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.
- 1.7. **ניתוח: פעולה פולשנית -** חדירנית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.
- 1.8. **קופת חולים:** על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן: כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994
- 1.9. **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.
- 1.10. **שתל:** על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן: כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי, המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי.

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 עימו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי עניין.

3. הכיסוי הביטוחי:

בקרות 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 העניין. 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 - כיסוי עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל.

לעניין זה, עלות הניתוח המוחלף בישראל הנה על פי הסכום המפורסם במועד קרות מקרה הביטוח באתר האינטרנט של המבטח 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 לנתוני השירות שבהסדר ניתוח בלבד, ולא ישולם למבוטח החזר בגין הוצאות שהוציא, אף אם שולמו על ידי, לנתוני 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:

בקרות מקרה ביטוח החברה המבוטח יהיה זכאי כדלקמן:

4.1. בקרות מקרה ביטוח יהיה זכאי המבוטח לכיסוי שמעבר למלוא הזכויות המוקנות לו במסגרת תכנית השב"ן שבה הוא חבר 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 מסוים (כגון פיגור בתשלום דמי החברות לשב"ן או הפסקת החברות בשב"ן או שאינו חבר בשב"ן או מכל סיבה אחרת), או אם בחר שלא לפנות לשב"ן למיצוי זכאותו, יישא המבטח במלוא הכיסוי הביטוחי, בניכוי השתתפות עצמית בסך 3,000 ₪ לכל ניתוח או טיפול מחליף ניתוח, אשר ישולם ע"י המבוטח לנותן השירות, ובכפוף לכך שיש למבטח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין.

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), או אם הניתוח בוצע ע"י נותן שירות שאינו בהסדר ניתוח עם השב"ן (רופא, מוסד רפואי, ספק ציוד, אביזרים, או שתלים בהם נעשה שימוש במהלך הניתוח), או במקרה שהמבוטח

הינו חייל בשירות סדיר, יינתן כיסוי בגין ההוצאות המוכרות המפורטות בסעיף 3 לעיל, והוראות סעיף 4.1 לעיל לא יחולו על מקרה הביטוח.
4.4. בחר המבוטח שלא לפנות לשב"ן למיזוי זכאותו.

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, ותשלום דמי ביטוח מלאים כנהוג בחברה באותה עת. במקרה זה, יהיה המבוטח זכאי לברות ביטוח שמשמעותה הצטרפות ללא כל תקופת אכשרה ולא תידרש הצהרה 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;

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.

6.4. 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.

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 שאירע 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 שאירע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;

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. למען הסר ספק תקופת אכשרה לא תחול על מבוטחים קיימים מתקפת ההסכם הקודם (שהסתיים ביום 31.03.2021 ועל מבוטחים שצורפו ללא הצהרת בריאות מיום 1.04.2021).

פרק ח': מחלקה ראשונה - שירותים נלווים במקרה של ביצוע ניתוח

1. **מקרה הביטוח:** שירותים נלווים במהלך אשפוז ו/או לאחר ביצוע ניתוח, אשר ניתנו למבוטח בתקופת הביטוח.

2. המבוטח יהיה זכאי לשיפוי עבור הכיסויים המפורטים להלן:

2.1 **חוות דעת שנייה עם רופא מומחה במהלך אישפוז המבוטח בבית חולים.**

המבוטח ישתתף בעלות חוות דעת שנייה שניתנה לגבי המבוטח בעת אשפוזו בבית חולים, ע"י רופא מומחה שאינו נמנה עם צוות הרופאים בבית החולים בו הוא מאושפז, ופגישת היעוץ נערכה בבית החולים בו המבוטח אושפז. השתתפות המבוטח תהיה בשיעור 80% מהעלות ועד 1,213 ₪, פעם אחת בכל אשפוז.

2.2 **שכר אח/אחות פרטית**

2.2.1 המבוטח ישתתף בעלות הוצאות שירותי שמירה וסיוע בעת שהותו של המבוטח בבית"ח, בשיעור 80% מההוצאה בפועל ועד 505 ₪ לכל יום אשפוז, מיום ביצוע הניתוח, ולתקופה שלא תעלה על 14 ימי אשפוז.

2.2.2 בנוסף ישתתף המבוטח בעלות שירותי אח/אחות מוסמכת לטיפול במבוטח בביתו לאחר השחרור מבית החולים בשיעור 80% מהעלות בפועל, ועד 202 ₪ ליום, לתקופה מרבית בת 30 יום, שתחילתה במועד השחרור מבית החולים, וזאת בכפוף להמלצת רופא מומחה.

2.3 **טיפול שיקומי**

המבוטח יישא בעלות שירותי פיזיותרפיה ושיקום שניתנו למבוטח בעת אשפוזו בבית החולים לאחר ביצוע ניתוח עד תקרה של 202 ₪ לטיפול ועד 16 טיפולים. יובהר כי על פי סעיף זה לא יכוסו טיפולים שניתנו בעת אשפוזו של המבוטח בבית חולים שיקומי.

2.4 **החלמה ו/או שיקום לאחר ניתוח**

בוצעו במבוטח ניתוח לב פתוח או ניתוח מוח או ניתוח גב או השתלה, או ניתוח אחר אשר כתוצאה ממנו היה מאושפז בבית חולים לתקופה של 5 ימי אשפוז מלאים ורצופים, או לאחר אירוע לב, או אירוע רפואי אחר שבגיננו אושפז לתקופה של 7 ימי אשפוז מלאים ורצופים, ישתתף המבוטח בהוצאות ההחלמה ו/או שיקום ששולמו בעקבות ובסמוך לניתוח או האירוע הרפואי בשיעור 80% מההוצאה בפועל, ועד לסך של 556 ₪ לכל יום החלמה, ולתקופה שלא תעלה על ארבעה עשר (14) ימים בבית החלמה או שיקום המוכר ככזה ע"י נותן שירותים רפואיים, או רשות רפואית מוסמכת, ובתנאי שהצורך בהחלמה נקבע על פי שיקולים רפואיים ועל ידי רופא מומחה בתחום רלוונטי.

2.5 **טיפול פיזיותרפי וטיפולי שיקום**

המבוטח ישתתף בשיעור 80% ועד 202 ₪ לטיפול ועד 20 טיפולים, עבור טיפול פיזיותרפי, ו/או ריפוי בעיסוק, ו/או טיפולי שיקום, שניתנו למבוטח לאחר ביצוע ניתוח שלא במסגרת אשפוז. הטיפול יינתן עפ"י הוראת רופא שהבעיה הינה בתחום מומחיותו.

2.6 **התעמלות שיקומית**

המבוטח יהיה זכאי להשתתפות המבוטח בשיעור של 80% ועד לסכום מרבי של 202 ₪ לחודש, ולתקופה שלא תעלה על 12 חודשים, עבור הוצאותיו בגין התעמלות שיקומית לאחר ביצוע ניתוח.

2.7. סיוע וטיפול סיעודי לאחר ניתוח

בוצע במבוטח ניתוח במהלך תקופת הביטוח, והמבוטח זקוק לסיוע בביצוע אחת מפעולות ה-A.D.L המנויות בחוזר המפקח, על פי הערכה תפקודית שבוצעה ביום השחרור מהאשפוז מבית החולים, או לאחר מכן בבית המבוטח ע"י גורם מוסמך מקופת החולים, יהיה זכאי לשיפוי בסכום של 202 ש"ח ליום עבור שירותי סיוע או טיפול סיעודי. הזכאות לתגמולי ביטוח הינה ממועד השחרור מבית החולים ולתקופה מרבית בת 60 ימים.

2.8. פיצוי בגין תקופת אשפוז ארוכה

מבוטח שגילו נמוך מ-65 שנים שאושפז בבית חולים לתקופה רציפה בת 4 ימים, יהיה זכאי לפיצוי בסך 253 ש"ח עבור כל יום אשפוז, החל מיום האשפוז החמישי ולמשך 4 ימי אשפוז לכל היותר.

המבוטח יהיה זכאי לפיצוי בעד 2 תקופות אשפוז בכל שנת ביטוח.

2.9. סיוע לבני המשפחה במקרה של אשפוז המבוטח

2.9.1. מבוטח אשר אושפז בבית חולים פרטי או ציבורי, לצורך ניתוח או טיפול רפואי אחר שאינם קשורים בלידה ו/או ניתוח קיסרי, המרוחק מעל 80 ק"מ ממקום מגוריו, לתקופה העולה על 4 ימים, יהיה זכאי לשיפוי בשיעור 80% עבור הוצאות שהייה של כלל בני משפחתו (בן/ת זוג, ילדים או הורים המתגוררים עימו) במלונות או בית מלון למשך תקופת האשפוז, ולא יותר מ-505 ש"ח לכל יום ועד 14 ימים לכל תקופת אשפוז רציפה.

2.9.2. הזכאות הינה לעד שתי תקופות אשפוז בכל שנת ביטוח.

2.9.3. מובהר כי המבוטח לא יהיה זכאי לשיפוי במקרה של אשפוז במוסד סיעודי או בבית החלמה.

מובהר כי הכיסוי על פי סעיף זה הינו חלופי לסעיף 2.2 לעיל, לאמור המבוטח יהיה זכאי לשיפוי הוצאותיו רק בגין אחד מהכיסויים הביטוחיים כאמור, ולא לשניהם.

2.10. אביזרים רפואיים

במקרה של צורך ברכישת אביזר רפואי לאחר ביצוע ניתוח, ולא יאוחר מ-6 חודשים לאחר ביצוע הניתוח, ישתתף המבוטח בעלות בשיעור 80% ועד 5,560 ש"ח.

לעניין סעיף זה " אביזר רפואי": כל מכשיר או אביזר לשימוש פנימי או חיצוני, אשר נועד לאבחון, ניטור, הקלה, טיפול או מניעה של מחלה, ניתוח, פציעה או נכות, כלי עזר לבעל מוגבלות פיזית או תחליף של איבר אנטומי.

2.11. שירותי הסעה באמבולנס והיטס רפואי בישראל

המבוטח זכאי להשתתפות המבוטח בהוצאות העברה או פינוי באמבולנס לצורך אבחון רפואי או טיפול רפואי, בנסיבות בהם השירות אינו כלול בסל השירותים על פי חוק בריאות ממלכתי. הזכאות להשתתפות המבוטח מותנית בקיומה של המלצה מאת רופא על הצורך הרפואי בנסיעה באמבולנס. השתתפות המבוטח הינה לפי התעריף הרשמי הקיים באותה עת בשירותי מגן דוד אדום.

פרק ט': בדיקות לנשים בהריון וטיפול פוריות

1. בדיקות לנשים בהריון

מבוטחת תהיה זכאית להשתתפות בשיעור 60% עבור כל בדיקה שבוצעה במהלך תקופת הביטוח לצורך אבחון מצבה הרפואי, תקינות ההריון, או אבחון מצבו הרפואי או הגנטי של העובר, ועד 4,044 ש"ח עבור כל הבדיקות יחד בכל ההריון.

במקרה והמבוטחת נושאת ברחמה תאומים או יותר, תקרת החבות בגין הבדיקות כאמור תעמוד על 6,066 ש"ח לכל ההריון.

2. בדיקות גנטיות טרם הריון

המבוטחת/ת יהיה זכאית להשתתפות בשיעור 60% עבור ביצוע בדיקות גנטיות שבוצעו במבוטחת/ת במהלך תקופת הביטוח, טרם הריון, לשלילת מומים מולדים, במקרים בהם הבדיקה אינה ממומנת ע"י הסל הבסיסי או משרד הבריאות. הזכאות הינה עד 1,264 ש"ח לכל מבוטחת/ת, פעם אחת בתקופת הביטוח. מובהר בזאת כי הזכאות תינתן גם עבור בדיקה גנטית המבוצעת אצל בן משפחה מקרבה ראשונה.

3. טיפול פוריות והפריה חוץ גופית

3.1. מבוטחת תהיה זכאית להשתתפות בשיעור 60% בעבור ביצוע טיפולי פוריות או הפריה שבוצעו, במהלך תקופת הביטוח, בגופה של מבוטחת עקב אי יכולת להרות מסיבה רפואית.

3.2. חבות המבטח הינה עד לסכום של 10,000 ש"ח לכלל הניסיונות להרות (כל הטיפולים עד היוולדו של תינוק), עבור כל הריון, עד הולדת ילד ראשון ו/או שני בלבד. אם בוצע הטיפול בחו"ל, חבות המבטח תהיה עד לסכום של 20,000 ש"ח.

3.3. הכיסוי על פי סעיף זה כולל את כל המרכיבים והשילבים בביצוע טיפול הפוריות או ההפריה, לרבות: בדיקה אבחונית, עלות טיפול תרופתי, הזרעה תוך רחמית או שאיבת ביציות, ביצוע ההפריה, והחזרת עוברים לגופה של המבוטחת, וכן עלות השגת תרומת ביצית לצורך ביצוע ההפריה.

3.4. המבטח ישתתף בעלויות עבור טיפולים לפריון הגבר, לרבות פרוצדורות כירורגיות להוצאת תאי זרע מגופו של המבוטח והשבחתם, שבוצעו במהלך תקופת הביטוח, ובתנאי שהטיפול אינו מכוסה על פי פרק ז' - ניתוחים וטיפולי מחליפי ניתוח בישראל, ובוצע באמצעות נותן שירות שבהסכם עם המבטח.

3.5. יובהר כי הזכאות לתגמולי ביטוח הינה עבור טיפול שבוצע בגופה של המבוטחת/ת בלבד במהלך תקופת הביטוח, עבור הולדת ילד ראשון ו/או שני בלבד. יובהר כי שני בני זוג מבוטחים יהיו זכאים לסכום ביטוח של 10,000 ש"ח יחדיו.

3.6. ניתוח לצורך פריון והפריה

המבטח יישא במלוא העלות הכרוכה בביצוע ניתוח בגופו של המבוטחת/ת לצורך פריון והפריה, ובתנאי שהטיפול אינו מכוסה על פי פרק ז' - ניתוחים וטיפולי מחליפי ניתוח בישראל ומבוצע ע"י נותן שירות שבהסכם עם המבטח.

4. מעקב הריון

מבוטחת תהיה זכאית להשתתפות המבטח עבור ביקור אצל רופא מומחה לצורך מעקב הריון בשיעור 60% מההוצאה בפועל, ועד 364 ש"ח לכל ביקור, ועד 3 ביקורים במהלך כל הריון.

5. שמירת הריון באשפוז

מבוטחת אשר אושפזה בבית חולים כתוצאה מסיבוכי הריון או עקב סכנה לבריאות האישה ההרה או עובריה, לתקופת אשפוז רציפה העולה על 7 ימים, תהיה זכאית לפיצוי של 101 ש"ח לכל יום אשפוז החל מיום האשפוז השמיני ולתקופה מירבית בת 21 ימי אשפוז רצופים, ועד 5,055 ש"ח לכל הריון.

6. יובהר כי הזכאות על פי פרק זה תחול גם על אם פונדקאית בנסיבות בהן נבצר מהמבוטחת להיכנס להריון עקב בעיה רפואית, ולצורך הנוחות גם האם הפונדקאית תיקרא מבוטחת. (יובהר כי לא יינתן כיסוי כאמור בנסיבות שהמבוטח/ת לא יכול/ה להיכנס להריון עקב בעיה ביולוגית).

לגבי מבוטחים שהצטרפו לראשונה לביטוח זה תחול תקופת אכשרה בת 9 חודשים.

פרק י': מרפאת מומחים

1. מקרה הביטוח:

ביצוע יעוץ רפואי במהלך תקופת הביטוח.

2. התייעצות עם רופא מומחה

- 2.1. מבוטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח עבור התייעצות עם רופא מומחה, וכן יעוץ ברפואה ראשונית הניתנים ע"י רופא משפחה מומחה או רופא ילדים מומחה.
- 2.2. עבור התייעצות עם רופא מומחה יהיה זכאי המבטח להשתתפות המבטח בשיעור 80% ועד 800 ש"ח לכל התייעצות.
- 2.3. עבור התייעצות עם רופא מומחה אשר בהסכם עם השב"ן בקופת החולים בו הוא חבר, והמבטח נדרש לשלם עבור ההתייעצות השתתפות עצמית בלבד, יישא המבטח במלוא עלות ההשתתפות העצמית.
- 2.4. המבטח יהיה זכאי לעד 5 התייעצויות במהלך שנת ביטוח אחת.
- 2.5. מובהר בזאת כי התייעצות עם רופא מומחה לה זכאי המבטח בפרק או סעיף אחר בפוליסה זו, לא תבוא במניין ההתייעצויות על פי סעיף זה.
- 2.6. **חריג לסעיף זה:**
מובהר כי על פי פרק זה, מבוטחת לא תהיה זכאית להתייעצות או בדיקת מעקב שבשגרה בנושאי הריון, אלא אם על פי חוות דעת של הרופא המטפל קיימת בעיה או סיכון רפואי למבוטחת או לעובריה.

3. חוות דעת שנייה עם רופא מומחה במהלך אשפוז המבטח בבית חולים ציבורי.

המבטח ישתתף, פעם אחת בכל אשפוז, בעלות חוות דעת שנייה עם רופא מומחה שאינו נמנה עם צוות הרופאים בבית החולים בו מאושפז המבטח, בעת שהותו באשפוז, בשיעור של 80% ועד 800 ש"ח. בנסיבות שח"ד כרוכה בהגעת הרופא לבית החולים, השתתפות המבטח תהיה עד לסך של 1,600 ש"ח.

4. חוות דעת רפואית נוספת בחו"ל

- 4.1. המבטח ישתתף בשיעור של 80% מההוצאה אך לא יותר מ-7,000 ש"ח, עבור התייעצות שבוצעה במהלך תקופת הביטוח עם רופא מומחה ו/או מרכז רפואי בחו"ל המוכרים ע"י הרשויות במדינות בהם הם פועלים. הזכאות היא פעם אחת בכל תקופת הביטוח.
 - 4.2. תגמולי הביטוח יינתנו גם לתשלום עבור התייעצות טלפונית של הרופא המטפל בישראל עם נותן חוות הדעת בחו"ל.
 - 4.3. במקרים בהם הרופא היועץ בחו"ל קבע כי נסיעה של המבטח לחו"ל חיונית לקבלת הייעוץ, ישפה המבטח את המבטח בסכום של עלות כרטיס טיסה במחלקת תיירות רגילה, וסכום של 1,000 ש"ח לכל יום שהות ועד 7 ימי שהות.
 - 4.4. יובהר כי במסגרת סעיף זה יכוסו כל ההוצאות הכרוכות במתן השירות לרבות ומבלי למצות: איסוף המידע הרפואי, תרגומו, איתור מומחה ומרכז רפואי מתאים, שליחתו למרכז הרפואי, ופענוח ותרגום הממצאים לעברית.
 - 4.5. יובהר כי חבות המבטח לפי סעיף זה מותנית באישורו המוקדם לבקשת חוות הדעת כאמור.
- לגבי מבטחים שהצטרפו לראשונה לביטוח זה תחול תקופת אכשרה בת 3 חודשים.

פרק י"א: רפואה משלימה ויעוץ דיאטטי

1. מקרה הביטוח

טיפול ברפואה משלימה אשר בוצע במבוטח במהלך תקופת הביטוח.

2. חבות המבטח

המבטח ישתתף בעלות בשיעור 60% מההוצאה בפועל, ועד 121 ש"ח לטיפול או התייעצות שבוצעו במהלך תקופת הביטוח. המבוטח יהיה זכאי לעד 16 טיפולים או התייעצויות במהלך כל שנת ביטוח, כמפורט להלן:

2.1. הומאופתיה

2.2. אקופונקטורה

2.3. כירופרקטיקה

2.4. אוסטאופתיה

2.5. רפלקסולוגיה

2.6. שיאצו

2.7. ייעוץ דיאטטי

2.8. שיטת פלדנקרייז

2.9. ביו-פיזיק

2.10. נטורופתיה

2.11. הרבולוגיה

2.12. שיטת פאולה

2.13. שיטת אלכסנדר

2.14. שיטות שלא נמנו ברשימה לעיל, ויהיו מוצעות לציבור הרחב ע"י מכונים במסגרת שירותי בריאות נוספים מטעם קופות החולים.

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.

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 י"ב: יעוץ פסיכולוגי ופסיכיאטרי

1. מקרה הביטוח

יעוץ ו/או טיפול פסיכולוגי שניתן למבוטח במהלך תקופת הביטוח, ע"י פסיכולוג ו/או פסיכיאטר ו/או פסיכותרפיסט ו/או עובד סוציאלי מורשה.

2. תגמולי ביטוח

המבטח ישתתף ב-60% מעלות הטיפול ועד 182 ש"ח לכל טיפול, ועד 12 טיפולים לכל שנת ביטוח, בגין הוצאות עבור יעוץ/טיפול שניתנו ע"י פסיכיאטר ו/או פסיכולוג ו/או פסיכותרפיסט ו/או עובד סוציאלי מורשה.

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

פרק י"ג: בדיקות רפואיות אבחוניות

1. בנוסף להגדרות הכלליות כאמור בפרק א', תהיה למונחים הבאים המשמעות אשר מפורשת בצידום:

- 1.1 **בדיקה פתולוגית:** כל בדיקה אשר תורמת לחקר תהליך המחלה במטרה להבין את אופייה ואת הסיבות הגורמות לה, לרבות ומבלי למצוא, באמצעות בדיקות דם, שתן, צואה, נוזלי גוף, תאים ורקמות מן החי או מן המת, בכל טכנולוגיה או אמצעי שהוא.
- 1.2 **בדיקות רפואיות אבחנתיות:** בדיקות מעבדה (כגון: בדיקות דם, הפרשות, תאים וכדו'), רנטגן, א.ק.ג, בדיקות הדמיה - אולטרסאונד (S.U), טומוגרפיה ממוחשבת (C.T), בדיקת תהודה מגנטית (M.R.I). מכל סוג שהוא, מיפוי, PET, בדיקה אנדוסקופית בעזרת כמוסת וידיאו, כל פעולה חדירתית ופולשנית לצורך אבחון, בדיקה פתולוגית, וכל בדיקה אחרת הנדרשת על פי המלצה של רופא מטעם המבוטח לאבחון מצבו הרפואי של המבוטח או לקביעת דרכי הטיפול בה, בכל טכניקה או טכנולוגיה שתהיה ידועה במועד ביצועה אף אם אינן נכללות בסל הבריאות במועד קבלתן, לרבות בדיקות גנטיות, בדיקות אונקוגנטיות, בדיקות גנומיות, וכן בדיקות גנטיות המבוצעות בקרובו של המבוטח הנדרשות לאבחון מניעה או אבחון מצבו הרפואי של המבוטח. על פי הגדרה זו תכוסה גם כל בדיקה המבוצעת בישראל ונשלחה לפענוח ע"י מומחה או מעבדה בחו"ל, או בדיקות רפואיות אבחנתיות שעל פי חו"ד של רופא מומחה מטעם המבוטח מומלץ לבצע בחו"ל. כמו כן יכוסו בדיקות לצורך מניעת מחלה, מניעת הישנות המחלה או החמרתה, שבוצעו על פי הפניה או המלצה מאת רופא מטעם המבוטח, בהסתמך על הפרופיל הרפואי של המבוטח (גורמי סיכון, גיל, מגדר, מצב רפואי וכו'). **יובהר כי על פי הגדרה זו לא יכוסו בדיקות הריון מכל סוג שהוא. כמו כן לא יכוסו בדיקות סקר רפואי שלא על פי הוריה רפואית, ולא יכוסו בדיקות מניעה מכל סוג שלא על פי המלצה בכתב מאת רופא אשר הבעיה הרפואית הינה בתחום מומחיותו.**

2. מקרה הביטוח:

ביצוע יעוץ רפואי או בדיקה רפואית אבחנתית במהלך תקופת הביטוח.

3. תגמולי ביטוח

המבטח ישתתף בשיעור 80% מעלות בדיקות רפואיות אבחוניות או פתולוגיות, אשר בוצעו על סמך הפניה של רופא מומחה אשר הבעיה הרפואית הינה בתחום מומחיותו ועד לסך של 10,000 ₪ לכל הבדיקות שבוצעו בשנת ביטוח.

יובהר כי חלקו של המבוטח בעלות הבדיקה לא יפחת מ-150 ₪ לכל בדיקה.

3.1 **בדיקות גנטיות או גנומיות לאפיון והתאמת הטיפול במחלה**

המבטח ישתתף במלוא עלות בדיקות גנטיות או גנומיות שבוצעו במעבדה מורשית, על סמך הפניה של רופא אשר הבעיה הרפואית הינה בתחום מומחיותו.

תנאי לחבות המבטח על פי סעיף זה כי המבוטח פנה תחילה למבטח, קיבל אישורו לביצוע הבדיקה, ויאפשר למבטח לתאם את הבדיקה עם נותן השירות.

3.2 **חוות דעת נוספת לאחר בדיקה אבחונית**

המבטח ישתתף בשיעור 80% מעלות התייעצות אחת עם רופא מומחה, או פרמקולוג, או גנטיקאי, או רדיולוג, לאחר ביצוע בדיקה אבחונית או בדיקה פתולוגית, לצורך פענוח ממצאי הבדיקה או לקבלת חוות דעת נוספת ביניה, עד לסך 800 ₪ עבור כל התייעצות.

4. חריגים לפרק זה:

- 4.1. יעוץ או בדיקה הקשורים או כתוצאה של הריון או לידה.
 - 4.2. בדיקות למטרות יופי או אסתטיקה.
 - 4.3. בדיקות הקשורות בטיפולי שיניים או בחניכיים או המבוצעים על ידי רופא שיניים.
 - 4.4. בדיקות למטרות מחקר או טיפולים המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות טיפולים שלביצועם נדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" - "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;
 - 4.5. בדיקות הכלולות בכיסוי הביטוחי על פי פרק ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל, ופרק ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל.
- לגבי מבטחים שהצטרפו לראשונה לביטוח זה תחול תקופת אכשרה בת 3 חודשים.

פרק י"ד: שיקומית

1. הגדרות

- 1.1 **אביזר רפואי:** כל מכשיר או אביזר לשימוש פנימי או חיצוני, אשר נועד לאבחון, ניטור, הקלה, טיפול או מניעה של מחלה, ניתוח, פציעה או נכות, כלי עזר לבעל מוגבלות פיזית או תחליף של איבר אנטומי.
- 1.2 **טיפול שיקומי:** כל טיפול שמטרתו שיפור ומיומנות המאפשרת תפקוד יומיומי תקין, לרבות שיפור ליקויים התפתחותיים, ליקויים מוטוריים, מנטליים, או ליקויי שפה. במסגרת זה יכללו בין היתר טיפולים פיזיותרפיים ו/או ריפוי בעיסוק ו/או טיפול שיקומי אחר, לרבות בעזרת עזרים ו/או אביזרים חיצוניים או בעלי חיים, המבוצעים ע"י פיזיותרפיסט או מרפא בעיסוק, או מטפל שיקומי אחר, בעל תעודת הסמכה מהרשויות המוסמכות בישראל.

2. מקרה הביטוח

התייעצות עם רופא מומחה שיקומי, ו/או טיפולים שיקומיים שביצע המבוטח במהלך תקופת הביטוח ע"י פיזיותרפיסט או מרפא בעיסוק או מטפל שיקומי, בעלי תעודת הסמכה מהרשויות המוסמכות בישראל, או צורך בשימוש באביזר רפואי, כל זאת על פי הוראת רופא שהבעיה הרפואית בתחום מומחיותו.

3. חבות המבטח

- 3.1 **התייעצות עם רופא שיקומי**
המבטח ישתתף בשיעור 60% מעלות התייעצות שיקומית שניתנה למבוטח במהלך תקופת הביטוח, ע"י מומחה שיקומי לצורך קביעת תכנית טיפול שיקומי כגון שיקום מוטורי, שיקום נירולוגי, שיקום נשימתי, שיקום הלב ושיקום הדיבור והקול, ועד 809 ש"ח לכל התייעצות פעם אחת בכל שנת ביטוח.
- 3.2 **טיפולי שיקום (שלא לאחר ניתוח)**
המבטח ישתתף בשיעור של 60% מעלות טיפול שיקומי, שבוצע במהלך תקופת הביטוח, על פי המלצת רופא מומחה שהבעיה בתחום מומחיותו, אך לא יותר מ-182 ש"ח לכל טיפול, ועד 16 טיפולים בכל שנת ביטוח.
- 3.3 **שיקום דיבור (שלא לאחר ניתוח)**
המבטח ישתתף בשיעור של 60% עבור טיפולים לשיקום הדיבור, שבוצעו במהלך תקופת הביטוח, עקב אובדן מלא או חלקי של כושר הדיבור, ולא יותר מסך מרבי של 182 ש"ח לכל טיפול ועד 16 טיפולים במהלך תקופת הביטוח.
- 3.4 **התעמלות שיקומית (שלא לאחר ניתוח)**
המבטח ישתתף בעלות בשיעור של 60% ועד לסכום מרבי של 253 ש"ח לחדש, ולתקופה שלא תעלה על 12 חודשים, עבור התעמלות שיקומית, לאחר אירוע רפואי שאירע במהלך תקופת הביטוח, על פי הוראת רופא שהבעיה הינה בתחום מומחיותו.
- 3.5 **טיפול פיזיותרפי וטיפולי שיקום**
המבטח ישתתף בעלות בשיעור 60% ועד 182 ש"ח לטיפול ועד 20 טיפולים במהלך תקופת הביטוח, עבור טיפול פיזיותרפי, ו/או ריפוי בעיסוק, ו/או טיפולי שיקום, שניתנו למבוטח. הטיפול יינתן עפ"י הוראת רופא שהבעיה הינה בתחום מומחיותו.
- 3.6 **אביזרים רפואיים**
המבטח ישתתף בשיעור של 60% עבור אביזרים רפואיים כמפורט בסעיף 1.1 לעיל, ולא יותר מסך מרבי של 4,000 ש"ח לתקופת הביטוח.

3.7. חריגים

- 3.7.1. לא יכוסו עדשות מגע למעט עדשות מגע ניידות במקרה של מחלות: קרטוקונוס, השתלת קרנית, ריפוי קרנית, קוצר ראייה מעל 7.
- 3.7.2. לא יכוסו משקפיים או עדשות. במקרה של קוצר ראייה גבוה אצל ילדים, ו/או אסטיגמטיזם מעל 7 יכוסו העדשות בלבד. כמו כן יכוסו משקפיים טלסקופיים ומיקרוסקופיים.
- 3.7.3. לא יכוסו נעליים אורטופדיות, למעט נעליים אורטופדיות רפואיות בהתאמה אישית ובנייה מיוחדת לחולים במחלה ראומטית, או לחולי סוכרת הסובלים מנמק או חסר אצבעות, לחולים אחרי כריתה חלקית של כף הרגל או שיתוק שרירים, כמו כן יכוסו נעליים המיועדות לטיפול או שיקום כדוגמת נעליי אפוס.
- 3.7.4. מובהר כי הזכאות להשתתפות המבטח עבור מדרסים תהיה אחת לשנתיים, וסכום ההחזר לא יעלה על 400 ש"ח בכל פעם.
- 3.7.5. חריג מיוחד לפרק זה - על פי פרק זה לא יכוסו טיפולים בהתפתחות הילד או טיפול בליקויי למידה.

פרק ט"ו: אשפוזית - שירותי אשפוז בבית חולים שלא לצורך ניתוח

1. הגדרות

- 1.1. **אח/אחות:** אח או אחות, לרבות אח או אחות צבאי, בעלי תעודת הסמכה של משרד הבריאות, ובמקרה של טיפול בחו"ל, אח או אחות מוסמכים לפי חוקי המדינה בה מתבצע הטיפול.
- 1.2. **אשפוז:** שהייה בחדר בבית חולים בגין ביצוע פעולה רפואית המכוסה על פי הסכם זה. יובהר כי שהייה בבית החולים במסגרת אשפוז יום לצורך ביצוע הליך כירורגי (יום הקבלה ויום השחרור באותו יום), תיחשב כאשפוז לכל דבר.

2. מקרה הביטוח

אשפוז של מבוטח בבית חולים בתקופת הביטוח בשל תאונה או מחלה, ואשר במהלכו לא בוצע ניתוח.

3. תגמולי ביטוח

- 3.1. במקרה של אשפוז רצוף בבית חולים בישראל מחמת מחלה או תאונה (לא ניתוח), המבוטח יהיה זכאי להשתתפות המבוטח בשיעור 80% ועד 505 ש"ח לכל יום, עבור שירותי אחות לשמירה ו/או טיפול, החל מהיום הראשון מיום האשפוז ולמשך תקופה מרבית בת 14 ימים.
- 3.2. מבוטח שגילו בעת קרות מקרה הביטוח מעל 18, אשר אושפז בבית חולים בישראל שלא לצורך ניתוח, לתקופה רציפה העולה על 7 ימים, יהיה זכאי לפיצוי של 101 ש"ח לכל יום אשפוז, החל מהיום השמיני לאשפוז ולתקופה מרבית בת 14 ימים.
- 3.3. מבוטח שגילו בעת קרות מקרה הביטוח מתחת ל-18, אשר אושפז בבית חולים בישראל שלא לצורך ניתוח, יהיה זכאי לפיצוי של 202 ש"ח לכל יום אשפוז, החל מהיום השלישי מיום האשפוז לתקופה מרבית בת 30 יום.
- 3.4. יובהר כי מבוטח שגילו מעל 18 שנים יהיה זכאי לפיצוי בגין תקופת אשפוז אחת, כאמור בפרק זה, במהלך כל שנת ביטוח. מבוטח שגילו נמוך מ-18 שנים יהיה זכאי לעד 3 תקופות אשפוז בכל שנת ביטוח.

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

פרק ט"ז: כתב שירות - "רופא מלווה אישי"

אם צוין בדף פרטי הביטוח כי כתב שירות זה הינו בתוקף, יהיה זכאי המנוי לשירותים המפורטים בכתב שירות זה בכפוף לתנאים ולהוראות המפורטים להלן.
כתב שירות זה מהווה חלק בלתי נפרד מהפוליסה לה צורף.

השירות

רופא מלווה אישי מאפשר למנוי לקבל לגבי מקרים רפואיים מוגדרים מידע, ייעוץ רפואי נוסף וליווי בתהליך אבחון מחלה, בעת ההחלטה על הטיפול, במהלך שלבי הטיפול הרפואי ובמהלך ההחלמה. למנוי המתמודד עם מצב רפואי או מחלה על פי המוגדר להלן יצוות מנהל רפואי אישי שהינו רופא מומחה, אחות על פי הצורך ומתאמת שירות אשר ילוו אותו ואת בני משפחתו בתהליך קבלת ההחלטות הרפואיות משלב האבחנה ובמשך הטיפול הרפואי וההחלמה למשך 3 חודשים וכל זאת בכפוף לתנאים המפורטים בכתב השירות להלן.

א. הגדרות:

בכתב שירות זה יהיו למונחים המפורטים להלן המשמעות האמורה בצידי:

1. "החברה" - הראל חברה לביטוח בע"מ.
2. "מנוי" - אדם הזכאי לקבל את השירותים נשוא כתב שירות זה אשר שמו/ה ותעודת זהות/ה נקובים בדף פרטי הביטוח כמנוי בכתב שירות זה.
3. "דף פרטי הביטוח" - דף המצורף לפוליסה הכולל פרטים הנוגעים לכתב השירות.
4. "דמי מנוי" - הסכומים המשולמים מדי חודש כתנאי לקבלת השירותים על-פי כתב שירות זה.
5. "ילד" - ילד/ה עד גיל 21 אשר שמו/ה ותעודת זהות/ה נקובים בדף פרטי הביטוח כמנוי/ה.
6. "הספק" - הגוף עמו התקשרה החברה לצורך אספקת השירותים כמפורט בכתב שירות זה.
7. "רופא" - אדם שהוסמך על ידי השלטונות המוסמכים בישראל כרופא ושמו כלול ברשימת הרופאים לפי תקנה 34 לתקנות הרופאים התשל"ג - 1973.
8. "רופא מומחה" - רופא בעל תעודת תואר מומחה אשר הוצא על ידי משרד הבריאות במדינת ישראל.
9. "ממין ראשי" - אחראי על אישור זכאות המנוי לשירות, על פי מצבים רפואיים כמפורט בכתב השירות.
10. "מנהל רפואי אישי" - רופא בעל תואר מומחה ברפואה פנימית עמו התקשר הספק בקשר למתן השירותים המפורטים בכתב שירות זה.
11. "אחות" - אחות שהוסמכה על ידי השלטונות המוסמכים בישראל עמה התקשר הספק בקשר למתן השירותים המפורטים בכתב שירות זה.
12. "עובד/ת סוציאלי/ת" - עו"ס שהוסמך/ה על ידי השלטונות המוסמכים בישראל עמה התקשר הספק בקשר למתן שירותים המפורטים בכתב שירות זה.
13. "מתאם/ת שירות" - אדם שעבר הכשרה מתאימה לתפקיד מתאם/ת שירות. מתאם/ת השירות מקיים/ת את התקשורת השוטפת עם המנוי בכל הקשור לשירות כמפורט בכתב שירות זה.
14. "מצב רפואי" - מערכת נסיבות רפואיות הקיימת בגוף המנוי, עקב מחלה או תאונה.
15. "מקרה רפואי" - מצב רפואי המתואר בכתב שירות זה אשר קיומו מקנה למנוי זכות למימוש השירות כמתואר ומפורט בכתב שירות זה.
16. "ליווי רפואי" - בדיקת שלמות תהליך הטיפול הרפואי למנוי.

17. **"אבחנה"** - מסקנה סופית של רופא המתייחסת למצב רפואי מסוים, המוסקת לאחר לקיחת אנמנה (פרטים שמסור המנוי על מצבו הרפואי), היסטוריה רפואית, בדיקה רפואית, ובדיקות נוספות במידת הצורך.
 18. **"מצב רפואי כרוני"** - מצב רפואי שאינו ניתן לריפוי, אשר תסמיניו מופיעים ומתפתחים על פני תקופה של 90 יום לפחות.
 19. **"מצב רפואי חריף"** - מצב רפואי בעל תסמינים המופיעים באופן פתאומי, במהירות ובעוצמה.
 20. **"תקופת שירות"** - על פי צורך רפואי ועד 90 יום רצופים מיום פתיחת קריאה של שירות ותשלום דמי ההשתתפות העצמית כמפורט בפרקי השירות השונים.
 21. **"מוקד השירות"** - שירות טלפוני שיפעיל הספק עבור המנויים, לשם קבלת השירותים על-פי כתב שירות זה.
- מספר הטלפון של מוקד השירות של הספק עבור מנויי הראל הוא: *5226**
22. **"המועד הקובע"** - מועד כניסתו לתוקף של כתב שירות זה לגבי מנוי, כפי שמופיע בדף פרטי הביטוח.
 23. **"תקופת אכשרה"** - תקופת זמן רצופה, המתחילה לגבי כל מנוי מהמועד הקובע ותסתיים בתום 90 יום. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מנוי פעם אחת בתקופת ביטוח רציפה, ותחול מחדש בכל פעם שהמנוי יצורף לכתב השירות מחדש, בתקופות שירות בלתי רצופות. הספק לא יספק שירות כמפורט בכתב שירות זה לפני תום תקופת האכשרה.
 24. **"השתתפות עצמית"** - סכומים בהם מחויב המנוי לשאת בעצמו כתנאי לקבלת שירותים עפ"י כתב שירות זה, כמפורט בפרקי השירות השונים. ההשתתפות העצמית תשולם על ידי המנוי ישירות לספק לפי קביעת הספק ובשום מקרה ואופן לא באמצעות החברה.
 25. **"מקרה רפואי דחוף"** - שינוי משמעותי במצבו הבריאותי של המנוי המחייב פנוי למיון ו/או אשפוז.
 26. **"שנת ביטוח"** - תקופה של כל 12 חודשים רצופים, שהראשונה תחילתה בתאריך תחילת הביטוח כאמור בדף פרטי הביטוח.

ב. היקף השירותים:

שירות זה מאפשר למנוי לקבל מידע, ייעוץ רפואי נוסף וליווי בתהליך אבחון מחלה, לפני ובעת טיפול רפואי והחלמה ממצב רפואי.

השירות כולל:

1. מינוי רופא מומחה אשר ישמש כמנהל רפואי אישי. המנהל הרפואי האישי יפעיל צוות פרא-רפואי הכולל אחות ועובדת סוציאלית על פי שיקול דעתו.
2. ריכוז וסקירת התיק הרפואי (Intake) כולל הערכה ראשונה של המקרה הרפואי על ידי המנהל הרפואי האישי.
3. פגישה אישית עם המנהל הרפואי האישי. פגישות אישיות נוספות ייקבעו בהתאם לצורך רפואי ועל פי שיקול דעת המנהל הרפואי האישי. מספר הפגישות לא יעלה על 4 פגישות אלא אם קיים צורך רפואי מהותי אשר מצדיק פגישות נוספות.
4. הפניית התיק הרפואי להתייעצות נוספת על פי צורך ובהחלטת המנהל הרפואי האישי לרופא מומחה בתחום הרלוונטי בארץ או בהעדר ידע או ניסיון מספק בארץ, למומחה בתחום במדינה אחרת בעולם.
5. מתן מידע אובייקטיבי במהלך הפגישות כאמור התומך בתהליך קבלת ההחלטות הרפואיות ואשר יצוין בדו"ח הרפואי המסכם כמפורט בסעיף 12 להלן.

6. המלצה לפנייה לגורמים רפואיים ופרא רפואיים מתאימים להמשך ייעוץ/טיפול. יובהר כי התשלום בגין ייעוץ/ טיפול שהמנוי הופנה אליו על ידי הספק כאמור לעיל, הינו על חשבון המנוי.
7. שיחות טלפוניות לתיאום עם הגורמים הרפואיים המטפלים במנוי.
8. ליווי למקרה רפואי על ידי מתאם/ת השירות ו/או הצוות הרפואי והפרא-רפואי.
9. ייעוץ למנוי במהלך אשפוז ו/או אחריו כולל ביקור באשפוז ו/או ביקור בית לאחר טיפול פולשני/ניתוח על פי צורך ובהתאם לשיקול דעתו הבלעדי של המנהל הרפואי האישי.
10. ליווי וייעוץ על ידי אחות בהתאם לצרכי המקרה הרפואי ועל פי שיקול דעת המנהל הרפואי האישי. מספר הפגישות עם האחות לא יעלה על 4 פגישות.
11. ליווי על ידי עובדת/ סוציאלי/ית בהתאם לצרכי המקרה הרפואי ועל פי שיקול דעת המנהל הרפואי האישי. מספר הפגישות עם עובדת סוציאלי/ית לא יעלה על 4 פגישות.
12. סיכום כל המסמכים הרפואיים לידי דו"ח רפואי מסכם על ידי המנהל הרפואי האישי, הכולל המלצות להמשך טיפול ומעקבים רפואיים, תוך 7 ימים ממועד סיום תקופת השירות בגין המקרה הרפואי.
13. מוקד שירות טלפוני באמצעותו תיפתח קריאת שירות למנויים ובדיקת השתייכותם לכתב השירות וכן טיפול שוטף בפניות המטופלים. המוקד יפעל 24/7 למקרים דחופים הכוללים קבלת הזדעות על שינוי משמעותי במצבו הבריאותי של המנוי ובכלל זה פינוי המנוי לבית חולים ו/או אשפוז.

עבור כל מקרה רפואי לניהול יישלם המנוי השתתפות עצמית של 380 ₪. המנוי יהיה זכאי לקבל שירותים כמפורט בכתב שירות זה לתקופה שתיקבע עפ"י הצורך הרפואי ושלא תעלה על 90 יום מיום אישור הזכאות על ידי הממין הראשי כמפורט בפרק ג' להלן. ניתן יהיה להאריך את תקופת השירות האמורה, באישור המנהל הרפואי האישי ובכפוף לאישור הספק במקרים בהם קיים צורך רפואי המחייב הארכה של התקופה. הארכת התקופה תיחשב כארכה של אותו מקרה רפואי והמנוי יחויב בדמי השתתפות נוספים בתאום עם המנוי.

בכל מקרה, המנוי לא יהיה זכאי לקבל שירות לפי כתב שירות זה ליותר מאשר מקרה רפואי אחד במהלך שנת ביטוח. אם במהלך תקופת השירות התגלה מקרה רפואי נוסף ו/או סיבוך של המקרה הרפואי הקיים, ייחשב המקרה כמקרה רפואי אחד.

יובהר כי בכל מקרה הספק ו/או החברה אינם מחויבים בהתאם לכתב שירות זה להעניק למנוי כל שירות רפואי בפועל או מימונו של שירות רפואי כאמור, בין אם זה נדרש או הומלץ על ידי המנהל הרפואי האישי ובין אם לאו, למעט השירותים המפורטים בסעיף זה לעיל.

ג. אופן קבלת השירותים:

1. יובהר כי התנאים המוקדמים לקבלת השירותים הנם כי ברשות המנוי פוליסת בריאות תקפה של החברה, תמה תקופת האכשרה בכתב השירות, המנוי לא קיבל שירות בשנת הביטוח בה הוא מבקש את השירות, הספק אישר שהמקרה הרפואי נכלל בכתב שירות זה ובוצע בתשלום דמי השתתפות עצמית על ידי המנוי.
2. בכל עניין הקשור בקבלת השירותים על-פי כתב שירות זה על המנוי לפנות למוקד השירות של הספק.
3. נזקק מנוי לשירות על פי כתב שירות זה, יפנה, הוא או נציגו, טלפונית למוקד השירות, יזדהה בשמו או ימסור את שם המנוי, מספר תעודת הזהות, כתובתו, מס' הטלפון בו ניתן להשיגו ופרטים נוספים ככל שיתבקש.

בהתאם להנחיית נציג השירות יעביר המנוי את כל המסמכים הרפואיים הרלוונטיים למקרה הרפואי וככל שיש כאלה כמפורט להלן: סיכומי אשפוזים, תוצאות ופיענוחים של בדיקות, סיכומי מחלה, יעוצים רפואיים, טיפולים, בדיקות מעבדה, בדיקות הדמיה, תשובות פתולוגיות ו/או כל מסמך רפואי אחר. **קבלת מסמכים אלו הנה תנאי מוקדם למתן השירות כמפורט בכתב שירות זה.** כמו כן, רשאי המנהל הרפואי האישי לבקש מהמנוי מעת לעת העתקי מסמכים רפואיים נוספים.

4. הממין הראשי יאשר את המקרה הרפואי על פי כתב השירות בהסתמך על המסמכים הרפואיים שהתקבלו מהמנוי ויצוות למנוי מנהל רפואי אישי ומתאמת שירות.
5. הודעה על אישור/אי אישור הזכאות לשירות תימסר למנוי לא יאוחר מ-3 ימי עבודה ממועד קבלת כל המסמכים הרפואיים הרלוונטיים למקרה ע"י הספק.
6. רק לאחר אישור הזכאות לשירות, יבוצע חיוב בפועל של דמי ההשתתפות העצמית.
7. **על המנוי לשלם השתתפות עצמית לצורך קבלת השירות.**
8. משך השירות - בגין מקרה רפואי שאושר, יהיה זכאי המנוי לשירות כמפורט בכתב שירות זה לתקופה שלא תעלה על 90 יום מיום אישור המקרה על ידי הממין הראשי. קבע המנהל הרפואי האישי כי קיים צורך רפואי להאריך את השירות לתקופה נוספת של 90 יום, יתאפשר הדבר בכפוף לאישור הספק **ובתשלום נוסף וזהה** של השתתפות עצמית.
9. מוקד השירות יהיה פעיל בכל ימות השנה, 24 שעות ביממה, למעט ערב יום הכיפורים החל מהשעה 14:00 ועד חלוף שעתיים משעת סיום צום יום הכיפורים.
10. לפגישה אישית עם המנהל הרפואי האישי יגיע המנוי למקום בכוחות עצמו ועל חשבונו.
11. הספק מתחייב כי השירות יינתן על ידי גורמי מקצוע מתאימים ורלוונטיים לסוג השירות נשוא כתב שירות זה, בפריסה גיאוגרפית נאותה וכי יקיים תקשורת יעילה וזמינה עם המנוי, כמוגדר בסעיף ג' על תת סעיפו לעיל.
12. השירות יינתן בשטחי מדינת ישראל בלבד - **למעט יהודה, שומרון וחבל עזה.**
13. **על אף האמור בכתב שירות זה, פטור הספק מלתת את השירותים על-פי כתב שירות זה במקרה של מצב מלחמה או גיוס כללי, מגיפה, רעידת אדמה, שביתה וכל כוח עליון אחר אשר אינם מאפשרים את מתן השירותים.**

ד. זכאות לקבלת השירותים

מנוי יהיה זכאי לקבל שירות זה באם הינו עומד באחד מהקריטריונים הבאים:

1. מקרה רפואי ללא אבחנה:

מצב רפואי ללא אבחנה, אשר תהליך הבירור והיעוץ הרפואי במטרה להגיע לאבחנה רפואית החל לפחות 90 יום לפני הפנייה לשירות. על תהליך הבירור לכלול יעוץ אצל שני רופאים מומחים לפחות בתחום ההתמחות הקשור לבעיה הרפואית ולפחות בדיקה אחת רלוונטית מתוך הרשימה להלן: בדיקת הדמיה (בדיקות כגון CT, MRI וכדומה ולא רק צילום רנטגן רגיל), ו/או בדיקות פולשניות, ו/או בדיקות מעבדה מורכבות (לא כולל בדיקת דם, צואה ושתן שגרתיות) ו/או בדיקות עזר נוספות. מצבים רפואיים ללא אבחנה אשר תסמיני המחלה אינם ספציפיים (דוגמת עייפות וכאבי שרירים כלליים) וסימני המחלה אינם באים לידי ביטוי בבדיקות הדם ו/או בבדיקות ההדמיה ולאחר שהספק ווידא שהמנוי ביצע את כל הבדיקות שהיה צריך לבצע בנסיבות המצב הרפואי, לא יסופלו במסגרת כתב שירות זה.

למען הסר ספק יובהר כי במקרה זה החברה ו/או הספק אינם מתחייבים להגיע בסופו של התהליך לאבחנה רפואית ברורה או סופית.

2. **מקרה רפואי עם אבחנה באחת מן הקטגוריות הרפואיות הבאות:**
המנוי יהיה זכאי לקבל שירות אם הינו עונה על הגדרת המחלות שלהלן ועל פי התנאים המוקדמים המצוינים לצד אותה מחלה, אם צוינו:

2.1.1 **סרטן (Cancer) -**

2.1.1.1 נוכחות גידול של תאים ממאירים הגדלים באופן בלתי מבוקר וחודרים ומתפשטים לרקמות הסביבה ו/או לרקמות אחרות.

2.1.1.2 **מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:**

א. **מחלות עור מסוג:** Hyperkeratosis, Basal Cell Carcinoma **למעט** BCC חוזר או התפשט לאיברים אחרים.

ב. **מחלות סרטניות בנוכחות מחלת AIDS.**

2.2 **מחלות כבד חריפות או כרוניות-**

2.2.1 קבוצה של מצבי תחלואה שונים המשפיעים על הכבד וגורמים לפגיעה ברמות השונות (התאית, הרקמה, המבנה או התפקוד). מחלת כבד אשר בגינה יינתן שירות במסגרת כתב שירות זה יכולה להיות בעלת אופי חריף או כרוני.

2.2.2 **מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:**

א. **מחלת כבד כתוצאה מאלכוהוליזם**

ב. **אי ספיקת כבד פולמינינטית (Fulminant Hepatic Failure) שמשמעותה** אי ספיקת כבד חריפה, פתאומית, באדם בריא, או התלקחות של 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: הקטנה של נפח הכבד, נמק ממושט בכבד, המותיר רק שת רטיקולרית המוכח בהיסטולוגיה, ירידה חדשה בבדיקות דם הבאות בתפקודי הכבד - PT או רמות פקטורים 5 ו-7, צהבת - מעמיקה, אנצפלופטיה כבדית, דימום בלתי נשלט.

2.3 **מחלות כליות-**

קבוצה של מצבי תחלואה שונים אשר משפיעים על הכליה וגורמים לפגיעה ברמות השונות (התאית, הרקמה, המבנה או התפקוד). במסגרת כתב שירות זה יינתן שירות למקרה של מחלת כליות בעלת אופי כרוני בלבד.

2.4 **מחלות גסטרו-אנטרולוגיות כרוניות-**

קבוצת מצבי תחלואה כרוניים המשפיעים על התפקוד של מערכת העיכול. במסגרת כתב שירות זה יינתן שירות לתחלואה המערבת את הקיבה, המעי והאיברים הנלווים כולל וושט, כבד, כיס מרה ולבלב, מחלה גסטרו-אנטרולוגית אשר הינה בעלת אופי כרוני בלבד.

על תהליך הבירור לפני הפנייה לשירות על פי כתב שירות זה לכלול בירור/ייעוץ אצל שני רופאים מומחים לפחות בתחום ההתמחות הקשור לבעיה הרפואית.

2.5 **מחלות לב ומחלות ווסקולאריות כרוניות-**

מחלות לב וכלי דם כרוניות הפוגעות במערכת הלב (מחלות לב, מחלות לב כליליות), כלי הדם, כולל עורקים, ורידים וכלים לימפאטיים. המנוי יהיה זכאי לשירות כמפורט בכתב שירות זה לאחר בירור/ייעוץ אצל שני רופאים מומחים לפחות בתחום ההתמחות הקשור לבעיה הרפואית.

מנוי המועמד לניתוח לב אלקטיבי הכולל ניתוח מעקפי לב (CABG), לניתוח החלפה או תיקון מסתמי לב - (Surgery for Valve Replacement or Repair) ו/או לניתוח אבי העורקים ו/או צנתור לב יהיה זכאי לשירות כמפורט בכתב שירות זה ללא תנאי מוקדם להתייעצות אצל שני רופאים מומחים כאמור לעיל.

2.6. מחלות נירולוגיות ופרוצדורות פולשניות של מערכת העצבים המרכזית וההיקפית-

קבוצה של מצבי תחלואה שונים המשפיעים על מערכת העצבים וגורמים לפגיעה ברמות השונות (התאית, הרקמה, המבנה, ההולכה החשמלית או התפקוד).

במסגרת כתב שירות זה יינתן שירות למקרה של מחלה נירולוגית בעלת אופי חריף או כרוני ובתנאי שהנה בעלת אופי הפוגע בתפקוד בדרגה בינונית וחמורה לפי NRC 2 ומעלה או EDSS 3 ומעלה במקרה של טרשת נפוצה (Multiple Sclerosis).

הפרוצדורות הפולשניות כוללות:

- א. ניתוחי עמוד שדרה כולל טיפול בגידולים של חוט השדרה, פריצות דיסק בעמוד השדרה, ייצוב עמוד שדרה וטיפול בהיצריות בעמוד שדרה.
- ב. רדיוכיורגיה: טיפול בגידולי מוח תוך קרינה ממוקדת.
- ג. ניתוחי היפופיזה.
- ד. ניתוחי מוח שפירים וניתוחי בסיס הגולגולת.
- ה. טיפולים במומי כלי דם ומפרצות מוחיות, טיפולים כירורגיים, טיפולים אנדווסקולאריים, צנתורי מוח.
- ו. ניתוחי אפילפסיה.
- ז. נירוכירורגיה אנדוסקופיה.
- ח. ניתוחים לטיפול בפגיעות ראש ועמוד שדרה.

2.7. מחלות אורתופדיות-

2.7.1. קבוצה של מחלות שונות או פגיעות בעצמות, במפרקים, בשרירים ו/או בגידים אשר גורמות לכאב שלא נשלט ע"י טיפול תרופתי ופיזיותרפיה. על תהליך הברירור לפני הפנייה לשירות על פי כתב שירות זה לכלול ברור/ ייעוץ של לפחות 90 יום אצל שני רופאים מומחים לפחות בתחום ההתמחות הקשור לבעיה הרפואית.

2.7.2. מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:

- א. מחלות אורתופדיות שהמנוי נמצא בטיפול באישפוז בגין פחות מ-21 יום, במועד הפנייה לשירות.
- ב. מצבים רפואיים בתחום האורתופדיה אשר הינם פועל יוצא מחבלה או טראומה וטרם עברו בעת הפניה לשירות לפחות 90 יום מהחבלה ו/או הטראומה.

2.8. ניתוחים כירורגיים (פולשניים) חוזרים עקב אי הצלחה בניתוח ראשון-

פעולה פולשנית-חדירתית (Invasive Procedure) חוזרת, עקב כישלון מלא או חלקי של הפעולה הראשונה, החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה ו/או פגיעה ו/או תיקון של פגם או עיוות אצל המנוי.

2.9. מחלות דם (מחלות המטולוגיות)-

קבוצה של מצבי תחלואה שונים המשפיעים על רמות ומרכיבי הדם השונים (התאי וההומורלי) וגורמים לפגיעה בו בצורות שונות. במסגרת כתב שירות זה יינתן שירות למקרה של מחלת דם בעלת אופי חריף או כרוני. על תהליך הברירור לפני הפנייה

לשירות על פי כתב שירות זה לכלול בירור/ייעוץ של לפחות 90 יום אצל שני רופאים מומחים לפחות בתחום ההתמחות הקשור לבעיה הרפואית.

2.10. מחלות ראומטולוגיות-

קבוצה של מצבי תחלואה שונים המשפיעים על מערכת הפרקים וגורמים לפגיעה ברמות השונות (פרק, מפרק או תפקוד). במסגרת כתב שירות זה יינתן שירות למקרה של מחלה ראומטולוגית אשר הינה בעלת אופי חריף או כרוני. על תהליך הבירור לפני הפנייה לשירות על פי כתב שירות זה לכלול בירור/ייעוץ אצל שני רופאים מומחים לפחות בתחום ההתמחות הקשור לבעיה הרפואית.

2.11. מחלות מטבוליות-

קבוצה של מצבי תחלואה שונים, תורשתיים וכרוניים, הנובעים מפגיעה בגן הבדד או במספר גנים קטן (Inborn Error of Metabolism) והגורמים לפגיעה ביכולת האנרגטית, או ביכולת הבניה ו/או הפירוק של אבני הבניין של התא, או פגיעה מיטוכונדראלית.

2.12. מחלות אנדוקריניות-

2.12.1. קבוצת מצבי תחלואה שונים המערבים איברים ובלוטות אשר אחראיים על ייצור, אגירה והפרשה של הורמונים המסייעים בשימור ושליטה על תפקודים חיוניים. במסגרת כתב שירות זה יינתן שירות למקרה של מחלה אנדוקרינית אשר הינה בעלת אופי חריף או כרוני.

על תהליך הבירור לפני הפנייה לשירות על פי כתב שירות זה לכלול בירור / ייעוץ של לפחות 90 יום אצל שני רופאים מומחים לפחות בתחום ההתמחות הקשור לבעיה הרפואית.

2.12.2. מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:

א. סוכרת.

ב. קומה נמוכה.

ג. מחלות אנדוקריניות המשפיעות על הפוריות בלבד.

2.13. מחלות ופרוצדורות פולשניות באף, אוזן וגרון (א.א.ג.) -

2.13.1. קבוצה של מצבי תחלואה שונים המשפיעים וגורמים לפגיעה ברמות השונות של חלל האף והסינוסים, האוזניים, הפה, הלוע והגרון, אזורי ראש צוואר ובסיס הגולגולת.

ניתוחים ופרוצדורות להסרת גידולים שפירים וממאירים באזורי בסיס הגולגולת, הראש, הצוואר וקנה הנשימה, ניתוחים שחזוריים שאינם למטרות יופי ואסתטיקה, ניתוחי אוזניים, ניתוחי שחזור שמיעה, ניתוחים אנדוסקופיים של האף ומערות הפנים, ניתוחים אנדוסקופיים של הוושט העליון, ניתוחי מיתרי קול ושחזור הדיבור.

2.13.2. מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:

א. ניתוחי כפתורים באוזניים.

ב. ניתוחי נחירות.

ג. ניתוחים למטרות יופי ואסתטיקה.

2.14. מחלות עור-

2.14.1. קבוצה של מצבי תחלואה הפוגעים בעור. במסגרת כתב שירות זה יינתן שירות למקרה של מחלת עור בעלת אופי כרוני בלבד. על תהליך הבירור לפני הפנייה לשירות על פי כתב שירות זה לכלול בירור/ייעוץ אצל שני רופאים מומחים לפחות בתחום ההתמחות הקשור לבעיה הרפואית.

כמו כן, על תהליך הבירור, הייעוץ והטיפול הרפואי להתחיל לפחות 9 חודשים לפני הפנייה לשירות.

2.14.2. מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:

א. אקנה.

ב. פטרת עורית (חיצונית).

ג. נשירת שיער.

ד. מחלות מין.

2.15. מחלות בתחום הגניקולוגיה והמיילדות-

2.15.1. קבוצת מצבי תחלואה בתחום בריאות האישה המערבות את מערכת המין הנשית. במסגרת כתב שירות זה יינתן שירות בגין מקרה של מחלה גניקולוגית בעלת אופי חריף או כרוני. על תהליך הבירור לפני הפנייה לשירות על פי כתב שירות זה לכלול בירור/ייעוץ אצל שני רופאים מומחים לפחות בתחום ההתמחות הקשור לבעיה הרפואית. על תהליך הבירור והייעוץ הרפואי להתחיל לפחות 6 חודשים לפני הפנייה לשירות.

2.15.2. מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:

בעיות פוריות ועקרות של הגבר והאישה למעט מקרה רפואי של 3 הפלות חוזרות רצופות ומעלה.

2.16. מחלות אימונולוגיות-

קבוצה של מצבים ומחלות כרוניות הפוגעות במערכת החיסון שעיקרן חסרים אימוניים (נרכשים או מולדים) ומחלות אוטו-אימוניות.

2.17. מחלות ריאה-

קבוצה של מצבי תחלואה שונים הגורמים לפגיעה בריאה בצורות שונות ומשפיעים על תפקודי הריאה השונים (נפחים, זרימות ואחרים). במסגרת כתב שירות זה יינתן שירות בגין מחלת ריאה בעלת אופי חריף או כרוני. על תהליך הבירור לפני הפנייה לשירות על פי כתב שירות זה לכלול בירור/ייעוץ של לפחות 90 יום אצל רופא מומחה בתחום ההתמחות הקשור לבעיה הרפואית.

2.18. מחלות זיהומיות-

קבוצה של מצבי תחלואה שונים הנגרמים על ידי גורמי מחלה (פתוגנים) שונים (וירוסים, חיידקים, טפילים ואחרים) בעלי מהלך ממושך של 21 יום לפחות (מתחילת הבירור של המחלה). במסגרת כתב שירות זה יינתן שירות בגין מחלה זיהומית בעלת אופי חריף או כרוני. מקרה רפואי יכלול מחלה זיהומית בעלת מהלך של 21 יום לפחות ו/או סיבוך של מחלה זיהומית קיימת/קודמת.

2.19. מחלות עיניים-

קבוצה של מצבי תחלואה שונים המצריכים פרוצדורות ניתוחיות חוזרות הגורמים לפגיעה במרכיבי העין השונים (כגון רשתית) ומשפיעים על תפקודי הראייה השונים (למשל, חדות וחדות ראייה). במסגרת כתב שירות זה יינתן שירות בגין מחלות עיניים בעלות אופי חריף או כרוני. על תהליך הבירור לפני הפנייה לשירות על פי כתב שירות זה לכלול בירור/ייעוץ של לפחות 90 יום אצל רופא מומחה בתחום ההתמחות הקשור לבעיה הרפואית.

2.20. מחלות יתומות-

מחלות נדירות, המשפיעות על אחוז קטן מאוד מהאוכלוסייה ואשר אושרו על ידי ארגון הבריאות העולמי כמחלות יתומות (Orphan Diseases).

2.21. תחלואה משולבת-

תחלואה הנובעת משילוב של מספר מחלות אשר הטיפול בהן דורש גישה רב-תחומית (מולטידיסציפלינרית) עם תיאום בין לפחות שני רופאים מומחים בתחומי התמחות שונים.

2.22. מחלות ופרוצדורות בתחום רפואת הילדים-

2.22.1. בנוסף לכל האמור לעיל בקטגוריות הרפואיות השונות, בתחום של רפואת ילדים מקרה רפואי יכלול בנוסף את המצבים הרפואיים הבאים:

א. ניתוחים אלקטיביים. ניתוח אלקטיבי משמעותו שהצורך בו צפוי, ואשר קבלתו של המנוי לבית החולים לצורך ביצוע הניתוח לא נעשה באמצעות הפניה מחדר מיון כמקרה דחוף, אלא בהפניה על ידי רופא מומחה ממרפאה (לרבות מרפאת חוץ של בית החולים).

ב. מחלות כרוניות בילדים.

ג. מחלות על רקע גנטי.

ד. מומים מולדים.

ה. מחלות/אבחנות פסיכיאטריות לאחר תקופה של לפחות 6 חודשי ברור וטיפול וייעוץ אצל שני רופאים מומחים לפחות בתחום הקשור לבעיה הרפואית.

ו. הפרעות התפתחות לאחר תקופה של לפחות 6 חודשי ברור וטיפול במכון להתפתחות הילד וייעוץ אצל שני רופאים מומחים לפחות בתחום הקשור לבעיה הרפואית.

ז. בעיה רפואית במסגרת אשפוז של למעלה מ-21 ימים רציפים לכל מקרה רפואי.

ח. בעיה רפואית הנובעת מסיבוך של ניתוח או פרוצדורה ו/או טיפול רפואי ואשר דורשת אשפוז.

ט. אטופיק דרמטיטיס בדרגה בינונית ומעלה.

2.22.2. מקרה רפואי אינו כולל אחד מאלה:

א. מחלות ריאה ילדים:

אסטמה, אלא אם מדובר במהלך מחלה לאחר ייעוץ על ידי שני רופאים מומחים למחלות ריאה לילדים, ללא איזון המחלה.

ב. מחלות גסטרואנטרולוגיות ילדים: מחלת כשל בשגשוג הילד (failure to thrive), הפרעות אכילה (דוגמת בולימיה, אנורקסיה).

ג. הפרעות קשב וריכוז.

ד. ניתוח כפתורים באוזניים.

ה. ניתוחי בקע - Hernia.

ו. כל המקרים הרפואיים בפיגים במהלך אשפוז ו/או ובמהלך 6 החודשים הראשונים לחייהם, הארוך מבין השניים.

2.23. מקרה רפואי באשפוז של יותר מ-21 ימים רציפים-

2.23.1. מצבים רפואיים במסגרת אשפוז של 21 ימים רציפים לפחות בהם אין אבחנה ברורה ו/או קיימת מחלוקת בשיטת הטיפול (שמרני/ניתוחי או אחר).

2.23.2. מקרה רפואי אינו כולל כל אחד מאלה:

מצבים רפואיים אשר בעת הפנייה לשירות המנוי הינו מאושפז במצב סיעודי ו/או סופני.

- 2.24. בעיה רפואית הנובעת מסיבוך של ניתוח או פרוצדורה ו/או טיפול רפואי ואשר דורשת אשפוז.
- 2.25. חריגים כלליים:
- הספק לא יהיה חייב במתן שירות על פי כתב שירות זה במצבים הרפואיים הבאים:
- 2.25.1. השתלת איברים בישראל או בחו"ל.
- 2.25.2. מצבים רפואיים ו/או פרוצדורות הקשורות בפוריות ו/או עקרות למעט מקרה רפואי של 3 הפלות חוזרות רצופות ומעלה.
- 2.25.3. מחלות פסיכיאטריות במבוגרים ו/או מחלות נפש.
- 2.25.4. מצבים הקשורים באופן ישיר ו/או עקיף במטרת יופי ו/או אסתטיקה ובכלל זה השמנת יתר, למעט ניתוח שיחזור שד לאחר כריתת שד.
- 2.25.5. מצבים רפואיים בתחום רפואת שיניים ופה ולסת.
- 2.25.6. תוצאה ישירה ו/או עקיפה של תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (Aids).
- 2.25.7. מחלת פיברומיאלגיה.
- 2.25.8. מחלת נירופתיות.
- 2.25.9. תסמונת עייפות כרונית.
- 2.25.10. עיוורון מוחלט ובלתי הפיך.
- 2.25.11. שבץ מוחי (CVA).
- 2.25.12. ורידים ודליות ברגליים.
- 2.25.13. כוויות קשות כשהמנוי נמצא באשפוז במסגרת מוסד רפואי.
- 2.25.14. אלרגיות.
- 2.25.15. חולים הנמצאים במהלך אשפוז של פחות מ-21 ימים רציפים.
- 2.25.16. כל מחלה שאינה מפורטת ברשימת המחלות שפורטו בסעיף ד' לעיל.

ה. אחריות

החברה והספק לא יהיו אחראים באופן כלשהו לגבי כל אחד מהעניינים הבאים:

1. הבדיקות, ההתייעצויות, הפרוצדורות והטיפולים הרפואיים אשר אליהם יופנו המנויים.
2. כל נזק, הפסד, אובדן, הוצאה או תוצאה אחרת, מכל מין ו/או סוג שהוא, לרבות שכ"ט עו"ד, שייגרמו לגוף או לרכוש של מאן דהוא, לרבות המנויים, בקשר עם התייעצויות, בדיקות, טיפולים, פרוצדורות רפואיות אליהם הופנו מנויים, בין במישרין ובין בעקיפין, בגין מעשה או מחדל, לרבות רשלנות מקצועית או אחרת של נותני השירות שהפנה אליהם הספק ו/או כל נזק אחר שייגרם בשל מעשה או מחדל של נותני השירות אליו מופנים המנויים ע"י הספק או מי מטעמו.
3. הוצאות שהוציא מנוי עבור טיפול החורג מהשירותים המפורטים בכתב השירות.

1. תוקפו של כתב השירות

1. תוקפו של כתב השירות, ביחס לכל אחד מהמנויים, יפוג מאליו בתאריך המוקדם מבין אלו:
 - 1.1. במועד ביטול פוליסת הביטוח מכל סיבה שהיא.
 - 1.2. אם דמי המנוי לא שולמו במועד, בהתאם לחוק חוזה הביטוח.
2. על אף האמור לעיל, במקרה של ביטול ו/או סיום ו/או פקיעת ההסכם שבין החברה לבין הספק בקשר עם מתן השירותים נשוא כתב שירות זה, מכל סיבה שהיא, רשאית

החברה להפסיק מתן השירותים על-פי כתב שירות זה לכלל המנויים, לאחר שהודיעה על כך בכתב למנויים 60 יום מראש.

3. על אף האמור לעיל, במקרה של ביטול ו/או סיום ו/או פקיעת ההסכם שבין החברה לבין הספק בקשר למתן השירותים נשוא כתב שירות זה, מחויב הספק להשלים מתן שירותים נשוא כתב שירות זה, למנויים אשר נמצאים במהלך תקופת השירות ולא יותר משלושה חודשי שירות כולל תקופת ההודעה מראש למנויים על הפסקת השירות.

4. מובהר, כי במועד פקיעתו, ביטולו או סיום תקפו של כתב שירות זה, מכל סיבה שהיא, תפקע כל זכות של המנוי לקבלת השירותים נשואי כתב שירות זה.

מנוי שהתחיל בקבלת שירות נשואי כתב השירות לפני סיום תקפו אך לא השלימם, תפקע זכותו לאחר סיום השלמת השרות.

ז. תנאי הצמדה

1. כל התשלומים על-פי כתב שירות זה, לרבות דמי המנוי צמודים למדד באופן שאם המדד החדש יעלה על מדד הבסיס, יגדל התשלום בשיעור עליית המדד החדש לעומת מדד הבסיס.

1.1. "המדד" משמעו מדד המחירים לצרכן כולל פירות וירקות המתפרסם מדי פעם בפעם ע"י הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה וכולל אותו מדד אף אם יתפרסם ע"י כל גוף או מוסד רשמי אחר שיבוא במקומו, בין אם יהיה בנוי על אותם נתונים שעליהם בנוי המדד הקיים ובין אם לאו. אם יבוא במקום המדד האמור מדד אחר שיתפרסם על ידי גוף או מוסד כאמור ואותו גוף או מוסד לא קבע את היחס שבין המדד האחר לבין המדד המוחלף, יקבע היחס האמור ע"י הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

1.2. "מדד החדש" משמעו המדד הידוע ביום התשלום.

2. סכום דמי המנוי קבוע בדף פרטי הביטוח. הסכום הנ"ל צמוד למדד הבסיס ויעודכן אחת ל-12 חודשים בלבד

ח. שונות

1. כל התשלומים לפי כתב שירות זה כוללים מע"מ כחוק. במידה ויחול שינוי בשיעור המע"מ יעודכנו תשלומים אלה בהתאם.

2. הודעות שנשלחו למנוי, לפי מענו האחרון שנמסר בכתב למבטח, ייחשבו כהודעות שנמרו למנויים.

3. המנוי והחברה מתחייבים להודיע בכתב על כל שינוי בכתובתם, ולא תישמע מפייהם הטענה כי הודעה כלשהי לא הגיעה אליהם, אם נשלחה לפי הכתובת האחרונה שנמסרה.

2. הודעות שנשלחו למנוי, לפי מענו האחרון שנמסר בכתב למבטח, ייחשבו כהודעות שנמסרו למנויים.

פרק י"ז: אבחון מהיר

1. שירותי אבחון מהיר

- 1.1. מבוטח יהיה זכאי להשתתפות המבטח בשיעור 80% מעלות עבור שירותי "אבחון מהיר" פעמיים בשנת ביטוח. למרות האמור חלקו של המבוטח בתשלום עבור שירות "אבחון מהיר" לא יעלה על 600 ש.ח.
- 1.2. לעניין סעיף זה "שירות אבחון מהיר" - שירות הניתן במסגרת בית חולים פרטי בישראל הכולל:
 - 1.2.1. שירות "רופא ממיין" הכולל פגישת יעוץ עם רופא, איסוף מידע, אבחון ראשוני, והפניה ליעוץ רפואי מקצועי ו/או לביצוע בדיקות אבחוניות.
 - 1.2.2. יעוץ ע"רופאים מומחים.
 - 1.2.3. ביצוע בדיקות אבחון ופיענוחן.
 - 1.2.4. פגישת סיכום עם רופא הממיין ומתן המלצות להמשך טיפול.
- 1.3. **תנאי לחבות המבטח**

המבטח ישתתף בעלות השירות אך ורק בהתקיים התנאים שלהלן:

 - 1.3.1. פגישת הייעוץ הראשונה עם הרופא הממיין תואמה תוך 3 ימי עסקים ממועד פנייתו של המבוטח לקבל את השירות, והאבחון בוצע והושלם תוך 7 ימי עסקים ממועד פגישת הייעוץ הראשונה עם הממיין.
 - 1.3.2. השירות ניתן ע"י בית החולים פרטי בישראל או ע"י נותני שירות אשר בהסכם אתו.
 - 1.3.3. התשלום עבור השירות בכללותו שולם לבית החולים הפרטי.
 - 1.3.4. יובהר כי המבוטח לא יהיה זכאי לשיפוי נוסף בגין שירות זה, על פי סעיף אחר בפרק זה או בפוליסה.לגבי מבטחים שהצטרפו לראשונה לביטוח זה תחול תקופת אכשרה בת 6 חודשים.

פרק י"ח: פיצוי והשתתפות בהוצאות רפואיות במקרה של גילוי מחלה קשה

המבטח ישלם למבוטח תגמולי ביטוח, בכפוף לתנאים המפורטים בפרק זה, ובכפוף לחריגים הכלליים כאמור בפרק ב'.

1. מקרה הביטוח

גילוי אחת המחלות או האירועים הרפואיים המפורטים להלן, במהלך תקופת הביטוח.

2. מועד קרות מקרה הביטוח

מועד קרות מקרה הביטוח הינו המועד בו אובחן המצב הרפואי המזכה בתגמולי ביטוח כמפורט להלן, על פי אבחנה רפואית מתועדת מאת רופא מומחה אשר הבעיה הינה בתחום מומחיותו.

3. האירועים והמחלות המזכות בפיצוי:

א. **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.

ב. **אילמות, אובדן דיבור (Loss of Speech)** - איבוד מוחלט ובלתי הפיך של יכולת הדיבור אשר נגרם כתוצאה מזק אורגני למיתרי הקול, ואשר נמשך תקופה רצופה של לפחות 6 חודשים.

ג. **אי ספיקת כבד פולמינגנטית (Fulminant Hepatic Failure)** - אי ספיקת כבד פתאומית חריפה, באדם בריא, או המסבכת חולה עם מחלה כרונית יציבה, הנובעת מנמק ממושט של תאי כבד כתוצאה מזיהום חריף ו/או מהרעלת תרופות או מסיבות אחרות, והמאופיינת על ידי לפחות 4 מסימנים הבאים:

1. הקטנה חדה בנפח הכבד;

2. נמק ממושט בכבד, המותיר רק רשת רטיקולרית המוכח בהיסטולוגיה;

3. ירידה חדה בבדיקות הדם הבאות בתפקודי הכבד - PT או רמות פקטורים 5 ו-7;

4. צהבת, מעמיקה.

ד. **אי ספיקת כליות סופנית (Chronic Renal Failure)** - חוסר תפקוד כרוני, בלתי הפיך, של שתי הכליות, המחייב חיבור קבוע להמודיאליזה או לדיאליזה תוך צפקית (פריטונאלית), או לצורך בהשתלת כליה.

ה. **אנמיה אפלסטית חמורה (Severe Aplastic Anemias)** - כשל של מוח העצם המאובחן כאנמיה אפלסטית והמתבטא באנמיה, נויטרופניה 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.

ו. **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 נירולוגי קבוע המסכן את חיי המבוטח, ובתנאי שאושר על ידי בדיקת MRI או CT.

ז. **דלקת חיידקית של קרום המוח (Bacterial Meningitis)** - דלקת קרום המוח, בה בודד חיידק כמחולל מחלה דלקתית בקרומי המוח או בחוט השדרה, אשר לדעת נירולוג מומחה יותירו נזק חמור קבוע ובלתי הפיך למבוטח.

- ח. **דלקת מוח (Encephalitis)** - דלקת מוח המלווה בסיבוכים הנמשכים לפחות שלושה חודשים, ואשר לדעת נירולוג מומחה יותירו נזק נירולוגי חמור מתמשך לתקופה שעולה על 8 שבועות.
- ט. **השתלת איברים (Organ Transplantation)** - לב, ריאה, לב-ריאות, כליה, לבלב, כבד, מעי, מוח עצמות - קבלת אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בהשתלת איבר, או ביצוע ההשתלה בפועל בין אם מגוף של תורם אחר או על ידי איבר מלאכותי, עקב הפסקת תפקודו של אותו איבר.
- י. **אטם חריף בשריר הלב (Acute Myocardial Infarcti)** - נמק של חלק משריר הלב כתוצאה מהיצרות או מחסימה בכלי דם כלילי המגבילה את אספקת הדם לאותו חלק.
- למען הסר ספק מובהר כי תעוקת חזה (אנגינה פקטוריס) אינה מכוסה.**
- יא. **חירשות (Deafness)** - אובדן מוחלט ובלתי הפיך של חוש השמיעה באוזן אחת או בשתי האוזניים, על פי קביעה של רופא א.א.ג. מומחה, ובהסתמך על בדיקת שמיעה.
- יב. **טרשת נפוצה (Multiple Sclerosis)** - דמיאליניזציה במוח או בחוט השדרה הגורמת לחסר נירולוגי הנמשך לפחות חודשיים. האבחנה תקבע על ידי עדות קלינית ליותר מאירוע בודד של דמיאליניזציה (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 תקבע על ידי נירולוג מומחה.
- יג. **יתר לחץ דם ריאתי ראשוני (Primary Pulmonary Hypertension)** - עליה בלחץ הדם של עורקי הריאה הנגרמת על ידי עליה בלחץ בנימויות 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.
- יד. **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. אנצפלופטיה כבדית;
 5. יתר לחץ דם שערי המאובחן על ידי דליות בוושט, הגדלת טחול מאושרת ע"י בדיקת US דופלר או מדידה ישירה של הלחץ הפורטלי, או היפרספליזם.
- טו. **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.
- טז. **ניוון שרירים מסוג (ALS) (Amyotrophic Lateral Sclerosis)** - עדות לפגיעה משולבת בניוון המוטורי העליון והתחתון במערכת העצבים הפירמידלית, הנתמכת בבדיקת EMG אופיינית המוכיחה דנרבציה ממושטת, מתקדמת ומחמירה על פני 3 חודשים. האבחנה תקבע על ידי נירולוג מומחה.

- יז. **ניתוח גדול** - ניתוח לב (ניתוח החלפה או תיקון מעקפי הלב, ניתוח החלפה או תיקון מסתמי הלב תיקון מפרצת או החלפת אבי העורקים בחזה או בבטן), ניתוח מח או ניתוח ראש, או ניתוח בעמוד השדרה, או ניתוח אחר בגינו המבוטח אושפז בבית החולים לתקופה של 4 ימים או יותר, לאחר מועד ביצוע הניתוח. **יובהר כי בגין סעיף זה המבוטח יהיה זכאי להשתתפות בהוצאות רפואיות בלבד.**
- יח. **סוכרת נעורים מסוג DIABETES - ELLITUS** - סוכרת נעורים מתמשכת שנמשכה לפחות 6 חודשים, ובגינה זקוק המבוטח לטיפול במרפאה מיוחדת לטיפול בסוכרת, או ע"י אנדוקרינולוג. הכיסוי הביטוחי מוגבל למבוטח שבמועד גילוי המחלה שטרם מלא לו 18 שנה.
- יט. **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. יובהר שכל גידול של תאים ממאירים המחייב טיפול הקרנתי או כימותרפי, יכוסה על פי סעיף זה.
- כ. **עיוורון (Blindness)** - איבוד מוחלט ובלתי הפיך של כושר הראיה בעין אחת או בשתי העיניים, כפי שנקבע על ידי רופא עיניים מומחה.
- כא. **עמילואידוזיס ראשונית (Primary Amyloidosis)** - מחלה המאופיינת על ידי שקיעת עמילואיד AL ברקמות שונות בגוף והמאובחנת על ידי בדיקה פתולוגית המעידה על שקיעת העמילואיד ברקמות או באיברים כגון: לב, כליה, דפנות כלי דם וכו'. קביעת קיום המחלה תעשה על ידי פנימאי מומחה.
- כב. **פגיעה מוחית (Brain Damage)** - פגיעה מוחית בלתי הפיכה אשר אירעה כתוצאה מתאונה שגרמה לירידה תפקודית שאינה ניתנת לריפוי, ואשר אושרה על ידי רופא ניירולוג מומחה בהתאם לאמות המידה הסטנדרטיות לפגועי מוח. לדוגמה: גלזקו קומה 5 או פחות (Glasgow Coma Scale).
- כג. **פוליו (שיתוק ילדים, Poliomyelitis)** - שיתוק שרירים קבוע ותמידי, הנובע מנגיף הפוליו, אשר אובחן באמצעות בידוד וזיהוי הנגיף בנוזל עמוד השדרה.
- כד. **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 ניירולוג מומחה, כמחלת פרקינסון.
- כה. **צפדת (טטנוס) (Tetanus)** - מחלה הנגרמת על ידי חיידק Clostridium tetany, הפוגעת במערכת העצבים המרכזית ומשאירה נזק בלתי הפיך במערכת השרירים והעצבים.
- כו. **קרדיומיופטיה (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.
- כז. **שבץ מוחי (CVA)** - כל אירוע מוחי (צבררווסקולרי), המתבטא בהפרעות ניירולוגיות או חוסר ניירולוגי, הנמשכים מעל 24 שעות והכולל נזק של רקמת מוח, דימום מוחי, חסימה או תסחיף ממקור חוץ מוחי ועדות לנזק ניירולוגי קבוע ובלתי הפיך הנתמך בשינויים בבדיקת CT או MRI הנמשך לפחות 6 שבועות והנקבע על ידי ניירולוג מומחה. **כל זאת להוציא אי ספיקה ורטברו-בזילרית ו-TIA.**
- כח. **שיתוק (פרפלגיה, 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).
- כט. **תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS)** - נוכחות של נגיף HIV בגופו של מבוטח,
- ל. **תרדמת (COMA)** - מצב של אובדן הכרה וחוסר תגובה מוחלט לגירויים חיצוניים ולצרכים פנימיים, אשר נגרם עקב נזק ניירולוגי הנמשך ברציפות יותר מ-96 שעות והמצריך שימוש במערכות תומכות חיים.

לא. **תשישות נפש (Dementia)** - פגיעה בפעילותו הקוגניטיבית של המבוטח וירידה ביכולתו האינטלקטואלית, הכוללת ליקוי בתבונה ובשיפוט, ירידה בזיכרון לטווח ארוך ו/או קצור וחוסר התמצאות במקום ובזמן הדורשים השגחה במרבית שעות היממה על פי קביעת רופא מומחה בתחום, שסיבתה במצב בריאותי כגון: אלצהיימר, או בצורות דמנטיות שונות. מצבים אלה חייבים להיות מתועדים רפואית לפחות למשך 60 יום.

לב. **נכות צמיתה** - נכות קבועה עקב מחלה מסוימת שאינה מצוינת לעיל, **שהתגלתה לראשונה במהלך תקופת הביטוח**, או עקב תאונה שאירעה במהלך תקופת הביטוח, בשיעור של לפחות 75% לפי הגדרות הביטוח הלאומי (למעט תקנה 15).

למרות האמור לעיל נכות זמנית תיחשב בחלוף 12 חודשים כנכות קבועה לעניין זכאותו לתגמולי ביטוח על פי פרק זה.

מצב סיעודי כהגדרתו בסעיף 2 אשר בפרק ט"ז לתקופה רציפה העולה על 90 ימים תיחשב כנכות קבועה לעניין זכאותו של המבוטח לתגמולי ביטוח על פי פרק זה.

מובהר כי אם נקבעה למבוטח נכות מהמוסד לביטוח לאומי, בטרם אושרה התביעה ע"י המבטח, תחייב קביעה זו לגבי זכאותו על פי סעיף זה, למעט קביעה של אחוזי נכות בגין "תקנת מקצוע" (תקנה 15).

הגדרת המחלות: סרטן, דלקת חיידקית של קרום המוח, דלקת מוח, אוטם חריף בשריר הלב, פרקינסון ותשישות נפש נוסחו באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות והוראות המפורטות בחוזר המפקח על הביטוח בחוזר "הגדרת מחלות בביטוח מחלות קשות 2015-1-17".

4. תגמולי ביטוח

4.1. תשלום פיצוי

4.1.1 בקרות מקרה הביטוח כאמור בסעיפים א'-לב יפצה המבטח את המבוטח בסכום של 50,000 ₪.

4.1.2 מבוטח אשר קיבל פיצוי בגין גילוי מחלה מסוימת המנויה לעיל לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח חוזרים בגין אותה מחלה.

4.1.3 המבוטח יהיה זכאי לתגמולי ביטוח נוספים בגין מחלה אחרת, ובתנאי שחלפו 24 חודשים ממועד גילוי המחלה הקודמת.

4.1.4 **תוקף הביטוח על פי סעיף זה**

תוקף הכיסוי לקבלת פיצוי יפוג לגבי כל אחד מהמבוטחים במלאות למבוטח 70 שנה.

4.2. השתתפות בהוצאות רפואיות

4.2.1 בנוסף לזכאותו של המבוטח לתגמולי ביטוח עפ"י כל אחד מפרקי הפוליסה, ובנוסף לפיצוי לו זכאי המבוטח על פי סעיף 4.1 לעיל, ישתתף המבטח בשיעור 80% מההוצאה בפועל ועד לסך 101,095 ₪ עבור הוצאות רפואיות שבוצעו בישראל או בחו"ל, אותם שילם המבוטח במהלך 36 חודשים ממועד קרות מקרה הביטוח.

4.2.2 מובהר כי אם המבוטח קיבל שיפוי הנמוך מהתקרה הנקובה, במקרה של מקרה ביטוח נוסף יהיה המבוטח זכאי לשיפוי הוצאותיו עד תקרת הסכום הנותר. בכל מקרה, סך השיפוי בגין כל מקרי הביטוח לא יעלה על הסכום הנקוב בסעיף 4.2.1, בכל תקופת הביטוח.

4.2.3 לעניין סעיף זה "הוצאות רפואיות": כל טיפול או שירות רפואי לטיפול במצב הרפואי של המבוטח, מניעת הישנות המחלה או החמרתה, וכן טיפול הנובע ממצבו הרפואי של המבוטח, שניתנו למבוטח בישראל או בחו"ל, לרבות ומבלי

למצות, עלות אשפוז בבית חולים והוצאות בגין שירותים אותם קיבל המבוטח במהלך האשפוז ועבורם נדרש המבוטח לשלם ישירות לבית החולים, שירותי סיוע והשגחה, ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח, תרופות, תוספי מזון וויטמינים, טיפולים מתחום הרפואה המשלימה, הוצאות בגין טיפולי שיקום ופיזיותרפיה, אביזרים רפואיים מושתלים חיצוניים או מתכלים, או אביזרים הנדרשים עקב המצב הרפואי של המבוטח כגון פאה לחולה אונקולוגית, התייעצויות עם מומחים, בדיקות רפואיות, הוצאות העברה הנדרשות עקב המצב הרפואי לצורך קבלת השירותים כאמור, טיפולים הנובעים ממצב רפואי המכוסה על פי פרק זה כגון הקפאת/שאיבת זרע/ביצית עקב גילוי מחלת הסרטן.

4.3 הגבלות לאחריות המבטח

בנוסף לאמור בחריגים הכלליים בפרק ב', יחולו החריגים שלהלן:

4.3.1 המבוטח לא יהיה זכאי לפיצוי בגין אחד האירועים המנויים בסעיף י"ז לעיל.

4.3.2 המבטח לא יהיה אחראי ולא ישלם תגמולי ביטוח על פי פרק זה אם קיום המחלה נתגלה לראשונה לאחר מות המבוטח.

פרק י"ט: כיסוי מיוחד לילדים

1. פיצוי בגין היעדרות מלימודים

מבוטח שגילו נמוך מ-21, ואשר נעדר מלימודיו בבית ספר כתוצאה מתאונה או מחלה שאירעו במהלך תקופת הביטוח, יהיה זכאי לפיצוי בסך 200 ₪ ליום לכל יום היעדרות מלא, החל מהיום ה-21 להיעדרות, ועד 360 יום (ימי חופשה וחגים לא יחשבו במניין ימי היעדרות לצורך הפיצוי).

2. אבחון בעיות התפתחות ילדים/ ליקויי למידה

מבוטח שגילו עד 18 שנים יהיה זכאי להשתתפות בשיעור 60% מהוצאות 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 כדומת BRC, TOVA, עד לסך 2,022 ₪. הזכאות היא פעמיים לכל תקופת ביטוח.

המבוטח יהיה זכאי להשתתפות בשיעור 60% עבור אבחון נוסף, ובתנאי שהאבחון הינו בהמלצת רופא מומחה, והילד מטופל תרופתית, עד לסך של 2,527 ₪.

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

3. 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, והומלצו לטיפול על ידי אחד מאלה: פיזיותרפיסט ו/או מרפא בעיסוק ו/או קלינאי תקשורת ו/או פסיכולוג או טיפול באמצעות טיפול שיקומי אחר, עד 121 ₪ לטיפול, ולא יותר מ-40 טיפולים במהלך תקופת הביטוח.

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

פרק כ': כתב שירות - "רפואה אישית און ליין"

ייעוץ רפואי מקוון בשיחת וידיאו ומרפאות לרפואה ראשונית

אם צוין בדף פרטי הביטוח כי כתב שירות זה הינו בתוקף, יהיה זכאי המנוי לשירותים המפורטים בכתב שירות זה בכפוף לתנאים ולהוראות המפורטים להלן.

כתב שירות זה מהווה חלק בלתי נפרד מהפוליסה ו/או מכתב השירות לו צורף.

השירות הניתן על פי כתב שירות זה ניתן על ידי ספק שירות, שאינו החברה, בהתאם לתנאים ולמגבלות המפורטים להלן.

1. השירות

שירות זה מאפשר למנוי לקבל ייעוץ רפואי מקוון בשיחת וידיאו, באמצעות טלפון חכם, מחשב או טאבלט, עם רופא בתחום המשפחה והילדים ועם רופא מומחה בתחומים הקבועים להלן והמשך טיפול במרפאות לרפואה ראשונית במידת הצורך לפי קביעת הרופא המייעץ. מתן השירות כפוף למיכשור טכנולוגי מתאים של המנוי וינתן בכפוף לתנאים המפורטים בכתב השירות להלן.

2. הגדרות

בכתב שירות זה יהיו למונחים המפורטים להלן המשמעות האמורה בצידם:

- 2.1. "אתר האינטרנט של הספק" - כתובת האתר הנה - virtualclinic.bikurofe.co.il וניתנת לשינוי ו/או לעדכון בכל עת.
- 2.2. "החברה" - הראל חברה לביטוח בע"מ.
- 2.3. "הפוליסה" - הפוליסה אליה מצורף כתב שירות זה.
- 2.4. "מנוי" - אדם הזכאי לקבל את השירותים נשוא כתב שירות זה אשר שמו ומספר תעודת הזהות שלו נקובים בדף פרטי הביטוח כמנוי בכתב שירות זה.
- 2.5. "דף פרטי הביטוח" - דף המצורף לפוליסה ומהווה חלק בלתי נפרד ממנה, הכולל פרטים הנוגעים לכתב השירות.
- 2.6. "דמי מנוי" - הסכום בגין כתב שירות זה שעל המנוי לשלם לחברה, על-פי תנאי כתב שירות זה, כמפורט בדף פרטי הביטוח.
- 2.7. "ילד" - עד גיל 21 אשר שמו ותעודת זהותו נקובים בדף פרטי הביטוח כמנוי בכתב שירות זה.
- 2.8. "הספק" - הגוף עמו התקשרה החברה לצורך אספקת השירותים כמפורט בכתב שירות זה.
- 2.9. "בית חולים" - מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל כבית חולים כללי בלבד, למעט מוסד שהוא סנטריום, בית החלמה, בית הבראה או מוסד שיקומי.
- 2.10. "מחלקה לרפואה דחופה / חדר מיון" - אגף הצמוד לבית החולים והנו חלק בלתי נפרד ממנו, אשר הוכר כחדר מיון על ידי הרשויות המוסמכות.
- 2.11. "רופא" - אדם שהוסמך, על ידי השלטונות המוסמכים בישראל, כרופא והנו בעל רישיון ממשרד הבריאות לעסוק ברפואה.
- 2.12. "רופא מומחה" - רופא בעל תואר מומחה ברפואה, אשר הוצא על ידי משרד הבריאות במדינת ישראל ושמו כלול ברשימת הרופאים, לפי תקנה 34 לתקנות הרופאים התשל"ג - 1973; וספק השירות התקשר עימו בהסכם למתן השירות.
- 2.13. "רופא מייעץ" - רופא משפחה (כהגדרתו להלן), רופא מלר"ד, רופא ילדים (כהגדרתו להלן) או רופא מומחה לרפואה פנימית מטעם הספק, לצורך מתן השירות לפי כתב שירות זה.

- 2.14. **"רופא משפחה"** - רופא מומחה כהגדרתו לעיל בעל התמחות ברפואת משפחה, המשמש כרופא משפחה באחת מקופות החולים או בית חולים בישראל.
- 2.15. **"רופא ילדים"** - רופא מומחה כהגדרתו לעיל בעל התמחות בילדים, המשמש כרופא ילדים באחת מקופות החולים או בית חולים בישראל.
- 2.16. **"מוקד השירות" או "המוקד"** - שירות טלפוני שיפעיל הספק עבור המנויים, לשם קבלת השירותים על-פי כתב שירות זה, בשעות הפעילות המצויינות בנוגע לשירותים כאמור.
- מספר הטלפון של מוקד השירות של הספק עבור מנויי הראל הוא: 1-800-260-660**
- 2.17. **"המועד הקובע"** - מועד כניסתו לתוקף של כתב שירות זה לגבי מנוי, כפי שמופיע בדף פרטי הביטוח.
- 2.18. **"השתתפות עצמית"** - סכומים בהם מחויב המנוי לשאת בעצמו, על מנת לקבל שירותים ע"פ כתב שירות זה, כמפורט בכתב שירות זה. ההשתתפות העצמית תשולם על ידי המנוי ישירות לספק, ויובהר כי ההשתתפות העצמית משולמת בנפרד בגין כל מנוי ובגין שירות עבורו מצויין כי קיימת השתתפות עצמית כמפורט בסעיף 3 להלן.
- 2.19. **"נותן שירות"** - רופא/ה, רופא/ה מומחה, מרפאה לרפואה ראשונית וכל גורם אחר, המספק שירות המפורט בכתב שירות זה, ואשר הספק קשור עמו בהסכם תקף במועד פניית המנוי למוקד השירות לצורך קבלת השירות או במועד קבלת השירות בפועל, לפי הענין.
- 2.20. **"תקופת השירות"** - תקופה שתחל מהמועד הקובע וסיומה במועד סיום כתב השירות עבור המנוי מכל סיבה שהיא, בהתאם ובכפוף לאמור בכתב שירות זה.
- 2.21. **"מרפאה לרפואה ראשונית"** - מרפאה של ספק השירות לקבלת טיפולים לרפואה ראשונית וביניהם רנטגן, תפירות, משטח גרון, אינהלציה, ספירת דם, מעבדת שתן, אק"ג, גיבוס, אורטופדיה ועוד.

3. פירוט השירותים

השירותים הכלולים בכתב שירות זה כמפורט להלן, ושירותים אלו בלבד:

- 3.1. **ייעוץ רפואי מקוון לרפואה ראשונית עם רופא מומחה בתחומי רפואת משפחה וילדים**
- 3.1.1. המנוי יהיה זכאי לייעוץ רפואי מקוון עם רופא מייעץ ברפואה ראשונית. מובהר במפורש כי השירותים האמורים בסעיף זה הינם שירותים מקוונים בלבד, באמצעות שיחת וידיאו, ללא פגישה פנים מול פנים עם נותן השירות, והם ינתנו בהתאם לשיקול דעתו המקצועי של הרופא המייעץ ובכפוף לשיקול דעתו המקצועי של הרופא לעניין האפשרות ליתן אותם במסגרת שירות מקוון וללא כל בדיקה של המנוי או פגישתו פנים מול פנים. למען הסר ספק מובהר, כי בכל מקרה לא יימנע הייעוץ המקוון עם נותן השירות, והיה ולפי שיקול דעת הרופא לא ניתן ליתן את השירות ללא בדיקה פיזית של המבוטח, וידיע זאת לפונה הרופא עצמו.
- 3.1.2. מספר הייעוצים הרפואיים המקוונים אותם רשאי המנוי לממש במהלך תקופת השירות הנו ללא הגבלה
- 3.1.3. היעוצים הרפואיים המקוונים הינם ללא השתתפות עצמית.
- 3.1.4. **השירות על פי סעיף זה יינתן במועדים הבאים בימים א' -ה' מהשעה 18:00 ועד השעה 06:00, ובימי ו' מהשעה 14:00 עד יום א' בשעה 06:00. למעט יום כיפור בין השעות 14:00 בערב כיפור ועד שעתיים לאחר שעת סיום צום יום הכיפורים.**

3.1.5 הייעוץ הרפואי המקוון על פי סעיף זה יתקיים עד 30 דקות מרגע קבלת הפנייה קרי - אישור בקשת השירות באתר האינטרנט של הספק או במוקד השירות, ובלבד שהפנייה תתקבל במסגרת שעות הפעילות המפורטות כנקוב בסעיף 3.1.4 לעיל.

3.1.6 הרופא המייעץ ייתן למנוי מידע והכוונה רפואית, ככל שיידרשו לפי שיקול דעתו הבלעדי, ובין היתר, יבצע (במידת הצורך) את הפעולות הבאות:

3.1.6.1 מסירת אמנזה רפואית (הסיפור הרפואי) מהמנוי או מהורי הילד המנוי.

3.1.6.2 מתן מרשם רפואי לרכישת תרופות ראשוניות בהתאם לשיקול דעתו המקצועי. המרשם יימסר באמצעות דוא"ל או פקס או באמצעי אלקטרוני אחר אשר זמין באופן סביר לרשות הרופא. המרשם יהיה חתום דיגיטלית לרכישה ברשתות ה"סופר פארם".

3.1.6.3 מתן הפנייה לחדר מיון באמצעות דוא"ל או פקס.

3.1.6.4 מתן המלצה להפניית המנוי להמשך טיפול לפי שיקול דעתו המקצועי והמלצותיו של הרופא המייעץ.

3.1.6.5 משלוח סיכום ייעוץ למנוי באמצעות דוא"ל או פקס.

3.1.6.6 השירות אינו כולל מתן חוות דעת לצרכי הליך משפטי.

3.2 רפואת מומחים - ייעוץ רפואי מקוון על ידי רופא מומחה

3.2.1 המנוי יהיה זכאי לייעוץ רפואי מקוון עם רופא מומחה תוך 24 שעות ממועד קבלת אישור בקשת השירות, מרשימת נותני השירות הקיימת באתר האינטרנט של הספק. מובהר כי רשימת הרופאים המומחים בכל תחום בגין סעיף זה, תכלול רופאים בעלי ניסיון של 5 שנים ומעלה מתום ההתמחות שלהם.

3.2.2 השירות יינתן במקרים המאפשרים על פי נסיבותיהם מתן ייעוץ רפואי מקוון, על-פי שיקול דעתו של הרופא המומחה, בתחומי הרפואה הבאים:

א.א.ג. (אף אוזן גרון), אונקולוגיה, אורולוגיה, אלרגיה, אורטופדיה, אנדוקרינולוגיה, המטולוגיה, גניקולוגיה, גסטרו ילדים, כירורגית ילדים, כירורגיה, קרדיולוגיה, נירולוגיה. כאב, נפרולוגיה ויתר לחץ דם, עור.

3.2.3 הרופא המומחה יהיה רשאי על פי שיקול דעתו, להודיע למנוי כי הנסיבות אינן מאפשרות מתן ייעוץ רפואי מקוון. האמור בסעיף 3.1.1 לעיל, לעניין שיקול דעתו של הרופא יחול גם לעניין ייעוץ רפואי מקוון על ידי רופא מומחה בסעיף זה.

3.2.4 בסיום הייעוץ, יקבל המנוי חוות דעת רפואית של הרופא המומחה, הכוללת סיכום ייעוץ והמלצות להמשך טיפול. במידת הצורך תכלול חוות הדעת את אחד מהבאים: מרשם לצורך רכישת תרופה, הפנייה לבית חולים או למרפאה לרפואה ראשונית.

3.2.5 המנוי יעביר את המסמכים הרפואיים הרלוונטיים (צילומים, בדיקות וכו') עד שעה לפני הייעוץ הרפואי עם המומחה. ניתן להעביר את המסמכים באמצעות אתר האינטרנט של הספק, בפקס או באמצעי אלקטרוני אחר אשר זמין באופן סביר לרשות הרופא המומחה. יובהר כי העברת המסמכים הנה כלי עזר מהותי לאפקטיביות של הייעוץ הרפואי המקוון.

3.2.6 מנוי שיהיה מעוניין, יהיה רשאי לקבלת שירות איסוף מידע לקראת ייעוץ רפואי מקוון ממומחים, בהשתתפות עצמית של נפש. במקרה זה יתואם מועד חדש לייעוץ עם רופא מומחה. איסוף המידע יתבצע בתאום מראש עם מוקד השירות במקומות שמהם ניתן לבצע איסוף.

- 3.2.7. עבור כל ייעוץ רפואי מקוון על פי סעיף זה, ישלם המנוי במישרין לספק, השתתפות עצמית בסך 100 ש"ח.
- 3.3. המשך טיפול במרפאות לרפואה ראשונית
- 3.3.1. מנוי אשר קיבל ייעוץ רפואי מקוון לרפואה ראשונית כאמור בסעיף 3.1 לעיל או אשר ביצע ייעוץ רפואי מקוון ממומחים כאמור בסעיף 3.2 לעיל יהיה רשאי לקבל המשך טיפול ראשוני במרפאות לרפואה ראשונית מטעם הספק במהלך 24 השעות העוקבות לייעוץ הרפואי המקוון, ובתנאי שהרופא המייעץ ו/או הרופא המומחה, לפי העניין, קבע כי על המנוי לפנות למרפאה לרפואה ראשונית להמשך טיפול או ביצוע בדיקות נוספות. השירות במרפאות לרפואה ראשונית יינתן בתנאים הבאים:
- 3.3.1.1. השירות יינתן במרפאות לרפואה ראשונית מטעם הספק בלבד אשר ייועדו לשירות זה ובשעות הפעילות של המרפאה. מובהר, כי לא יינתן החזר כספי בגין טיפולי המשך שניתנו במרפאות שאינן מרפאות של הספק, מכל סיבה שהיא.
- 3.3.1.2. מנוי שהגיע למרפאה לרפואה ראשונית, בהתאם להוראות סעיף 3.3.1 לעיל, יתקבל במרפאה ללא צורך בתהליך רישום.
- 3.3.1.3. ישורין תור למנוי על ידי הספק, בטרם הגיעו למרפאה.
- 3.3.1.4. המנוי יהיה זכאי לקבל את הטיפולים הניתנים במסגרת המרפאה אליה הגיע, ללא השתתפות עצמית.
- 3.3.2. בתום הטיפול במרפאה הראשונית המנוי יקבל סיכום טיפול והפנייה לחדר מיון במידת הצורך.
- 3.4. השירותים על פי סעיפים 3.1-3.3 לעיל, יינתנו על ידי נותני שירות, כהגדרתו של מונח זה בהגדרות לעיל, ובתנאי שהמנוי פנה לאתר הספק או למוקד השירות בטרם קבלת השירות. המנוי אינו זכאי לשיפוי או כל תשלום אחר במידה וקיבל איזה מהשירותים שלא באמצעות המוקד או אתר הספק ואו שלא מנותן השירות.
- 3.4.1. יובהר כי המידע הרפואי ו/או הייעוצים הרפואיים שיינתנו במסגרת כתב שירות זה, הינם שירותים הניתנים בהסתמך על המידע הנמסר על ידי המנוי ו/או הורי הילד המנוי ובהתבסס על מידע זה בלבד.
- 3.4.2. מובהר, כי בכל מקרה של בעיה דחופה, מצב חירום רפואי, או מצב מצוקה על המנוי לפניו באופן מידי לקבלת טיפול רפואי אצל גורם אחר לרבות שירותי רפואה דחופה. כן מובהר שאין בייעוץ המקוון כדי להוות תחליף לבדיקה ו/או ייעוץ רפואי מלא על ידי צוות רפואי, בהתאם לצורך.
4. אופן קבלת השירותים
- 4.1. מנוי הזכאי לקבלת שירות על פי כתב שירות זה יפנה לאתר האינטרנט של הספק ויבצע רישום ראשוני הכולל מספר ת.ז, כתובת, טלפון ופרטים נוספים הקשורים למתן השירות ולמצב הרפואי שביגנו נזקק המנוי לשירות, ככל שיתבקש. לחילופין, רשאי המנוי לפנות למוקד השירות הטלפוני שיכוון אותו על אופן קבלת השירות.
- 4.2. מוקד השירות הטלפוני יהיה פעיל 24/7 ובכפוף לשעות מתן השירות המצוינות בסעיף 3.1.4 לעיל.
- 4.3. 5 דקות לפני הייעוץ הרפואי המקוון על פי סעיפים 3.1 ו-3.2 לעיל, יקבל המנוי התראה לגבי הייעוץ ב-SMS, באתר האינטרנט או במייל. בנוסף יקבל המנוי תזכורת על מועד הייעוץ על פי סעיף 3.2 לעיל, שעה לפני הייעוץ שנקבע.
- 4.4. במועד הייעוץ יתחבר המנוי לאתר האינטרנט של הספק, באמצעות אפליקציה או לינק במייל ויקבל את השירות.

- 4.5. המנוי רשאי לבטל את הזמנתו לקבלת השירות באמצעות בקשת ביטול באתר האינטרנט של הספק או להודיע על כך למוקד השירות לפני המועד המתוכנן של הייעוץ המקוון. למען הסר ספק, מובהר כי אם לא יודיע המנוי על הביטול לפני המועד המתוכנן כאמור, ייחשב כאילו מימש את השירות שהוזמן לכל דבר ועניין, לרבות לעניין ההשתתפות העצמית לגבי שירות הכרוך בתשלום השתתפות עצמית כמפורט בכתב השירות לעיל.
- 4.6. הספק מתחייב כי השירות יינתן על ידי גורמי מקצוע מתאימים ורלוונטיים לסוג השירות נשוא כתב שירות זה, בפריסה גיאוגרפית נאותה וכי יקיים תקשורת יעילה וזמינה עם המנוי, כמוגדר בסעיף 3 לעיל.

5. הגבלות וסייגים

- 5.1. החברה ו/או הספק אינם אחראים בגין פגיעה ביכולת ליתן את השירותים או חלק משמעותי מהם, עקב מלחמה או גיוס כללי, מתקפת טרור, מגיפה, רעידת אדמה, שביתה וכל כח עליון אחר אשר אינם מאפשרים את מתן השירותים.
- 5.2. על אף האמור בכתב שירות זה, פטור הספק מלתת את השירותים על-פי כתב שירות זה במקרה של מצב מלחמה או גיוס כללי, מתקפת טרור, מגיפה, רעידת אדמה, שביתה וכל כח עליון אחר אשר אינם מאפשרים את מתן השירותים.
- 5.3. מבלי לגרוע מן האמור לעיל, החברה ו/או הספק לא יהיו אחראים בגין כל נזק שייגרם עקב כשל בתקשורת הנובע מגורמים חיצוניים, וכן מטיב התקשורת בנקודת הקצה של המנוי.
- 5.4. יובהר כי העברת מידע רפואי על ידי המנוי לנותן השירות אינה מהווה קבלת של המידע הרפואי בידי החברה.
- 5.5. יובהר כי השירות לרפואת מומחים כמפורט בסעיף 3.2 לעיל, הנו לרשימת ההתמחויות המפורטת בסעיף זה בלבד.

6. הגבלות

החברה לא תהיה אחראית בגין הוצאות בכל אחד מהעניינים הבאים:

- 6.1. הוצאות שהוציא המנוי עבור שירות, החורג מהשירות המפורט בכתב שירות זה.
- 6.2. הוצאות שהוציא המנוי עבור שירותים על ידי מבצע שירות אחר, שאינו מבצע שירות או נותן שירות שבהסכם, כהגדרתו לעיל.

7. תוקפו של כתב השירות

- 7.1. כתב השירות ייכנס לתוקפו החל מהמועד הקובע. לעניין תוקפו של כתב השירות יחולו ההוראות בדבר תוקפה, ביטולה ושינוי של פוליסת הביטוח אליה הוא מצורף, כפי שהן קבועות בתנאים הכלליים של הפוליסה ובהתאם להוראות הדין. על אף האמור לעיל, ועל אף ההוראות בדבר תוקפה של הפוליסה הקבועות בתנאים הכלליים כאמור, תהיה חברת הביטוח רשאית לבטל את כתב השירות אם יוחלט על ידיה לבטלו או לא לחדשו, לפי העניין, לכלל המנויים במקרה של סיום ההתקשרות בין המבטח לספק השירות אם לא הגיעה חברת הביטוח להסדר עם ספק שירות חלופי, וזאת בכפוף לאישור המפקח על ביטוח. במקרה זה תינתן למנויים הודעה מוקדמת בת 60 יום אשר תועבר למנויים על ידי חברת הביטוח ו/או ספק השירות.
- 7.2. מובהר כי המנוי זכאי לבטל את כתב השירות בכל עת. הביטול יהיה בתוקף ממועד קבלת הודעת המנוי בחברה. ככל ששולמו על-ידי המנוי פרמיה בגין כתב השירות בגין התקופה שלאחר הביטול, יוחזר למנוי החלק היחסי של התשלום ששילם בגין התקופה שלאחר ביטול כתב השירות.

- 7.3. תוקפו של כתב השירות, ביחס לכל אחד מהמנויים, יפוג מאליו במקרים הבאים:
- 7.3.1. במועד ביטול פוליסת הביטוח אליה צורף כתב שירות זה, כאמור בסעיף 7.2 לעיל.
- 7.3.2. אם דמי המנוי לא שולמו במועד - במועד בהתאם למפורט בסעיף 8 להלן.
- 7.3.3. במקרה של סיום ו/או הפסקה של ההסכם שבין החברה לספק, בהתאם לאמור בסעיף 7.1 לעיל.
- 7.4. להסרת כל ספק, יובהר כי במועד פקיעתו של כתב שירות זה, ביטולו או סיום תוקפו, מכל סיבה שהיא, תסתיים זכאותו של המנוי לקבלת שירותים על פי כתב שירות זה. על אף האמור, מנוי שפנה לקבלת שירות בטרם מועד פקיעתו של כתב שירות זה, יהיה זכאי להמשיך לקבל את השירות שלגביו בוצעה הפנייה.
- 7.5. בוטל כתב שירות זה, מכל סיבה שהיא, תחדל החברה לגבות מהמנוי דמי מנוי בגין כתב שירות זה החל מהמועד בו בוטל כתב השירות.
- 7.6. בכל מקרה של ביטול כתב השירות, לא יוחזרו דמי המנוי אשר שולמו בגין התקופה שלפני ביטול כתב השירות.
- 7.7. החברה רשאית לערוך בכל עת שינויים בכתב שירות זה, ושינוי כאמור ייכנס לתוקף 30 יום לאחר מתן הודעה על כך בכתב למנוי. במקרה זה, יהיה המנוי רשאי להמשיך בכפוף לשינוי שיערך בכתב השירות או להודיע על רצונו להפסיק את המנוי על פי כתב השירות בהודעה בכתב לחברה.

8. תנאי הצמדה ודמי המנוי

- 8.1. שיעורם של דמי המנוי קבוע בדף פרטי הביטוח.
- 8.2. כל התשלומים על פי כתב שירות זה, לרבות דמי המנוי וההשתתפות העצמית צמודים למדד. "המדד" משמעו מדד המחירים לצרכן כולל פירות וירקות המתפרסם מדי פעם בפעם ע"י הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה וכולל אותו מדד אף אם יתפרסם ע"י כל גוף או מוסד רשמי אחר שיבוא במקומו, בין אם יהיה בנוי על אותם נתונים שעליהם בנוי המדד הקיים ובין אם לאו. אם יבוא במקום המדד האמור מדד אחר שיתפרסם על ידי גוף או מוסד כאמור ואותו גוף או מוסד לא קבע את היחס שבין המדד האחר לבין המדד המוחלף, יקבע היחס האמור ע"י הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
- 8.3. מדד הבסיס - המדד הידוע יום תחילת הפוליסה.
- 8.4. "מדד החדש" משמעו המדד הידוע ביום התשלום.
- 8.5. סכום דמי המנוי הקבוע בדף פרטי הביטוח וההשתתפות העצמית צמודים למדד הבסיס ויעודכנו אחת לחודש.
- 8.6. אי תשלום דמי המנוי במלואם:
- לא שולמו דמי המנוי או חלק מהם במועדם ולא שולמו גם תוך 15 יום ללאחר שהחברה דרשה מן המנוי לשלם, רשאית החברה להודיע למנוי בכתב כי השירות יתבטל תוך 21 ימים נוספים, אם הסכום שבפיגור לא ישולם לפני כן.

9. שונות

- 9.1. כל התשלומים לפי כתב שירות זה כוללים מע"מ כחוק. במידה ויחול שינוי בשיעור המע"מ יעודכנו תשלומים אלה בהתאם.
- 9.2. אם רשומים כמה מנויים לכתב השירות, הודעות שנשלחו למנוי, לפי מענו האחרון שנמסר בכתב למבטח, ייחשבו כהודעות שנמסרו לכלל המנויים בכתב השירות.
- 9.3. המנוי מתחייב להודיע בכתב על כל שינוי בכתובתם, ולא תישמע מפיו הטענה כי הודעה כלשהי לא הגיעה אליו, אם נשלחה לפי הכתובת האחרונה שנמסרה.

- 9.4. כל הודעה לחברה תימסר בכתב.
- 9.5. כתב שירות זה מתייחס לגברים ונשים כאחד.
- 9.6. הזכות לקבלת השירות הנה אישית, ואין המנוי רשאי להעבירה לאחר.

10. מקום השיפוט

בכל מחלוקת שתתגלע בין הצדדים עם כתב שירות זה, יהא מוסמך לדון אך ורק בית המשפט המוסמך בישראל והדין החל הינו דיני מדינת ישראל בלבד.

פרק כ"א: טיפול להקלה בכאב

1. מקרה הביטוח:

טיפולים להקלה בכאב שבוצעו במהלך תקופת הביטוח.
לעניין סעיף זה "טיפול בכאב": טיפולים לצורך הקלה בכאב, או טיפולים בתסמינים (סימפטומים) של מחלה, פגיעה, פגם או עיוות אצל המבוטח, באמצעות טכנולוגיות מכל סוג שהוא, לרבות ומבלי למצות: באמצעות טיפול תרופתי, הזרקות או הזלפות חומרים משככי כאב, לרבות תחת רנטגן או טומוגרפיה, טיפולים באמצעות גלי הלם רדיו או לייזר מכל סוג שהוא, השתלת קוצב או משאבה, טיפול בתא לחץ, או כל טיפול אחר או שילוב של טיפולים, עפ"י המלצת רופא נירולוג או מומחה לכאב, או מומחה שהבעיה הרפואית הינה בתחום מומחיותו.

2. תגמולי ביטוח

המבטח ישתתף בשיעור 80% מעלות טיפול או סדרת טיפולים להקלה או טיפול בכאב, עד לסך של 20,000 ₪ בכל שנת ביטוח.

3. תנאי לחבות המבטח

תנאי לחבות המבטח על פי סעיף זה הוא כי המבוטח יפנה אל המבטח ויקבל אישור מראש בטרם קבלת הטיפול. קבלת אישור המבטח מראש היא תנאי מהותי לאחריותו.

4. חריגים:

4.1 טיפולים מתחום הרפואה המשלימה. כמו כן על פי סעיף זה לא יינתן כיסוי עבור תוספות מזון ו/או ויטמינים.

4.2 טיפולים הקשורים או כתוצאה של הריון או לידה.

4.3 טיפולים למטרות יופי או אסתטיקה.

4.4 טיפול הקשור בשיניים או בחניכיים או המבוצעים על ידי רופא שיניים.

4.5 טיפולים למטרות מחקר או טיפולים המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות טיפולים שלביצועם נדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" - "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;

4.6 טיפולים הכלולים בכיסוי הביטוחי על פי פרק ה' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל, ופרק ז' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל.

4.7 קנאביס רפואי.

תקופת אכשרה לפרק זה הינה 6 חודשים מיום תחילת הביטוח של אותו מבטח.

פרק כ"ב: טכנולוגיות רפואיות מתקדמות

1. הגדרות:

- 1.1. **טכנולוגיות רפואיות מתקדמות:** כל הליך (פרוצדורה) רפואי באמצעות טכנולוגיה או מכשור רפואי המאפשרים לשימוש ע"י הרשויות המוסמכות במדינות בהן ההליך הרפואי בוצע, בין אם אלה כלולים בסל הבריאות במועד ביצועם ובין אם לאו, אשר מטרתם אבחון מצב רפואי, טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה או טיפול בסימפטומים של כל אחד מאלה.
- 1.2. **הוצאות אשפוז:** סך ההוצאות הממשיות הנובעות בגין אשפוזו של המבוטח, לרבות הוצאות בגין שהייה בבית החולים, הוצאות בגין תרופות ופיזיותרפיה בעת אשפוז, הוצאות בגין בדיקות אבחון, בדיקות מעבדה, וכל הוצאה אחרת הקשורה ישירות לניתוח.
- 1.3. **הוצאות חדר ניתוח** כל הוצאה עבור שימוש בחדר ניתוח, לרבות עלות הצוות הרפואי, הציוד והחומרים הנדרשים לביצוע הניתוח, ובכלל זה אביזרים ו/או רכיבים שנעשה בהם שימוש חיצוני או פנימי במהלך ביצוע הניתוח, על פי חיוב של בית החולים.

2. מקרה הביטוח:

ביצוע הליך רפואי בטכנולוגיות רפואיות מתקדמות בישראל או בחו"ל במהלך תקופת הביטוח.

3. סכום הביטוח ותגמולי הביטוח

המבטח יישא במלוא עלויות הכרוכות בביצוע טיפול או סדרת טיפולים, המבוצעים בישראל, באמצעות טכנולוגיות רפואיות מתקדמות לרבות שכר מבצע הטיפול, הוצאות חדר ניתוח/ טיפול, הוצאות אשפוז וכל הוצאה אחרת הדרושה לביצוע הטיפול. חבות המבטח עבור טיפול רפואי שבוצע באמצעות טכנולוגיות מתקדמות בחו"ל לא יעלה על 200,000 ₪.

4. תנאי הביטוח:

חבות המבטח בגין מקרה הביטוח מותנית בהתקיים התנאים הבאים במצטבר:

- 4.1. הפרוצדורה הרפואית אינה מכוסה על פי פרק ה' ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל ופרק ז' - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל.
- 4.2. הטיפול הרפואי מבוצע באישור מראש ובכתב של המבטח.
- 4.3. הטיפול הרפואי יבוצע בישראל באמצעות נותן שירות (רופא או מוסד רפואי) אשר למבטח הסדר תשלומים עימו.
- 4.4. הטיפול יבוצע בחו"ל בתיאום או מעורבות המבטח. לעניין סעיף זה "בתיאום או מעורבות המבטח" - קבלת אישור מראש מאת המבטח לזכאותו של המבוטח לתגמולי ביטוח על פי פרק זה, מתן אפשרות למבטח להתקשר עם נותני השירות בחו"ל, לצורך מתן התחייבות כספית או תשלום מקדמה כספית אשר תאפשר ביצוע הטיפול הרפואי בחו"ל במועדו, והסדרת יתרת התשלום לנותני השירות.
- 4.5. רופא מומחה בתחום הרלוונטי מטעם המבוטח המליץ על ביצוע טיפול רפואי באמצעות טכנולוגיה רפואית מתקדמת.
- 4.6. הטיפול הרפואי באמצעות טכנולוגיות מתקדמות יעשה בבתי חולים, מרפאות, או מרכזים רפואיים, בעלי רישיון ואישור תקף ע"י הרשויות המוסמכות במדינה בה הטיפול מבוצע.

5. ההגבלות לאחריות המבטח לפי פרק זה.
- בנוסף לחריגים הכלליים אשר בפרק ב', המבטח לא יהיה חייב בתשלום תגמולי ביטוח על פי פרק זה בכל אחד מן המקרים הבאים:
- 5.1. טיפולים במסגרת רפואה משלימה, טיפולי פיזיותרפיה או שיקום.
 - 5.2. טיפול תרופתי, תרופה הומאופטית, ויטמינים תוספי מזון.
 - 5.3. לא יינתן שיפוי בגין תשלומים עבור טיפולים שעדיין לא ניתנו למבוטח בפועל ו/או התחייבות נותן שירות לטיפולים עתידיים.
 - 5.4. טיפולים למטרת יופי או אסתטיקה, או לצורך הריון, פרויון או לידה, טיפולים או ניתוחי שיניים מכל סוג שהוא.
 - 5.5. לא יכוסו טיפולים ניסיוניים.

פרק כ"ג: השתתפות בהוצאות טיפולי שיניים

בכפופות לתנאים, להוראות ולסייגים המפורטים בפרק התנאים הכלליים ובפרק זה ישתתף המבטח בהוצאות בגין טיפולי שיניים המבוצעים למבטח אצל נותן שירות שבהסכם עם המבטח, או המבוצעים במרפאות שאינן בהסכם עם המבטח.

הכול כמפורט בטבלת הטיפולים המצורפת לפרק זה.

1. הגדרות

בפרק זה תהיה למונחים הבאים המשמעות אשר מפורשת בצידיים:

- 1.1 **טבלת הטיפולים:** רשימה הכוללת את הטיפולים המכוסים על פי פרק זה (להלן "טיפולים מכוסים"), וכן את סכום ההשתתפות העצמית שעל המבטח לשאת עבור טיפולי שיניים המבוצעים אצל נותן השירות שבהסכם עם המבטח, וכן את סכום החזר המבטח עבור טיפולי שיניים המבוצעים אצל רופא/מרפאה שאינם בהסכם עם המבטח, כשהם צמודים למדד, לרבות את מכסות הטיפולים להם זכאי המבטח בתקופת הביטוח, והטיפולים שטרם ביצעו נדרש לקבל אישור מוקדם מאת המבטח.
- 1.2 **השתתפות עצמית:** חלקו של המבטח בהוצאה הכספית בגין טיפול שיניים המכוסה על פי פרק זה והמבוצע אצל נותן שירות אשר בהסכם עם המבטח, ההשתתפות העצמית עבור כל טיפול נקובה בטבלת הטיפולים.
- בוצע הטיפול המכוסה באמצעות רופא שיניים בהסכם תהא ההשתתפות העצמית של המבטח בגין טיפול מכוסה על פי הנקוב בנספח הרלוונטי המצורף להסכם בעמודת "השתתפות עצמית". בוצע הטיפול המכוסה באמצעות רופא שיניים שאינו בהסכם** ישפה המבטח את המבטח בסכום ששילם המבטח עבור הטיפול לרופא בגין הטיפול המכוסה או בסכום תקרת החזר, הנמוך מבין השניים.
- 1.3 **רופא שיניים:** רופא שיניים בעל רישיון תקף מטעם הרשויות המוסמכות בישראל המתיר לו לעסוק ברפואת שיניים או מרפאת שיניים מורשת 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.
- 1.4 **רופא שיניים מומחה:** רופא שיניים שקיבל ממשרד הבריאות בישראל מספר רישיון מומחה בתחום רפואי מסוים ברפואת שיניים ובלבד שתחום מומחיותו הוא בתחום הרלוונטי הנדרש לביצוע טיפול השיניים ו/או מי שהוכר על ידי המבטח "כמורשה" למתן שירותים המוגבלים לרופאים מומחים בתחום (להלן: "רופא מורשה") ועל דעת רופא החברה של המבטח ובעל הפוליסה הינו "מורשה" למתן שירותים המוגבלים לרופאים מומחים בתחום כאמור.
- 1.5 **רופא שיניים/ נותן שירות שבהסכם עם המבטח:** רופא שיניים או מרפאת שיניים או רופא שיניים מומחה או מכון צילום, הקשורים בהסכם עם המבטח למתן טיפול שיניים על פיו מקבל רופא השיניים ו/או מרפאת השיניים ו/או מכון הצילום תגמולים במישרין מהמבטח עבור טיפולים אשר בוצעו במבטח, המפורטים בכל אחד מפרקי הפוליסה בכפוף למכסות הטיפולים ולסייגים, למעט השתתפות עצמית, כמפורט בטבלת הטיפולים ובלבד שהיה צד להסכם עם החברה במועד ביצוע הטיפול רשימת רופאי ההסכם תהיה בפריסה ארצית ותפורסם באתר האינטרנט של המבטח. המבטח שומר לעצמו את הזכות להוסיף או לגרוע מרשימת רופאי ההסכם על פי שיקול דעתו הבלעדי.
- 1.6 **רופא / מרפאת שיניים שאינו בהסכם:** רופא שיניים או רופא מומחה או מרפאת שיניים אשר אינם קשורים בהסכם עם המבטח לצורך קבלת תגמולים מהמבטח.

- 1.7. **רופא המבטח:** רופא שיניים שמונה ע"י המבטח לעסוק בעניינים רפואיים בביטוח שיניים אצל המבטח ואשר מלווה את המבטח בסילוק התביעות בפוליסה.
- 1.8. **שיננית:** בעלת תעודה ורישיון ישראלי תקף מטעם משרד הבריאות בישראל לעסוק בהדרכה ו/או בביצוע הורדת אבן.
- 1.9. **מכון צילום:** מכון צילום המורשה מטעם הרשויות המוסמכות לעסוק בצילום רנטגן או צילום פוטו או הדמיה לרבות מכוני צילום העוסקים במטבעים/אנליזות/צילומי C.T. וטומוגרפיה ובעל רישיון למכשיר קרינה למטרות רפואיות.
- 1.10. **מקרה הביטוח:** מערך נסיבתי עובדתי, המבוסס על אבחנה ותיעוד רפואי בכתב המודגם בצילום רנטגן אבחנתי ו/או צילום "פוטו" שיניים לפי העניין, שאירע למבוטח במהלך תקופת הביטוח כמוגדר בכל אחד מפרקי או נספחי הפוליסה, וקיומו מקנה למבוטח זכות לתגמולי ביטוח על פי פוליסה זו.
- למען הסר ספק, יכוסה רק מקרה ביטוח שהחל והסתיים בעת היות הפוליסה בתוקף ושבינו הגושה תביעה אל המבטח בכפוף לתנאים ולסייגים המצוינים בנספח הטיפוליים במהלך תקופת הביטוח, ובכפוף לחבות המבטח לאחר מועד תום הביטוח ובכפוף לסעיף 5 להלן.
- 1.11. **יועץ בעל הפוליסה:** מי שימונה מעת לעת על ידי בעל הפוליסה, כיועץ המלווה את ביצוע הוראות פוליסה זו.
- 1.12. **חוזר ביטוח השיניים:** חוזר ביטוח 4-1-2012 "ביטוח שיניים" וכל חוזר שיבוא במקומו.

2. תוקף הכיסוי על פי פרק זה

- 2.1. כל המבוטחים הכלולים בפוליסה זו נכון למועד תחילת הסכם ביטוח זה, יהיו זכאים להשתתפות המבטח עבור טיפולי שיניים המכוסים ללא תקופת אכשרה, בכפוף לתנאים ולסייגים בפוליסה.
- 2.2. **בן/בת זוג שיינשא לחבר מבוטח במהלך תקופת הביטוח,** ויצטרף לביטוח (לאמור לפוליסת "מקדם בריאות" בכללותה) תוך 90 יום ממועד הנישואים, יהיה זכאי להשתתפות המבטח בהוצאות טיפולי שיניים מכוסים, ללא תקופת אכשרה, בכפוף לתנאים ולסייגים בפוליסה.
- 2.3. **חברים חדשים בהסתדרות המורים, בני/בנות זוגם וילדיהם,** שיצטרפו לביטוח תוך 90 יום ממועד בו אושרה קבלתם להסתדרות המורים, יהיו זכאים להשתתפות המבטח עבור טיפולי שיניים ללא תקופת אכשרה.
- 2.4. מבוטחים שיצטרפו לביטוח לאחר המועדים המצוינים לעיל, יהיו זכאים להשתתפות המבטח כדלקמן:
- 2.4.1. הזכאות להשתתפות המבטח בגין טיפולי שיניים משמרים, טיפולי חניכיים, טיפולים כירורגיים וטיפולים אורתודנטיים על פי פרק זה, הינה ללא תקופת אכשרה.
- 2.4.2. הזכאות עבור השתתפות המבטח בגין טיפולי שיניים פרוטטיים (משקמים) ושיקום באמצעות שתלים, על פי הכיסוי בפרק זה, הינה לאחר תקופת אכשרה בת 12 חודשים החל מהמועד בו הצטרף לראשונה לתכנית "מקדם בריאות".
- 2.5. מובהר כי הזכאות להשתתפות המבטח בטיפולי שיניים מכוסים אינה מותנית במצב הרפואי הקודם של המבוטח.

3. שירות מיוחד לילדים

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

4. טיפול שיניים במהלך שירות צבאי

יובהר כי השימוש בעת השירות הצבאי בפוליסת ביטוח השיניים, כפוף להוראות הצבא כפי שישתנו מעת לעת. מבוטח אשר התגייס לצה"ל יהיה רשאי לבטל את הביטוח, אך לא חייב לעשות כן.

5. תום תוקף הכיסוי

תום תקופת הביטוח עפ"י פרק זה עבור כל אחד מהמבוטחים יהיה בתום תקופת הפוליסה. **חבות המבטח לאחר מועד תום הביטוח תהא בהתאם לחוזר "ביטוח שיניים" מיום 1.10.2012 כדלקמן:**

מבטח יכסה טיפולים שבוצעו בתוך 90 יום מתום תקופת הביטוח ושמתיקיים בהם אחד מאלה:
1. טיפול שהוא חלק מתכנית טיפולים שהוגשה לאישור המבטח במהלך תקופת הביטוח.
2. טיפול שהחל במהלך תקופת הביטוח.

6. עיקרי השירותים והרבדים על פי סוג הכיסוי הביטוחי

- 6.1. **טיפול שיניים משמרים** - כל הטיפולים והשירותים הרפואיים אשר הגדרת הטיפולים שלהם מפורטת בטבלת הטיפולים.
- 6.2. **טיפול וניתוחי חניכיים (פריודונטיים)** - כל הטיפולים והשירותים הרפואיים אשר הגדרת הטיפולים שלהם מפורטת בטבלת הטיפולים.
- 6.3. **טיפולים לשיקום הפה (פרותטיקה)** - כל הטיפולים אשר הגדרת הטיפולים שלהם מפורטת בטבלת הטיפולים.
- 6.4. **טיפול שיניים בכירורגיה פה ולסת** - כל הטיפולים והשירותים הרפואיים אשר הגדרת הטיפולים שלהם מפורטת בטבלת הטיפולים.
- 6.5. **שתלים ושיקום על גבי שתלים דנטאליים** - כל הטיפולים והשירותים הרפואיים אשר הגדרת הטיפולים שלהם מפורטת בטבלת הטיפולים.
- 6.6. **טיפול יישור שיניים לילדים (אורתודונטיה)** - כל הטיפולים והשירותים הרפואיים אשר הגדרת הטיפולים שלהם מפורטת בטבלת הטיפולים.
- 6.7. הכיסוי הביטוחי על פי פרק זה כולל החזר הוצאות בגין ביצוע טיפולי שיניים אצל רופא שיניים שאינו בהסדר עם המבטח ו/או מתן שירותים באמצעות רופאי הסדר בכפוף לתשלום השתתפות העצמית, בטיפולים בהן מצוין בפוליסה, המוצעים למבוטח על פי הסכם זה בכפוף למגבלות והסייגים הכלליים המצוינים בפוליסה ובנוסף ובכפוף למגבלות של כל כיסוי וכיסוי.
- 6.8. הזכאות לקבלת הכיסוי הביטוחי על פי הסכם זה מוקנית למוטב החל מיום תחילת הסכם ביטוח זה או מיום צירופו לראשונה לביטוח, לפי המאוחר ביניהם.

7. תביעות

הזכאות לקבלת תגמולי ביטוח מותנית בקיום התנאים הבאים:

- 7.1. מבטח המבצע טיפול שיניים המחייב אישור החברה מראש, חייב לקבל את אישור המבטח בטרם תחילת ביצוע הטיפול (להלן: "אישור מוקדם"), למעט אם צוין אחרת. 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 7 ימי עבודה מיום קבלת הבקשה לאישור במשרדי החברה.**

- 7.2. תוקפו של האישור המוקדם יפוג בתום 12 חודשים ממתן האישור ובכפוף לאמור בסעיף 5 לעיל.
- 7.3. 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.
- 7.4. המבוטח לא יוגבל לבחירת ספק שבהסדר עם המבטח, המבוטח רשאי לבחור בכל ספק.
- 7.5. שונתה תכנית הטיפול לאחר מתן האישור, לא יהיה המבטח חייב בתגמולי ביטוח אלא אם היה מאשר את תכנית הטיפולים, אילו הוגשה במועד.
- 7.6. מבוטח שהחל בטיפול חייב לסיימו אצל אותו רופא לגביו ניתן האישור המוקדם. המבוטח יהיה רשאי לעבור לרופא אחר לגמר הטיפול בתנאי שקיבל מראש את אישור המבטח לעשות כן.
- 7.7. לשם קבלת האישור המוקדם יוגשו למבטח כל המסמכים הנדרשים לביורר חבותו ובכלל זה תכנית הטיפול כשהיא חתומה על ידי נותן השירות המבצע את הטיפול בצירוף צילומי רנטגן קריאים, בעלי ערך אבחנתי ואבזרי אבחון.
- 7.8. המבטח ישיב לכל פנייה לאישור מוקדם / ערעור תוך 7 ימי עבודה מעת קבלת הבקשה אצל המבטח.
- 7.9. **סודיות רפואית** - לבקשת המבטח, יחתום המבוטח על כתב ויתור על סודיות ומסירת הפרטים והמסמכים הדרושים לחברה בקשר עם הטיפולים הרפואיים שערך בשינוי.
- 7.10. **טיפול חלופי** - מבטח יאפשר למבוטח 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.
- 7.11. המבוטח העביר לחברה **"טופס תביעה של המבטח"** וצרך גם חשבוניות וכן מסמכים נוספים בהתאם למצוין בפוליסה.
- 7.12. **חוות דעת נוספת** - המבטח רשאי לדרוש שהמבוטח ייבדק על ידי רופא השיניים מטעמו כתנאי לאישור המוקדם או לתשלום, ובלבד שהבדיקה תהיה סבירה בנסיבות העניין ועל חשבון המבטח. יובהר כי אין בכך כדי לגרוע מיכולתו של המבוטח למצות בכל עת את זכויותיו המוקנות לו מכוח הפוליסה על פי כל דין.
- 7.13. **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 סטנדרטיים רפואיים מקובלים.
- 7.14. ההסכם על פיו ישולמו תגמולי הביטוח למבוטח היה בתוקף לגבי המבוטח.
- 7.15. **בוצע טיפול שיניים המכוסה על פי פוליסה זו אצל נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח ישולמו תגמולי ביטוח למבוטח:**
- א. בתוך 7 ימי עבודה ממועד קבלת כל המסמכים והצילומים הנחוצים לאישור ותשלום התביעה במשרדי המבטח.
- ב. בהתאם לאמור בסעיף 7 תגמולי ביטוח להלן.
- ג. **בהצגת חשבוניות**
- 7.16. **רשימת הטיפולים, מכסות טיפולים והשתתפות עצמית**
- 7.16.1. המבוטח יהיה זכאי לטיפול שיניים המצוינים בטבלת הטיפולים המצורפת לפרק זה, ובכפוף למכסת הטיפולים המצוינת לצד כל טיפול, ככל שמצוינת. **מכסות הטיפולים להם זכאי כל מבוטח תקומנה מחדש החל ממועד תאריך תחילת הביטוח.**

7.16.2. אם הטיפול מבוצע במרפאה שאינה בהסדר עם המבטח, המבוטח ישלם לנותן השירות את מלוא העלות עבור הטיפולים ויהיה זכאי להחזר המבטח כמפורט בטבלת הטיפולים.

7.16.3. מובהר ומוסכם כי הסכומים הנקובים לצד כל טיפול צמודים למדד וכוללים את כל מרכיבי הטיפול, לרבות החומרים והטיפול הרפואי ו/או כל הוצאה אחרת הנדרשת כדי לבצע את הטיפול בשלמותו, אלא אם צוין אחרת בטבלת הטיפולים.

8. תגמולי ביטוח

8.1. **תשלום תגמולי הביטוח המגיעים למבוטח** על פי הפוליסה ישולמו כנגד חשבונות ובתנאים המפורטים בפוליסה.

8.2. **לנותן השירות בהסכם** - ישולמו תגמולי ביטוח על פי תנאי ההתקשרות המסוכמים עמו ובתנאים המפורטים בפוליסה ובתנאי כי שולמה השתתפות עצמית של המבוטח לנותן השירות בהסכם עבור ביצוע הטיפול.

8.3. **זכות קיזוז** המבטח רשאי לקזז מתגמולי הביטוח המגיעים למוטב בקרות מקרה הביטוח כל סכום שהמוטב חייב למבטח על פי כל דין.

8.4. **נוהל הגשת תביעה לתשלום תגמולי ביטוח:**

קרה מקרה הביטוח, על המבוטח להגיש תביעה למבטח בהקדם האפשרי. כל תביעה לתשלום תגמולי ביטוח תוגש בכתב, על גבי טופס "הודעה על תביעה" הנהוג אצל המבטח, לתביעה יצורפו המסמכים כמפורט בסעיף 7 לעיל "תביעות".

8.4.1. **בוצע טיפול שיניים המכוסה על פי פוליסה זו אצל נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח**, יהיה זכאי לשיפוי הוצאותיו בגין אותו טיפול בתום ביצוע הטיפול, בגובה סכום ההוצאה בפועל או עד תקרת החזר הנקובה לאותו טיפול בטבלת הטיפולים, לפי הנמוך ביניהם.

8.4.2. **בוצע טיפול שיניים המכוסה על פי פוליסה זו, אצל נותן שירות שבהסכם**, יהיה המבוטח פטור מתשלום כלשהו למעט תשלום השתתפות עצמית שעל המבוטח לשאת בגין כל טיפול, במקרים שהדבר נקבע מפורשות בטבלת הטיפולים, במידה ונדרש אישור מוקדם, סכום ההשתתפות העצמית מצוין על גבי האישור שנמסר למבוטח.

8.5. **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.

8.6. במקרה בו לא יימצא נותן שירות שבהסכם עם המבטח (לרבות רופא מומחה), במרחק של 70 ק"מ ממקום מגוריו של המבוטח, יהיה רשאי המבוטח לפנות לרופא פרטי ולקבל החזר כספי בגין טיפולי השיניים שביצע במסגרת הפוליסה, בתוספת של עד 50% מתקרת החזר הנקובה בלוח התגמולים שמצורף לפוליסה זו.

9. סייגים לחבות המבטח

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

9.1. ההזדקקות לטיפול השיניים נגרמה על ידי המבוטח/ת ובמזיד.

9.2. בגין תרופות שהמבוטח/ת נזקקה להן בקשר לטיפול שיניים.

9.3. בגין הוצאות שהוציאה/ה המבוטח/ת עבור טיפולים שבוצעו על ידי אדם שאינו מורשה לבצעם על פי חוק.

- 9.4. טיפול שיניים שאינם נכללים בנספח הטיפולים, למעט טיפולים חלופיים כהגדרתם בסעיף 7.10 לעיל, או שהתבצע שלא בהתאם לתנאים המצוינים בפוליסה.
- 9.5. מודגש ומובהר בזה, כי הכיסוי הביטוחי על פי פוליסה מעניק כיסוי ו/או שיפוי ו/או תגמולי ביטוח כלשהם, יהיה מצב שינוי של המוטב אשר יהיה, אך ורק עבור טיפולים לאלה המפורטים במפורש בנספח טיפולים או לטיפולים חלופיים כהגדרתם בסעיף 7.10 אף אם אינם קבועים בנספח הטיפולים, ובתנאי שהמבטח הכיר בקיומו של מקרה הביטוח.
- 9.6. המבטח לא יהיה חייב בתגמולי ביטוח בגין טיפול אשר הוחרג במפורש בפוליסה ו/או בנספחיה, וכן בגין כל טיפול הוחרג ממכסת הטיפולים וממסגרת חבות המבטח.
- 9.7. המבטח לא יהיה חייב בתגמולי ביטוח בגין טיפולים שבוצעו לפני תחילת הביטוח על פי פרק זה, או לאחר תום תקופת הביטוח, אלא אם כן הטיפול החל בתקופת הביטוח, או שהינו חלק מטיפול מתמשך (כגון טיפול אורתודנטי), אשר החל במהלך תקופת הביטוח או טיפול שבוצע על פי הכללים הקבועים בסעיף 5 לעיל.

טבלת הטיפולים

הסכומים הנקובים בטבלה הינם צמודים למדד ביום חידוש הפוליסה

טיפולים משמרים					
צורך באישור המבטח מראש	שיפוי - גבול אחריות המבטח		דברי הסבר	פירוט הכיסויים בפוליסה	קוד טיפול
	החזר המבטח (בש"ח) לרופא שאינו בהסכם עם המבטח	השתתפות עצמית של המבוטח במרפאות הסכם עם המבטח (בש"ח)			
לא	41.20	40.34	בדיקה אחת בשנה	בדיקה תקופתית של הפה- מטופל מוכר	D0120000
לא	76.02	81.86	עפ"י הנחיות הרופא המטפל	צילום פנורמי	D0330000
לא	110.04	118.48	עפ"י הנחיות הרופא המטפל	צילום סטטוס	D0210000
לא	146.58	157.92	עפ"י הנחיות הרופא המטפל	צילום סטטוס מקביליות מלא	D0210020
לא	18.31	19.72	עפ"י הנחיות הרופא המטפל	צילום פריפיקאלי	D0220000
לא	18.31	19.72	עפ"י הנחיות הרופא המטפל	צילום נשך- צילום אחד	D0270000
				צילום נשך- שני צילומים	D0272000
לא	111.10	108.78	4 ישיבות בשנה. ישיבה: טיפול הסרת אבנית בת 30 דקות	טיפול מונע מבוגר- הסרת רובד, אבנית וכתמים במשנן קבוע ומשנן מעבר	D1110000
				טיפול מונע- ילד. הסרת רובד, אבנית וכתמים במשנן ראשוני ומשנן מתחלף	D1112000
לא	50.00	53.85	אחד בשנה.	הנחה מקומית של ג'ל פלואוריד	D1208000
לא	134	121.82		עקירה, שן שבקעה או שורש חשוף, שן אחת	D7140000
לא	134	121.82	עקירה לילדים למטרת יישור שיניים.	עקירה, שן שבקעה או שורש חשוף, שן אחת	D7140000

צורך באישור המבטח מראש	שיפוי - גבול אחריות המבטח		דברי הסבר	פירוט הכיסויים בפוליסה	קוד טיפול
	החזר המבטח (בש"ח) לרופא שאינו בהסכם עם המבטח	השתתפות עצמית של המבוטח במרפאות הסכם עם המבטח (בש"ח)			
לא	134	215.41		עקירה כירורגית, שן שבקעה לחלל הפה, הדורשת הרמת מתלה	D7210000
לא	134	131.21		קטוע מוך שן נשירה או קבועה, לא כולל סתימה סופית	D3220000
לא	330	215.41		אפקספיקציה	D3351000
לא	44.11	215.41	כולל סתימה זמנית.	טיפול שורש - שן נשירה, מילוי בחומר נספג, לא כולל שחזור סופי	D3230000
לא	55.02	215.41		טיפול שורש - שן קדמית, לא כולל שחזור סופי	D3310000
לא	תעלה אחת - 55.02	תעלה אחת - 215.41		טיפול שורש - שן מלתעה, לא כולל שחזור סופי	D3320000
לא	2 תעלות - 68.22	2 תעלות - 215.41		טיפול שורש - שן מלתעה, לא כולל שחזור סופי	D3320000
לא	85.67	215.41		טיפול שורש - שן טוחנת, לא כולל שחזור סופי	D3330000
לא	100	215.41		טיפול שורש - 4 תעלות, לא כולל שחזור סופי	D3339000
לא	75.37	215.41		חידוש טיפול שורש - שן קדמית	D3346000
לא	תעלה אחת - 75.37	תעלה אחת - 215.41		חידוש טיפול שורש - שן מלתעה	D3347000
לא	2 תעלות - 100.69	2 תעלות - 215.41		חידוש טיפול שורש - שן מלתעה	D3347000
לא	126.26	215.41		חידוש טיפול שורש - שן טוחנת	D3348000
לא	150	215.41		חידוש טיפול שורש - 4 תעלות	D3349000

צורך באישור המבטח מראש	שיפוי - גבול אחריות המבטח		דברי הסבר	פירוט הכיסויים בפוליסה	קוד טיפול
	החזר המבטח (בש"ח) ברופא שאינו בהסכם עם המבטח	השתתפות עצמית של המבוטח במרפאות הסכם עם המבטח (בש"ח)			
לא	115.50	113.09		שחזור אמלגם - משטח 1, משנן ראשוני או קבוע	D2140000
				שחזור אמלגם - 2 משטחים, משנן ראשוני או קבוע	D2150000
				שחזור אמלגם - 3 משטחים, משנן ראשוני או קבוע	D2160000
				שחזור אמלגם - 4 משטחים, משנן ראשוני או קבוע	D2161000
לא	30.00	129.25	פין פרה-פולפרי לחיזוק השחזור	אחיזת פנים - לשן, בנוסף לשחזור	D2951000
לא	147.40	144.32	בשיניים קדמיות שמספרן 13-23, 33-43	שחזור מורכב על בסיס שרף, אקריל - משטח 1, קדמי	D2330000
				שחזור מורכב על בסיס שרף, אקריל - 2 משטחים, קדמי	D2331000
				שחזור מורכב על בסיס שרף, אקריל - 3 משטחים, קדמי	D2332000
				שחזור מורכב על בסיס שרף, אקריל - 4 משטחים או יותר, קדמי	D2335010
לא	154	150.79		כתר טרומי מפלדת אל חלד- שן נשירה	D2930000
				כתר אל חלד טרומי - שן קבועה	D2931000
לא	38.50	37.70		איטום חריצים, לשן	D1351000
לא	143	140.02		טיפול בסיבוכים, לאחר ניתוח, כגון מכתשית יבשה	D9930000

צורך באישור המבטח מראש	שיפוי - גבול אחריות המבטח		דברי הסבר	פירוט הכיסויים בפוליסה	קוד טיפול
	החזר המבטח (בש"ח) בפניה לרופא שאינו בהסכם עם המבטח	השתתפות עצמית של המבוטח במרפאות הסכם עם המבטח (בש"ח)			
לא	74.89	215.41		שחזור שן שבורה קדמית	D2335000
לא	33.39	32.69		עזרה ראשונה- טיפול בכאב שיניים	D9110000
לא	14.03	215.41	אחד ללסת, עד 2 שיניים	שומר מקום קבוע, חד צדדי	D1510000

טיפול כיורוגיה פה ולסת					
צורך באישור המבטח מראש	שיפוי - גבול אחריות המבטח		דברי הסבר	פירוט הכיסויים בפוליסה	קוד טיפול
	החזר המבטח למבוטח (בש"ח) בפניה לרופא שאינו בהסכם	השתתפות של המבוטח במרפאות הסכם עם המבטח (בש"ח)			
לא	103.72	215.41		עקירה כיורוגית - שן כלואה ברקמה רכה	D7220000
				עקירה כיורוגית - שן כלואה במלואה ברקמה קשה	D7240000
לא	114.87	215.41		כריתת חוד השורש, אפיקואקטומי - שן קדמית, כולל סתימה רטרוגרדית	D3410000
				כריתת חוד השורש, אפיקואקטומי - שן מתלעה, שורש ראשון, כולל סתימה רטרוגרדית	D3421000
				כריתת חוד השורש, אפיקואקטומי - שן טוחנת, שורש ראשון, כולל סתימה רטרוגרדית	D3425000
לא	71.13	215.41		המיסקציה	D3920000
לא	254.10	215.41		חיתוך וניקוז מורסה - רקמה רכה בחלל הפה	D7510000

טיפולים לשיקום הפה (פרותטיקה)

צורך באישור המבטח מראש	שיפוי - גבול אחריות המבטח		דברי הסבר	פירוט הכיסויים בפוליסה	קוד טיפול
	החזר המבטח (בש"ח) לרופא שאינו בהסכם	השתתפות עצמית של המבוטח במרפאות הסכם עם המבטח (בש"ח)			
לא	41.20	40.34	ישולם בנוסף לבדיקה התקופתית.	הערכה מקיפה של הפה- מטופל חדש/ מוכר	D1500000
כן	45.68	182.72	לרבות החלפה.	בניית תווך, כולל פינים לסוגיהם	D2950000
כן	84.58	338.30	מבנה אחד לשן לרבות החלפה אחד ל-5 שנים, למעט אם נדרש עקב בעיה רפואית.	מבנה יצוק בתוספת לכתר	D2952000
כן	201.26	805.04	כתר אחד לשן לרבות החלפה אחד ל-5 שנים, למעט אם נדרש עקב בעיה רפואית. כולל כתר זמני.	כתר חרסינה מאוחה למתכת לא אצילה	D2751000
כן	268.76	1075.00	תותבת אחת ללסת לרבות החלפה אחד ל-5 שנים, למעט אם נדרש עקב בעיה רפואית.	תותבת חלקית עליונה - על בסיס שרף, כולל ווים מקובלים, נחות ושיניים, כולל בסיס שרף אקרילן עם ווי שרף או תיל מלופף.	D5211000
				תותבת חלקית תחתונה - על בסיס שרף/אקריל כולל ווים נחות ושיניים	D5212000

צורך באישור המבטח מראש	שיפוי - גבול אחריות המבטח		דברי הסבר	פירוט הכיסויים בפוליסה	קוד טיפול
	החזר המבטח (בש"ח) בפניה לרופא שאינו בהסכם	השתתפות עצמית של המבוטח במרפאות הסכם עם המבטח (בש"ח)			
כן	453.29	1813.16	תותבת אחת ללסת לרבות החלפה אחד ל-5 שנים, למעט אם נדרש עקב בעיה רפואית.	תותבת חלקית עליונה נשלפת מוויטליום, כולל ווים, נחות ושיניים	D5213000
				תותבת חלקית תחתונה נשלפת מוויטליום, כולל ווים, נחות ושיניים	D5214000
כן	444.28	1777.13	תותבת אחת ללסת לרבות החלפה אחד ל-5 שנים, למעט אם נדרש עקב בעיה רפואית.	תותבת שלמה עליונה	D5110000
				תותבת שלמה תחתונה	D5120000
כן	563.71	2276.35	תותבת אחת ללסת לרבות החלפה, אחד ל-5 שנים, למעט אם נדרש עקב בעיה רפואית. על 2 שתלים.	תותבת על עליונה שלמה	D5863000
				תותבת על תחתונה שלמה או לחילופין	D5865000
				תותבת על עליונה חלקית	D5864000
				תותבת על תחתונה חלקית	D5866000
לא	32.31	129.25		הוספת שן לתותבת חלקית קיימת	D5650000
לא	32.31	129.25		הוספת וו לתותבת חלקית קיימת	D5660000
כן	133.65	534.59		תותבת ביניים חלקית עליונה נשלפת, כולל ווים ונחות	D5820000
				תותבת ביניים חלקית תחתונה נשלפת, כולל ווים ונחות	D5821000

צורך באישור המבטח מראש	שיפוי - גבול אחריות המבטח		דברי הסבר	פירוט הכיסויים בפוליסה	קוד טיפול
	החזר המבטח (בש"ח) בפניה לרופא שאינו בהסכם	השתתפות עצמית של המבוטח במרפאות הסכם עם המבטח (בש"ח)			
כן	222.14	888.57		תותבת ביניים שלמה עליונה, כולל ווים ושיניים	D5810000
				תותבת ביניים שלמה תחתונה, כולל ווים ושיניים	D5811000
כן	483.59	1934.33		תותבת שלמה עליונה- שלד מתכת, כולל ווים, נחות ושיניים	D5199000
				תותבת שלמה תחתונה- שלד מתכת, כולל ווים, נחות ושיניים	D5199010
לא	44.43	177.71		תיקון שבר בבסיס תותבת שלמה	D5510000
כן	116.08	464.32		חידוש בסיס תותבת שלמה עליונה	D5710000
				חידוש בסיס תותבת שלמה תחתונה	D5711000
לא	35.50	142.01		ריפוד תותבת שלמה עליונה במרפאה	D5730000
				ריפוד תותבת שלמה תחתונה במרפאה	D5731000
				ריפוד תותבת חלקית עליונה במרפאה	D5740000
				ריפוד תותבת חלקית תחתונה במרפאה	D5741000

צורך באישור המבטח מראש	שיפוי - גבול אחריות המבטח		דברי הסבר	פירוט הכיסויים בפוליסה	קוד טיפול
	החזר המבטח למבוטח (בש"ח) בפניה לרופא שאינו בהסכם	השתתפות עצמית של המבוטח במרפאות הסכם עם המבטח (בש"ח)			
לא	62.16	248.64		ריפוד תותבת שלמה עליונה במעבדה	D5750000
				ריפוד תותבת שלמה תחתונה במעבדה	D5751000
				ריפוד תותבת חלקית עליונה במעבדה	D5760000
				ריפוד תותבת חלקית תחתונה במעבדה	D5761000
לא	100.92	145.40	הלחמה תותבת.	תיקון שלד יצוק של תותבת	D5620000
כן	70.69	282.73	חידוש ציפוי כתר (תיקון פסטה לשן).	ציפוי שן משרף/אקריל בצד השפתי labial- במרפאה	D2960000
כן	168.30	673.21		מחבר מדויק /חצי מדויק לתותבת חלקית קבועה	D5862000
כן	132.48	452.36		כיפת שורש	D2975000

טיפול וניתוחי חניכיים (פריודונטיה)

כל טיפולי החניכיים שאושרו בכתב על ידי המבטח יבוצעו על ידי רופאים מומחים למחלות חניכיים, בעלי תעודת מומחיות מטעם משרד הבריאות בישראל.

קוד טיפול	פירוט הכיסויים בפוליסה	דברי הסבר	שיפוי - גבול אחריות המבטח		צורך באישור המבטח מראש
			השתתפות עצמית של המבוטח במרפאות הסכם עם המבוטח (בש"ח)	החזר המבוטח למבוטח (בש"ח) בפניה לרופא שאינו בהסכם	
D0180000	הערכה פריודנטלית מקיפה-מטופל חדש/ מוכר	2 בדיקות בשנה. ישולם בנוסף לבדיקה תקופתית.	147.92	107	לא
D4321000	קיבוע חוץ כותרתי לשיניים ניידות	קיבוע אמלגם / קיבוע מרוכב.	215.41	66.52	לא
D9940010	סד סיגריסד לילה	אחד כל 3 שנים. ניתן לביצוע על ידי כל רופא שיניים.	215.41	100.57	לא
D4341000	סילוק אבנית והקצעת שורשים-4 שיניים ויותר, לישיבה, 30 דקות	לישיבה, על ידי שינית.	170	97.21	לא
D4341000	סילוק אבנית והקצעת שורשים-4 שיניים ויותר, לישיבה, 30 דקות	לישיבה, על ידי פריודונט	190.33	127.87	לא
D4240000	הרמת מתלה עם החלקת שורשים- 4 שיניים ויותר, רבע פה		300	217.20	כן
D4910000	טפול תחזוקה פריודנטלי	2 ישיבות במהלך 12 חודשים לאחר ניתוח חניכיים. בנוסף לזכאות על פי פרק המשמר.	129.25	119.91	לא

צורך באישור המבטח מראש	שיפוי - גבול אחריות המבטח		דברי הסבר	פירוט הכיסויים בפוליסה	קוד טיפול
	החזר המבטח למבוטח (בש"ח) בפניה לרופא שאינו בהסכם	השתתפות עצמית של המבוטח במרפאות הסכם עם המבטח (בש"ח)			
לא	115.00	ישולם באופן פרטי ויוחזר תשלום כנקוב בעמודת החזר המבטח בפניה לרופא שאינו בהסכם.		טיפול מקומי באמצעות אליזול, לשן	D4381020
לא	115.00	ישולם באופן פרטי ויוחזר תשלום כנקוב בעמודת החזר המבטח בפניה לרופא שאינו בהסכם.	4 טיפולים בלסת ל-5 שנים.	טיפול באמצעות פרויצ'יפ, לשן	D4381010
לא	117.78	323.12	זכאות רק כהכנה לתותבת שלמה.	אלבאולופלסטיקה ללא עקירות, רבע פה	D7320000
לא	143	215.41		חיתוך וניקוז מורסה-רקמה רכה בחלל הפה	D7510000

טיפול יישור שיניים לילדים (אורתודונטיה)

קוד טיפול	פירוט הכיסויים בפוליסה	דברי הסבר	שיפוי - גבול אחריות המבטח		צורך באישור המבטח מראש
			השתתפות עצמית של המבוטח במרפאות הסכם עם המבטח (בש"ח)	החזר המבטח למבוטח (בש"ח) בפניה לרופא שאינו בהסכם	
D0340000	צילום ציפלומטרי	פעם אחת לתקופת ביטוח. זכאות עד גיל 18 שנים.	96.93	90	לא
D0470000	תבניות אבחניות, מטבע ומודל לימוד	פעם אחת לתקופת ביטוח. זכאות עד גיל 18 שנים.	96.93	48.82	לא
D0350000	צילומי פה/פנים	פעם אחת לתקופת ביטוח. זכאות עד גיל 18 שנים.	86.16	39.96	לא
D0391010	פענוח של צילום ציפלומטרי לא קשור לביצועו	פעם אחת לתקופת ביטוח. זכאות עד גיל 18 שנים.	129.25	50	לא
D8090000	טיפול יישור שיניים מלא למשנן מבוגר	טיפול יישור שיניים (חלקי או מלא) אחד לתקופת ביטוח. זכאות עד גיל 18 שנים.	3,990	538.53	כן
D8040000	טיפול יישור שיניים חלקי למשנן מבוגר				

שתלים ושיקום על גבי שתלים דנטאליים

שתלים שאושרו על ידי המבטח באישור מוקדם, יבוצע אך ורק על ידי רופא שיניים מומחה בכירורגיה פה ולסת או מומחה למחלות חניכיים (פריודנט) או מומחה לשיקום הפה בעל רישיון מומחה מטעם משרד הבריאות בישראל או על ידי רופא שיניים "מורשה".

צורך באישור המבטח מראש	שיפוי - גבול אחריות המבטח		דברי הסבר	פירוט הכיסויים בפוליסה	קוד טיפול
	החזר המבטח (בש"ח) בפניה לרופא שאינו בהסכם	השתתפות עצמית של המבוטח במרפאות הסכם עם המבטח (בש"ח)			
לא	68.71	274.81	על פי הנחיות הרופא המטפל.	טומוגרפיה ממוחשבת עם קרן קונית- ביצוע של לסת עליונה	D0382000
				טומוגרפיה ממוחשבת עם קרן קונית- ביצוע של לסת תחתונה	D0381000
לא	106.14	424.57	על פי הנחיות הרופא המטפל	טומוגרפיה ממוחשבת עם קרן קונית- ביצוע של שתי לסתות	D0383000
כן	113.09	452.36	מבנה אחד לשתל כל 5 שנים.	מבנה טרומי לשתל דנטלי	D6056000
כן	113.09	452.36	מחבר אחד לשתל כל 5 שנים. מחבר כדורי לשתל.	מחבר הצמדה לתותבת חלקית קבועה/ כיפות לייצוב ועיגון תותבת על	D6920000
כן	226.39	905.53	המחיר גם לכתרים בין שתלים. כתר אחד לשתל כל 5 שנים, לרבות החלפה.	כתר חרסינה מאוחה למתכת לא אצילה על שתל	D6060000
כן	294.56	1178.24	5 שתלים ללסת, כל 5 שנים	החדרה כירורגית של שתל דנטלי, כולל חשיפה וחיבור של כיפת ריפוי	D6010000

רשת המומחים של הראל

גם חברי הסתדרות המורים נהנים מפתרון מהיר וייחודי - רשת רחבה של רופאים מומחים להתייעצות בתחומים שונים!

- מעל 700 רופאים מומחים מהמובילים בארץ להתייעצות בתחומי הרפואה השונים
 - פגישה עם רופא מומחה תוך 7 ימי עסקים בלבד!
 - השתתפות עצמית נמוכה המשולמת על ידי המבוטח ישירות במרפאה - ללא צורך בהגשת תביעה להחזר
 - שימוש בשירות רשת המומחים הינו חלק ממכסת ההתייעצויות הקיימות בפוליסה.
- לאיתור רופא מומחה כנסו לאתר: www.harel-group.co.il



