



פוליסת ביטוח השיניים של
בנק דיסקונט

עובדות ועובדים יקרים,

אנחנו שמחים להציג את פוליסת ביטוח השיניים החדשה לעובדות ולעובדי דיסקונט. הפוליסה כוללת כיסויים נרחבים בסכומי פיצוי מהגבוהים במשק. לאחר מו"מ ממושך הצלחנו לשמור על התנאים המצוינים ללא עלויות נוספות למבוטחים ותוך שמירה על המסגרת הנוכחית ואף הרחבתה במרפאות הסדר.

כמו כן הפוליסה מוגדרת כ"פוליסה חדשה" לגבי כל הכיסויים והטיפולים, כך שטיפולים שנעשו בפוליסות הקודמות לא נספרים כחלק מתקרות הטיפולים בפוליסה החדשה.

לסיכום, הפוליסה מותאמת לצרכי העובדים המבוטחים ולבני משפחתם, מעניקה כיסויים רחבים, טיפולים חדשניים ותאפשר לכם לקבל טיפולים מיטביים ללא תוספת מחיר מהפוליסה הקודמת.

החוברת המצורפת מספקת הסברים מפורטים לקבלת כל השירותים בצורה נגישה וידידותית.

בברכה,

הוועד הארצי

תוכן עניינים:

3	מידע כללי
9	דף גילוי נאות
15	פוליסה לביטוח שנייים קבוצתי לעובדי בנק דיסקונט לישראל
29	נספח א' - מפרט הטיפולים
51	נספח ב' - טבלת תגמולי הביטוח / השתתפות עצמית

מה מכסה הביטוח?

- טיפולים משמרים
 - טיפולי חניכיים (פריודונטיה)
 - טיפולים משקמים (פרותטיקה)
 - שתלים דנטליים
 - יישור שיניים לילדים (אורתודונטיה)
- תנאי הזכאות לטיפולים מפורטים בהמשך החוברת.
לא יכוסו טיפולי שיניים החורגים מהזכאות המוגדרת בתנאי הפוליסה.
לא יכוסו טיפולים למטרות קוסמטיות או אסתטיות (ובהתאם לסייגים המפורטים בפוליסה)

להלן עיקרי השינויים בפוליסה החדשה – תנאי הביטוח החדשים יחולו מיום

01.07.2018

1. תנאים כלליים:

- 1.1 הפוליסה תחודש ל- 5 שנים, מיום 1.7.2018 ועד 30.6.2023.
- 1.2 כלל העובדים המבוטחים ובני המשפחות, יועברו אוטומטית לפוליסה החדשה.
- 1.3 ייפתח חלון הצטרפויות של 90 יום למבוטחים חדשים. מבוטחים אשר יבקשו לבטל את הפוליסה, יהיו רשאים לעשות זאת על פי תנאי הפוליסה והנחיות המפקח על הביטוח.
- 1.4 הפרמיה החודשית בפוליסה החדשה (ללא שינוי ביחס לפוליסה הקודמת פרט למימון המעסיק)

דמי הביטוח החודשיים	סטאטוס
100.76 ₪.	עובד/ת
100.76 ₪.	בן /בת זוג
100.76 ₪.	ילד מעל גיל 21
47.35 ₪ (ילד שלישי ואילך בחינם).	ילד בגיל 21-3

(הפרמיה צמודה למדד מיום 15.6.2018).

- 1.5 זמן התגובה של הפניקס לכל בקשה לאישור מראש / תביעה יהיה עד 7 ימי עבודה.
- 1.6 הפוליסה החדשה תעמוד בכל תנאי הרגולציה המחייבים והמטיבים עם המבוטחים.

מדוע נדרש תהליך ההתייעצות ואישור מוקדם?

- תהליך ההתייעצות והאישור המוקדם נועד בכדי לאפשר למבוטח לברר את תביעתו בטרם ביצוע הטיפול.
מטרות האישור המוקדם:
- א. לבדוק אם הצורך הרפואי בטיפול תואם את כיסוי הביטוח.
 - ב. לאפשר למבוטח ולרופא המטפל לברר את היקף הכיסוי הביטוחי לפני תחילת הטיפול.
 - ג. לברר את גובה ההשתתפות העצמית שיהיה על המבוטח לשלם עבור הטיפול.

ד. לברר את גובה ההחזר המרבי לו יהיה המבוטח זכאי מ"הפניקס" בגין טיפול שאושר לביצוע אצל הרופא שאינו בהסכם.
ה. לבחון פתרונות/ ו או טיפולים חלופיים התואמים את הכיסוי הביטוחי.

באילו טיפולים נדרש אישור מוקדם מהמבטח?

1. טיפול חניכיים (פריודונטיה)
2. טיפולים משקמים (פרותטיקה)
3. טיפולים לביצוע שתלים
4. יישור שיניים לילדים (אורתודונטיה).
5. בטיפולים המשמרים הבאים: חידוש טיפול שורש, טיפולי שורש ע"י מומחה.

היכן עלי לבצע את טיפולי השיניים?

באם לא צוין אחרת, המבוטח רשאי לבצע את טיפול השיניים אצל נותן שירות לפי בחירתו, בין אם נותן השירות נמצא בהסדר עם המבטח ובין אם נותן השירות אינו נמצא בהסדר עם המבטח.

היכן ניתן למצוא את רשימת רופאי השיניים הנמצאים בהסדר?

את רשימת רופאי השיניים הנמצאים בהסדר ניתן למצוא באתר הפניקס www.fnx.co.il, ב"איתור נותני שירות".

מוקד ביטוח השיניים של הפניקס

הפניקס מעמידה מוקד שירות שיפעל לשירות העובדים בטלפון 18-44-50-700-1.
המוקד פועל בימים א'-ה' בין השעות 8:00-16:30

"הפניקס אישי" מידע אישי באתר הפניקס

לרשות המבוטחים עומד אתר האינטרנט של הפניקס בכתובת: www.fnx.co.il
הרשמה פשוטה ל"הפניקס אישי" באתר האינטרנט, ובחירת קטגוריית "ביטוחי שיניים" תאפשר לכל מבוטח לקבל את כל המידע הדרוש לו בנושאים - פוליסות, תביעות, דוחות ודיוורים:

1. מידע בנוגע לפוליסות קיימות:
 - 1.1. שם הפוליסה.
 - 1.2. תקופת הביטוח.
 - 1.3. שמות בני המשפחה המבוטחים.
 - 1.4. הכיסוי הביטוחי של כל מבוטח.
 - 1.5. דמי הביטוח המשולמים בפוליסה.
2. מידע בנוגע לפוליסות ביטוח שיניים קודמות אשר היו בעבר בפניקס.
3. מידע בנוגע לתביעות ביטוח השיניים, לרבות פירוט תביעות ששולמו, מסמכים אשר הוגשו ועוד.
4. הורדת מסמכים ודוחות שונים כמו -
 - 4.1. חוברת הפוליסה.
 - 4.2. כתב כיסוי עדכני.
 - 4.3. דיוורים שנתיים אשר נשלחו למבוטח ועוד.

האם יש דמי השתתפות עצמית בטיפולי השיניים?

בחלק מהטיפולים יש דמי השתתפות עצמית, הכול כמפורט בלוח התגמולים ובפוליסה.

האם ניתן להמשיך את הביטוח לאחר סיום העבודה?

המבטח יאפשר לעובד אשר סיים את עבודתו אצל בעל הפוליסה ולבני משפחתו להמשיך בביטוח באותם תנאים ובאותה פרמיה, בכפוף לתשלום ישיר מול המבטח. תנאי ההצטרפות יהיו על פי הכללים המוגדרים בפוליסה ובכפוף לכך שכל המבוטחים שהיו מבוטחים טרם ניתוק יחסי העובד מעביד, ימשיכו להיות מבוטחים, וזאת תוך 60 יום מיום הפרישה / הפסקת העבודה.

מהי הכתובת למשלוח דואר?

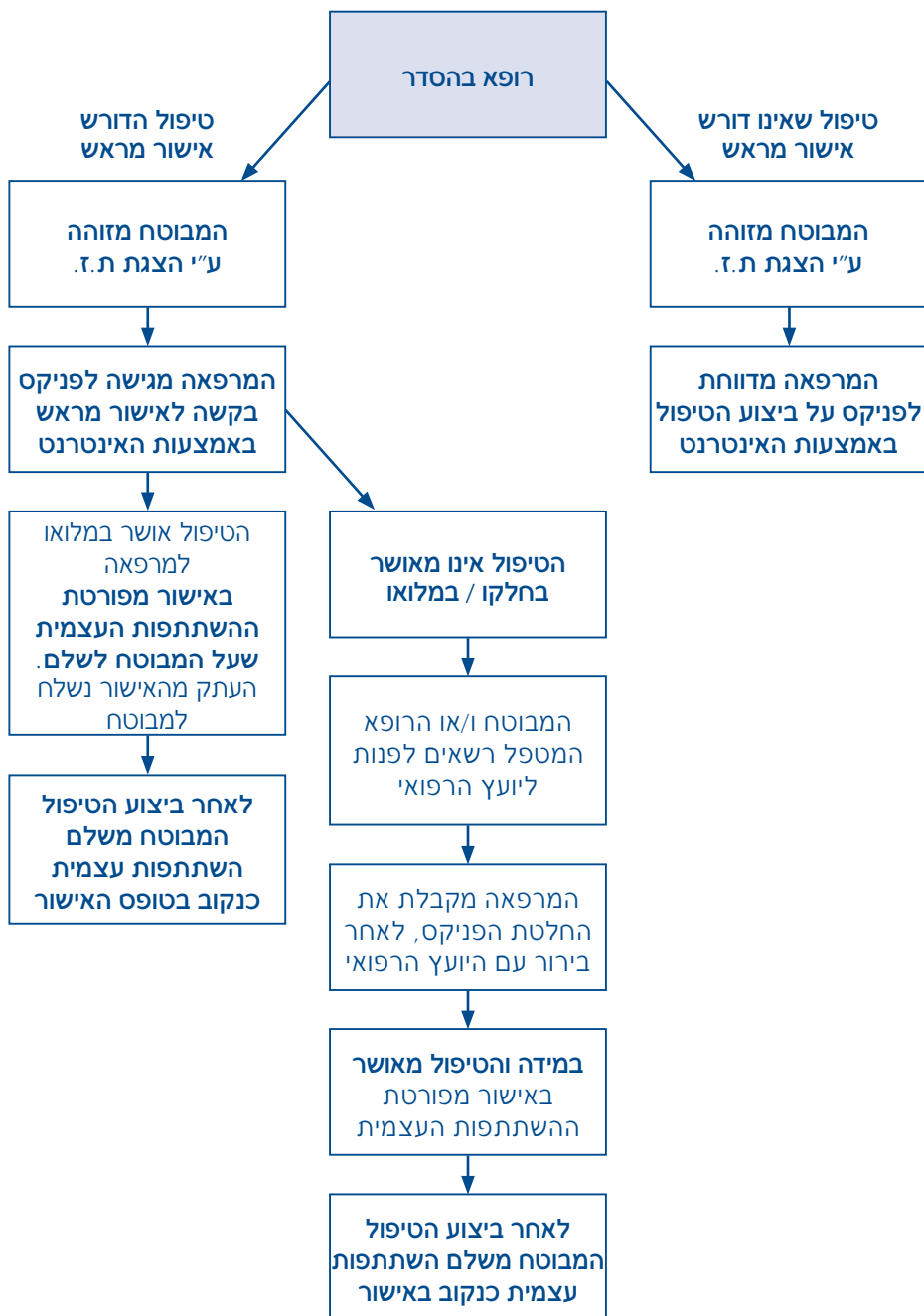
הכתובת למשלוח דואר: ת.ד. 25224 תל-אביב, מיקוד 6125101

נותן השירות בהסכם - כיצד מגישים את התביעה?

נותן השירות בהסכם הינו רופא שיניים, או רופא שיניים מומחה בתחום דנטלי ספציפי, או מרפאת שיניים, או מכון צילום אשר הגיע להסכם כספי עם המבטח למתן שירות למבוטחים בכפוף למחירון המבטח.

ההסדר הכספי מתבצע במישרין בין נותן השירות למבטח (למעט ההשתתפות העצמית כנקוב בטבלת ההחזרים עבור כל טיפול).

בהיותו נותן שירות בהסכם, כל האדמיניסטרציה לרבות טפסי התייעצות מוקדמת, טפסי תביעה וצילומי רנטגן נדרשים, מועברים ישירות מנותן השירות בהסכם המטפל למבטח. תשובת המבטח מועברת ישירות לנותן השירות המטפל בהסכם.



הגשת תביעה אצל נותן שירות שאינו בהסכם

ניתן לקבל טיפול גם אצל רופאי שיניים פרטיים שאינם בהסדר. במקרה זה **חובה על המבוטח להגיש בעצמו** את טופסי האישור המוקדם למבטח, כאשר הם חתומים ע"י הרופא המטפל, ובצירוף צילומים וממצאים אחרים לפי הצורך.

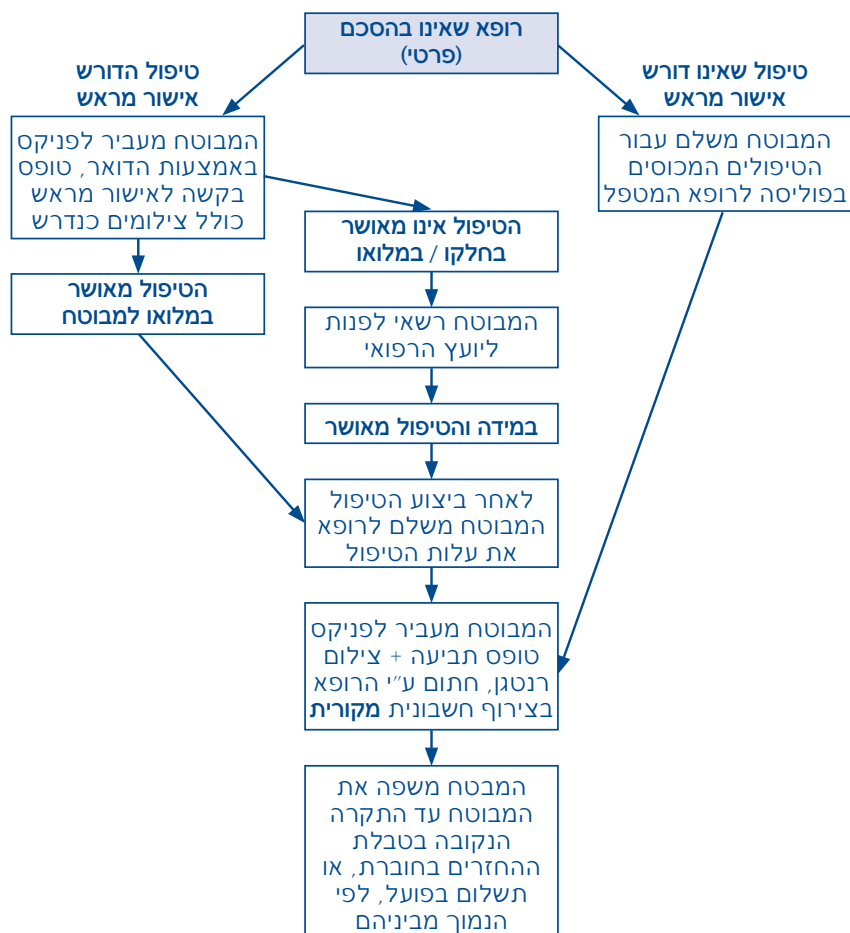
ניתן להתחיל בטיפול רק לאחר קבלת אישור בכתב של המבטח.

בתום הטיפול, יגיש המבוטח טופס תביעה מפורט של המבטח, חתום ע"י הרופא בצירוף צילומים וממצאים לפי הצורך בצירוף חשבונית מס המעידה על התשלום בפועל. המבטח **ישלם למבוטח** עבור הטיפולים שאושרו ושבוצעו בפועל.

גובה התשלום יהיה על פי ההוצאה בפועל ועד ולא יותר מהנקוב בטבלת החזרים ובניכוי ההשתתפות העצמית באם חלה על המבוטח בטיפול המסוים.

העברת התשלום למבוטח בגין טיפול מאושר תבוצע תוך 7 ימי עבודה ממועד קבלת המסמכים הדרושים במשרדי המבטח יועברו ישירות לחשבון הבנק.

הודעה על כך תשלח למבוטח בנפרד.



תנאים	סעיף	נושא
פוליסה לביטוח שיניים קבוצתי לעובדי בנק דיסקונט לישראל ובני משפחותיהם	1. שם הפוליסה	כללי
בנק דיסקונט לישראל	2. שם בעל הפוליסה	
ר' טבלת הכיסויים מטה	3. הכיסויים בפוליסה	
5 שנים	4. משך תקופת הביטוח	
ללא	5. המשכיות	
אין	6. תנאים לחידוש אוטומטי	
אין	7. תקופת אכשרה	
אין	8. תקופת המתנה	
קיימת - ר' פירוט בנספח ב' לפוליסה. טבלת השתתפות עצמית	9. השתתפות עצמית	
במידה ויחולו שינויים מהותיים בענף ביטוחי השיניים ובהתאם לבקשת בעל הפוליסה כמפורט בסעיף 9 לפוליסה	10. שינוי תנאי הפוליסה במהלך תקופת הביטוח	שינוי תנאים
כמפורט בדף פרטי הביטוח וסעיף 3.1 לפוליסה	11. גובה הפרמיה	פרמיות
קבועה (צמודת מדד)	12. מבנה הפרמיה	
אין, פרט להצמדה למדד.	13. שינוי הפרמיה במהלך תקופת הביטוח	
מאחת הסיבות המפורטות בסעיף 5 לתנאי הפוליסה ובהתאם לתנאים המפורטים שם.	14. תנאי ביטול הפוליסה ע"י המבוטח	תנאי ביטול
בעת אי גילוי עניין מהותי או במקרה של אי תשלום דמי הביטוח בהתאם להוראות חוק חוזה ביטוח (סעיף 5.5 לפוליסה)	15. תנאי ביטול הפוליסה ע"י המבטח	
אין	16. החרגה בגין מצב רפואי קיים	חרגים
סעיף 8 לפוליסה סעיפים 4.ח.נ., סעיף 5.19, 6.15-6.22 לנספח א	17. סייגים לחבות המבטחת	

צורך באישור המבטח מראש	שיפוי - גבול אחריות המבטח	תיאור הכיסוי		פירוט הכיסויים בפוליסה	
מעבר לגבולות אחריות המבטח המפורטות מטה בגילוי הנאות - תקרות הכיסוי בסכומי הביטוח מפורטות בנספח ב' לפוליסה					
טיפולים משמרים					
לא	2 בדיקות בשנת ביטוח	בדיקה שגרתית/תקופתית		אבחון	
		צילום פנורמי/ סטאטוס	צילומי רנטגן		
					צילומי נשך
		צילומים פריאקלים	צילום סגרי		
		זוג צילומים לתקופת ביטוח			
"	מתחת לגיל -12 פעם אחת בשנת ביטוח. מעל גיל -12, 2 פעמים לכל שנת ביטוח. כיסוי לטיפול שנתי נוסף בעת ביצוע אורתודונטיה.	ניקוי אבנית		מניעה	
		ילידים עד גיל 16 בלבד - פעם אחת בשנת ביטוח	טיפול בפלואוריד		
		ילידים בלבד - בשיניים הקבועות 4,5,6,7 איטום אחד לכל שן בשנת ביטוח	איטום חריצים		
		ילידים עד גיל 13 ועפ"י הפניית מומחה ליישור שיניים. אחד ללסת לתקופת ביטוח	שומר מקום		
"	סתימה אחת לשן בכל 2 שנות ביטוח.			סתימות (לא כולל סתימה זמנית או לאחר טיפול שורש שלא בהתאם לתנאי הפוליסה)	
"	בשן קדמית (23-13, 43-33) אחת בתקופת הביטוח.	השלמת כותרת			

צורך באישור המבטח מראש	שיפוי - גבול אחריות המבטח	תיאור הכיסוי	פירוט הכיסויים בפוליסה
	אחת לשן בכל 2 שנות ביטוח.	סתימה עם פינים	
"	1 לשן נשירה בתקופת הביטוח. (בשיניים קבועות באישור היועץ)		כתרים טרומיים
"	1 לשן לתק' ביטוח	טיפול שורש בשיניים קבועות	טיפולים במוך השן
כן	1 לשן לתק' ביטוח	חידוש טיפול שורש	
לא	אחד לכל שן חלב בתקופת הביטוח	קיסוע מוך בשן חלב	
כן	50% מעל לנקוב בטבלת ההחזרים	טיפול שורש / חידוש טיפול שורש ע"י מומחה לאנדודונטיה	
"	1 לשן לתק' ביטוח	עקירה רגילה	טיפולים כירורגיים
"	1 לשן לתק' ביטוח	עקירה כירורגית/שן כלואה	
"	פעם אחת בתקופת ביטוח לכל שן	קיסוע חוד השן, כולל צילומים	
"	1 לשן לתק' ביטוח	עקירת שן חלב	
"	1 לשן לתק' ביטוח	המיסקציה, כולל צילומים	
"	1 לשן לתק' ביטוח	ניקוז מורסה	
"	1 לשן לתק' ביטוח	עקירת שתלים	
"	50% מעל לנקוב בטבלת ההחזרים	עקירות ע"י מומחה לכירורגיה	
"	עד 10 ימים מביצוע העקירה	טיפול במכתשית יבשה (מעל 2 ישיבות טיפול)	
כן	1 ללסת בתקופת ביטוח. באופן פרטי בלבד, בהשתתפות עצמית בשיעור 30% מההוצאה.	הבהרת שיניים ויטליות	
כן	1 לשן בתקופת ביטוח. באופן פרטי בלבד, בהשתתפות עצמית בשיעור 30% מההוצאה. לא יכוסה מבנה בשן זז.	הבהרת שן לא ויטלית	

צורך באישור המבטח מראש	שיפוי - גבול אחריות המבטח	תיאור הכיסוי	פירוט הכיסויים בפוליסה
	החזר השתתפות עצמית לילדים בגיל 16-3 שקיבלו טיפולי שיניים במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי		חוק ביטוח בריאות ממלכתי
כן	אחת לשלוש שנות ביטוח	אלאבאופלסטיקה	טיפולים כירורגים נוספים
כן	אחת לשלוש שנות ביטוח	פרנקטומי	
כן	אחת לשלוש שנות ביטוח	הוצאת אבן מצינור בלוטת הרוק	
כן	אחת לשלוש שנות ביטוח	ביופסיה	
טיפולים פריודונטליים			
למבוטחים מעל גיל 21 בלבד			
	בדיקה ראשונית אחת לתקופת ביטוח. ביקורת לאחר טיפול כירורגי פריודונטלי - מוגבלת ל- 1 לשנה.	בדיקה פריודונטית	מניעה
כן	2 ניקויי אבן נוספים לכל שנת ביטוח	ניקוי אבן על ידי שיננית/רופא	הקצאת שורשים
"	פעם אחת בכל 3 שנות ביטוח לכל רבע פה. לביצוע על ידי הפריודונט או שיננית.		
"	פעם אחת לכל אחד מרבעי הפה בתקופת הביטוח.	ניתוח כריתת חניכיים או ניתוח מטלית או ניתוחי מטלית כולל ניתוחי עצם או החדרת תרופות מעוררות ריפוי גרמי (אמדוג'ין)	כירורגיה פריודונטלית - ע"י פריודונט מומחה
"	אחד ללסת לתקופת ביטוח		ניקוז מורסה ממקור פריודונטי
"	אחד ללסת לתקופת ביטוח		סד מחומר מורכב/אמלגם
"	טיפול אחד ל-3 שנות ביטוח		סד לילה
"	1 לשן בתקופת ביטוח		הארכת כותרת

צורך באישור המבטח מראש	שיפוי - גבול אחריות המבטח	תיאור הכיסוי	פירוט הכיסויים בפוליסה
"	2 טיפולים לשן בתקופת ביטוח		טיפולים בהחדרת תרופות מקומיות לכיסים פרוידנטליים (פריוצ'יפ)
טיפולים משקמים (פרוטטיים)			
כן	למבוטחים מעל גיל 21 בלבד		
"	כלולה במסגרת הכיסוי המשמר		בדיקה ותוכנית טיפולים
"	פעם אחת בתקופת ביטוח לכל שן		תותבת חלקית קבועה
"	פעם אחת בתקופת ביטוח לכל לסת		תותבת חלקית נשלפת
"	פעם אחת בתקופת ביטוח לכל לסת		תותבת שלמה
"	3 פעמים ללסת בתקופת ביטוח	תיקון שבר או סדק בתותבת	תיקונים בתותבות חלקיות או שלמות
"	אחת לשן בתקופת ביטוח	תיקון או החלפה או הוספת שן בתותבת	
"	3 פעמים ללסת בתקופת ביטוח	הוספת או החלפת ווים	
"	3 פעמים ללסת בתקופת ביטוח	הלחמת תח"ל על בסיס מתכת	
"	3 פעמים בתקופת ביטוח	חידוש בסיס תותבת שלמה	
"	3 פעמים בתקופת ביטוח	ריפוד קשה	
"	3 פעמים בתקופת ביטוח	ריפוד רך	
"	1 לשן לתקופת ביטוח	מבנה יצוק	מבנה
"	1 לשן תקופת ביטוח	מבנה מידי	
"	בכפוף לסעיף ז' בפרק 4 לנספח הטיפולים		החלפת שחזורים

צורך באישור המבטח מראש	שיפוי - גבול אחריות המבטח	תיאור הכיסוי	פירוט הכיסויים בפוליסה
"	בכפוף לסעיף 4.45, 4.46 ופרק 5 לנספח הטיפולים		שיקום על גבי שתלים
שתלים			
כן	ע"י מומחים לפריודונטיה או לכירורגיה פה ולסת בלבד		
"	כלולה במסגרת הכיסוי המשמר		תוכנית טיפול
"	עד 4 שתלים ללסת לתקופת ביטוח		כירורגיה של שתלים
"	צילום אחד לכל לסת לתקופת ביטוח. הצילום יכוסה לצורך ביצוע שתלים, במידה ואושרו השתלים.		צילומי CT
"	בכפוף לסעיף 5.17.6 בנספח הטיפולים.		השתלת עצם/ הרמת סינוס לצורך ביצוע שתלים
טיפולים אורתודנטים (יישור שיניים) לילדים			
כן	אחד לתקופת ביטוח	יבוצע על ידי מומחים לאורתודנטיה בלבד	
		נדרש שטר ביטחון/חוב על סכום יתרת הפרמיה עד תום תקופת הביטוח הקבוצתי, בכפוף לזכותו של המבוטח לביטול הפוליסה על פי תנאיה	שטר ביטחון
	המבטחת תכסה טיפול שהחל בתוך תקופת הביטוח או טיפול שהנו חלק מתכנית טיפולים שהוגשה לאישור המבטח במהלך תקופת הביטוח, ובכל מקרה לא יאוחר מבתוך 90 יום שלאחר סיומו של הביטוח לגבי אותו מבוטח.	משך האחריות לטיפולי המשך לאחר תום הביטוח	אחריות לטיפולי המשך
טיפולי שיניים לילדים מכח חוק ביטוח בריאות ממלכתי - קיימים שירותים מסוימים בתחום רפואת השיניים עבור ילדים בסל הבריאות מכח חוק ביטוח בריאות ממלכתי (נכון למועד הפוליסה, המדובר בטיפולי שיניים משמרים לילדים עד גיל 16). שירותים כאמור עשויים להיות חופפים לכיסויים מסוימים בפוליסה.			

**פוליסה לביטוח שיניים קבוצתי לעובדי בנק דיסקונט לישראל
ובני משפחותיהם**

תמורת תשלום פרמיה כאמור להלן תשפה החברה את המבוטח ו/או תשלם לספק השירות עבור הוצאות המוכרות בגין מקרה ביטוח, במשך תקופת הביטוח, בגבולות אחריות החברה הכל כאמור בפוליסה זו.

1 הגדרות

בפוליסה זו ונספחיה תהיה למונחים הבאים המשמעות אשר מפורשת בצדמ:

1.1 בעל הפוליסה	<p>ארגון עובדי בנק דיסקונט לישראל - הועד הארצי המצהיר ומתחייב כ"י:</p> <p>1.1.1. לענין היותו בעל פוליסה הוא פועל באמונה ובשקידה לטובת המבוטחים בלבד וכי אין לו ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל פוליסה.</p>
1.2 המבטחת/ המבטח/החברה	<p>הפניקס חברה לביטוח בע"מ.</p>
1.3 המבוטח	<p>עובד/ת, גימלאי/ת של בעל הפוליסה ("מבוטח ראשי"), ובני משפחתו אשר הצטרפו לפוליסה זו בהתאם לתנאי ההצטרפות ושמם נקוב בדף פרטי הביטוח כמבוטחים.</p> <p>בן משפחה: בן/בת זוג או ילד של מבוטח ראשי.</p> <p>גימלאי: מי שהגיע לגיל פרישה המוקדמת (לפי סעיף 5 לחוק פרישה מוקדמת, התשס"ד - 2004) או שמשולמת לו אחת מאלה:</p> <p>(1) קצבה המשולמת לעובד בשל פרישה מהעבודה, לפי הסדר בית דין או בהסכם, ולפיו תשולם קצבה מקופת המעסיק, לרב ות באמצעות קופת גמל מרכזית לקצבה או קופת גמל מרכזית להשתתפות בפנסיה תקציבית או מאוצר המדינה לעובד או לנושא משרה שיצא לקצבה, במשך כל ימי חייו.</p> <p>(2) תשלום חודשי המשולם לעובד בשל פרישה מעבודה, מקופת המעסיק, או מאוצר המדינה, לכל הפחות, עד הגיעו לגיל הפרישה המוקדמת.</p>
1.4 בן או בת זוג	<p>בן או בת זוג של מבוטח ראשי של בעל הפוליסה לרבות ידועה/בציבור.</p>
1.5 ילד	<p>ילדי המבוטח ראשי ו/או ילדי בן/בת זוג שגילם מעל 3 שנים ואינו עולה על 21 שנה.</p>
1.6 ילד בוגר	<p>ילדי המבוטח הראשי ו/או ילדי בן/בת זוג שגילם מעל 21 שנה.</p>
1.7 רופא שיניים	<p>רופא בעל רישיון ישראלי תקף המתיר לו לעסוק ברפואת שיניים.</p>
1.8 רופא שיניים מומחה	<p>רופא שיניים בעל רישיון מומחה תקף מטעם משרד הבריאות בישראל, בתחום התמחות מוגדר, או מי שהוכר על ידי המבטח ובעל הפוליסה ככזה.</p>

<p>רופא שיניים שאינו קשור עם המבטחת בחוזה למתן טיפול שיניים במסגרת פוליסה לביטוח שיניים קבוצתית, בעל רישיון ישראלי תקף, המתיר לו לעסוק בריפוי שיניים בישראל.</p>	<p>1.9 רופא שיניים פרטי/שאינו בהסכם</p>
<p>רופא שיניים, לרבות מרפאת שיניים, הקשור עם המבטחת בחוזה למתן טיפול שיניים במסגרת פוליסה לביטוח שיניים קבוצתית. רשימה מעודכנת של רופאי ההסכם תפורסם באופן קבוע באתר האינטרנט של המבטחת ותעודכן מעת לעת. המבטחת שומרת לעצמה את הזכות להוסיף או לגרוע מרשימת רופאי ההסכם עפ"י שיקול דעתה הבלעדי.</p>	<p>1.10 רופא הסכם</p>
<p>מדד המחירים לצרכן (המדד הכללי) המתפרסם ע"י הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.</p>	<p>1.11 מדד</p>
<p>מדד חודש מאי 2018 שהתפרסם ביום 15.6.18</p>	<p>1.12 מדד הבסיס</p>
<p>כל הסכומים הנקובים בפוליסה במפרט והנספחים לפוליסה יותאמו בהתאם לשינויים שיחולו במדד המחירים לצרכן (המדד הכללי) המתפרסם ע"י הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. חישוב הפרשי הצמדה ייעשה בהתייחס למדד הבסיס כהגדרתו בפוליסה. מועד ביצוע ההצמדה יעשה אחת לחודש.</p>	<p>1.13 הצמדה למדד</p>
<p>ד"ר גבריאל פיקר, רופא שיניים, שמונה/ו מטעם בעל הפוליסה, אשר תפקידו ייצוג המבוטחים בכל עניין רפואי-מקצועי או משפטי וכן בכל עניין אחר הנוגע לתנאי פוליסה זו ובין השאר התאמתה מעת לעת, שדרוגה, שיפורה ורווחיותה. מתן הסבר על מהות הביטוח ועל תגמולי הביטוח ובכלל זה, בעת דחיית אישורים לטיפול/תשלום תביעות ע"י המבטח מנימוקים דנטאליים, וכן לשמש כמסייע במחלוקות בין המבטח למבוטח בנושאים שונים בקשר עם הפוליסה. היועץ הרפואי של בעל הפוליסה יבחר ע"י בעל הפוליסה.</p>	<p>1.14 היועץ מטעם בעל הפוליסה</p>
<p>רופא/י שיניים מטעם המבטח, אשר יבצע/ו עבור המבטח ועל חשבונו בדיקת מבוטחים במקרים חריגים ובצורה סבירה בנסיבות העניין. מרפאות רופא/י הבודק תהיינה בפיזור המאפשר נגישות למבוטח ו/או לבני משפחתו. מוסכם כי רופא/י הבודק יאושר/ו גם על ידי בעל הפוליסה. מובהר כי המבוטח יוכל בכל עת, למצות את זכויותיו המוקנות לו מכח הפוליסה בבית משפט.</p>	<p>1.15 רופא בודק</p>
<p>מדינת ישראל, לרבות השטחים תחת שלטון ישראל.</p>	<p>1.16 ישראל</p>
<p>כל מדינה מחוץ לישראל, למעט מדינות אויב.</p>	<p>1.17 חו"ל</p>
<p>ביצוע טיפול שיניים למבוטח הנזקק לטיפול השיניים על פי אמות מידה רפואיות מקובלות וטיפול השיניים מכוסה במסגרת פוליסה זו ובוצע בתקופת הביטוח.</p>	<p>1.18 מקרה הביטוח</p>
<p>1.19.1 הכיסוי הביטוחי למבוטחים שהינם ילדים כולל את כל הטיפולים המכוסים בפוליסה זו למעט טיפולים משקמים, טיפולי חניכיים ושתלים. 1.19.2 הכיסוי הביטוחי של מבוטחים שאינם ילדים כולל את כל הטיפולים המכוסים בפוליסה זו למעט טיפולים אורתודונטיים.</p>	<p>1.19 הכיסוי הביטוחי</p>

<p>מרוז סוכנות לביטוח בע"מ, אשר נבחרה על ידי בעל - הפוליסה לתווך בין המבוטחים לבין המבטח בפוליסה זו.</p>	<p>1.20 סוכנות הביטוח</p>												
<p>2 תקופת הביטוח</p>													
<p>מיום 01.07.2018 ועד ליום 30.06.2023 (5 שנים)</p>													
<p>3 דמי הביטוח</p>													
<p>3.1 דמי הביטוח יהיו כדלקמן:</p>													
<table border="1"> <thead> <tr> <th>דמי הביטוח החודשיים</th> <th>סטאטוס</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>100.76 ₪</td> <td>עובד/ת</td> </tr> <tr> <td>100.76 ₪</td> <td>גימלאי/ת</td> </tr> <tr> <td>100.76 ₪</td> <td>בן /בת זוג</td> </tr> <tr> <td>47.35 ₪ (ילד שלישי ואילך בחינם)</td> <td>ילד</td> </tr> <tr> <td>100.76 ₪</td> <td>ילד בוגר</td> </tr> </tbody> </table>	דמי הביטוח החודשיים	סטאטוס	100.76 ₪	עובד/ת	100.76 ₪	גימלאי/ת	100.76 ₪	בן /בת זוג	47.35 ₪ (ילד שלישי ואילך בחינם)	ילד	100.76 ₪	ילד בוגר	
דמי הביטוח החודשיים	סטאטוס												
100.76 ₪	עובד/ת												
100.76 ₪	גימלאי/ת												
100.76 ₪	בן /בת זוג												
47.35 ₪ (ילד שלישי ואילך בחינם)	ילד												
100.76 ₪	ילד בוגר												
<p>3.2 דמי הביטוח יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן אשר פורסם ביום 15.6.18.</p>													
<p>3.3 דמי הביטוח ישולמו למבטחת מידי חודש בחודשו ולא יאוחר מיום החמישי לחודש.</p>													
<p>3.4 בכפוף לאישור המבוטח, דמי הביטוח ינוכו על ידי בעל הפוליסה חודש בחודשו ויועברו בגביה מרוכזת למבטחת ובכפוף למילוי טופס הצטרפות.</p>													
<p>4 הצטרפות לביטוח</p>													
<p>4.1 המבוטחים יצורפו לביטוח על פי פוליסה זו, במועד תחילת עבודתם אצל בעל הפוליסה או בתאריך תחילת תקופת הביטוח, לפי המאוחר מביניהם. כל המבוטחים אשר היו מבוטחים בביטוח השיניים הקודם אצל המבטחת, יועברו אוטומטית לפוליסת הביטוח החדשה.</p>													
<p>4.2 במועד תחילת תקופת הביטוח ובמהלך 90 יום, יפתח חלון לצירוף בני משפחה בכפוף לתנאים המפורטים בסעיף ההצטרפות זה.</p>													
<p>4.3 המבוטח הראשי יכול לצרף בן/בת זוג בתנאי שהצטרף בעצמו.</p>													
<p>4.4 המבוטח הראשי יכול לצרף את ילדיו מגיל 3 ואילך בתנאי שהצטרף בעצמו.</p>													
<p>4.5 צירוף בני המשפחה יעשה בכפוף למילוי טופס הצטרפות על ידי המבוטח הראשי ואישורו לניכוי דמי הביטוח משכרו.</p>													
<p>4.6 המבוטח הראשי יצורף לביטוח בתוך 90 יום ממועד תחילת עבודתו אצל בעל הפוליסה ("מבוטח ראשי חדש"). צירוף בן משפחה של מבוטח ראשי חדש יעשה בתוך 90 יום ממועד תחילת עבודתו אצל בעל הפוליסה ובלבד שהמבוטח הראשי החדש צורף לפוליסה.</p>													

<p>מבוטח ראשי שנישא במהלך תקופת הביטוח יוכל לצרף את בן/ת זוגו בתוך 90 יום ממועד הנישואין.</p> <p>מקום בו מוטלת על מבוטח לפי תנאי פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי חובה אחת מאלה:</p> <p>(1) לשלם, במועד תחילת תקופת הביטוח, דמי ביטוח, או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד, למעט לעניין ניכוי מהשכר בעד דמי ביטוח רפואי לפי סעיף 10ד(ג) לחוק עובדים זרים;</p> <p>(2) לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה;</p> <p>לא יצרפו המבטח לאותו ביטוח, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה, ובלבד שהוצגה למבוטח רשימת כל הפרקים הנכללים בפוליסה ואת דמי הביטוח בעד כל חבילת פרקי הכיסוי בפוליסה ואם המבוטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים - המבטח רשאי לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו או בן זוגו.</p> <p>הוראות סעיף 4.9 לא יחולו על פוליסה שתחודש לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר, אם התקיימו תנאים אלה:</p> <p>(1) הפוליסה הקבוצתית היתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה;</p> <p>(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 לאחר אותו מועד; לעניין זה, "שמירה על רצף ביטוחי" - שמירת הרצף בלא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם ובלא תקופת אכשרה.</p> <p>פחת מספר המבוטחים בקבוצה מ-50, לא תחודש הפוליסה במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.</p> <p>מבטח ימסור עם תחילת תקופת הביטוח, לכל יחיד מקבוצת המבוטחים, בין בהצטרפותו לראשונה ובין במועד חידוש הביטוח לתקופה נוספת, העתק פוליסה, טופס גילוי נאות לפי הנחיות המפקח, דף פרטי ביטוח וכן מסמכים נוספים שיוורה עליהם המפקח; על אף האמור, חודש הביטוח הקבוצתי לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או הוארך הביטוח לתקופה שאינה עולה על 3 חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטח על חידוש הביטוח תקופה נוספת, בלא שינוי בדמי הביטוח ובשאר תנאי הכיסוי הביטוחי, ימסור המבטח לכל יחיד מקבוצת המבוטחים הודעה על חידוש הביטוח בלבד ויצייין -</p> <p>(1) כי הוארכה תקופת הביטוח ולא חלו שינויים בתנאי הכיסוי הביטוחי</p> <p>(2) את האפשרות של המבוטח לקבל העתק ממסמכי הפוליסה</p> <p>(3) את האפשרות של המבוטח לעיין במסמכי הפוליסה תוך מתן פירוט היכן הדבר ניתן.</p> <p>"שינוי בדמי הביטוח" - לרבות שינוי בחלק היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבוטח, ולמעט שינוי בדמי הביטוח הנובע מהצמדה</p>	<p>4.7</p> <p>4.8</p> <p>מתן מסמכים למבוטח 4.9</p>
--	--

<p>למדד שנקבע בפוליסה או שינוי בדמי הביטוח הנובע בשל מעבר בין קבוצות גיל שפורטו בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה. חלה על מבטוח חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, ישלח המבטוח למבטוח, לפי דרישתו, העתק מהחווזה שבין המבטוח ובין בעל הפוליסה, בתוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבטוח.</p> <p>נקבע כי בעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח, במלואם, ישלח המבטוח למבטוח, לפי דרישתו, העתק מן החווזה שבין המבטוח ובין בעל הפוליסה, בתוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבטוח, ואולם המבטוח רשאי שלא לשלוח למבטוח הוראות בחווזה האמור לעניין גובה דמי הביטוח, התאמת דמי הביטוח והשתתפות ברווחים.</p>	
<p>5 תום הביטוח/ ביטול הביטוח</p> <p>5.1 תום הביטוח/ ביטול הביטוח</p> <p>התחייבות המבטחת על פי הסכם זה תסתיים במועד תום תקופת הביטוח או בתום הביטוח או ביום ביטולו על ידי המבטוח או המבטח על פי הוראות סעיף 5 זה, לפי המוקדם מביניהם, למעט אישורים שניתנו מראש על ידי המבטחת ואשר בגין תקופה זו שולמו דמי הביטוח. יובהר כי המבטחת תכסה טיפול שהחל בתוך תקופת הביטוח או טיפול שהנו חלק מתכנית טיפולים שהוגשה לאישור המבטח במהלך תקופת הביטוח, ובכל מקרה לא יאוחר מבתוך 90 יום שלאחר סיומו של הביטוח לגבי אותו מבטוח.</p>	
<p>5.2 תום הביטוח לגבי מבטוח</p> <p>בכל אחד מהמקרים הבאים יגיע הביטוח לסיומו, הן לגבי המבטוח הראשי והן לגבי בני משפחתו:</p> <p>5.2.1 אובדן זיקה של המבטוח הראשי לבעל הפוליסה: סיום העסקת המבטוח הראשי אצל בעל הפוליסה.</p> <p>לרשות המבטוח ובני משפחתו שפרש תעמוד אפשרות להמשיך בביטוח באמצעות הוראת קבע אישית ובכפוף לחתימה על שטר חוב על פי תנאי הפוליסה ועד תום תקופת הביטוח.</p> <p>5.2.2 גירושין: בן/בת זוג של המבטוח הראשי שנישואיו הגיעו לקצם בגירושין (במקרה זה תבוא תקופת הביטוח של בת או בן הזוג של המבטוח הראשי לסיומה עפ"י בקשה בכתב של המבטוח הראשי בלבד).</p> <p>5.2.3 פטירה: פטירתו של המבטוח הראשי.</p> <p>5.2.4 חל"ת/חל"ד/רילוקיישן: צאתו של המבטוח הראשי לתקופת חל"ת או חל"ד (לרבות חופשת אימוץ) או חופשת שמירת היריון או אם נשלח לעבוד בחו"ל (RELOCATION), למעט אם ניתנה הוראה מפורשת של המבטוח הראשי להמשיך את הפוליסה באמצעות תשלום דמי הביטוח למבטח על ידי אמצעי גבייה אישי או באמצעות בעל הפוליסה.</p> <p>5.2.5 תום תקופת הביטוח לכלל המבטוחים על פי פוליסה זו.</p> <p>5.2.6 מלאו לילד 21 שנה, יבוטל הביטוח לגביו, אלא במידה ויבקש להמשיך את הביטוח כבן משפחה בוגר. לא יאוחר משלושה חודשים לפני הגיע ילד מבטוח לגיל 21, ישלח המבטח לעובד/גמלאי המבטוח הודעה על אפשרות המשך</p>	

<p>הביטוח כבן משפחה בוגר בדגש על רצף הביטוח באותם תנאי ביטוח של עובד/ גמלאי ובהדגש על שינוי דמי הביטוח כבן משפחה בוגר.</p> <p>5.2.7 מבוטח אשר התגייס לצה"ל יהיה רשאי, אך לא חייב, להפסיק את הביטוח.</p> <p>בעל הפוליסה או המבוטח ימלא מסמך המאשר את הביטול מהסיבות הנקובות בסעיפים 5.2.1-5.2.4 לעיל, ויעבירו למבטחת. תקופת הביטוח תגיע לסיומה עם מסירת תעודת הביטוח והאישור למבטחת, או הצהרה בכתב של העובד.</p> <p>בכל מקרה של הפסקת הביטוח בשל אחת מהסיבות המפורטות בסעיף 5.2 לעיל, יהיה בעל הפוליסה או המבוטח, לפי העניין, חייב בתשלום דמי הביטוח בגין החודש בו הגיעה תקופת הביטוח לסיומה.</p> <p>הפוליסה לא תפקע לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבטח דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה.</p>	
<p>5.3.1 המבוטח ביטל את הפוליסה במהלך שלוש השנים הראשונות או במהלך תקופה המסתיימת בחלוף שלושת רבעי תקופת הביטוח ממועד צירופו לפוליסה לראשונה, לפי המוקדם מביניהם (להלן: "התקופה הקובעת"). לעניין זה יובהר כי, במקרה של חידוש הפוליסה לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר (להלן: "חידוש פוליסה") שבמסגרתו נוסף לפוליסה סל טיפולים שלא היה קיים לפני החידוש, אזי יראו את החידוש הפוליסה כמועד צירופו של המבוטח לפוליסה לראשונה. במקרה של חידוש פוליסה שלא נוסף במסגרתו סל טיפולים שלא היה קיים לפני החידוש, אזי לא יראו במועד חידוש הפוליסה כמועד צירופו של המבוטח לפוליסה לראשונה.</p> <p>5.3.2 סך תגמולי הביטוח גבוהים מסך הפרמיות ששולמו בגין הפוליסה. יודגש, כי בחינת הסכומים כאמור תיערך רק ביחס למבוטח שלגביו הוגשה בקשה לביטול במהלך התקופה הקובעת, ללא קשר למבוטחים אחרים בפוליסה.</p> <p>5.3.3 גובה החזר הכספי האמור לעיל, לא יעלה על הנמוך מבין ההפרש בין סך תגמולי הביטוח לבין סך הפרמיות ששולמו בגין הפוליסה או מכפלת הפרמיה החודשית שמשולמת בגין המבוטח שלגביו הוגשה בקשת הביטול במספר החודשים שנותרו עד תום התקופה הקובעת.</p>	<p>5.3 ביטול הביטוח ידי המבוטח</p>

<p>5.3.4 לעניין חישוב גובה ההחזר הכספי יוגדרו:</p> <p>א. "סך תגמולי ביטוח" - סך תגמולי הביטוח ששילם המבטח במהלך התקופה הקובעת בגין תביעות מכוח הפוליסה של המבוטח שלגביו הוגשה בקשת הביטול.</p> <p>ב. המבטח יהיה רשאי לכלול בתגמולי הביטוח הוצאות בגין ניהול תביעות בשיעור שלא יעלה על 10% מסך תגמולי הביטוח ששולמו.</p> <p>ג. "סך הפרמיות" - סך הפרמיות ששולמו בשל המבוטח שלגביו הוגשה בקשת הביטול במהלך התקופה הקובעת.</p> <p>5.3.5 הוראות סעיף 5.3 לא יחולו במקום של ביטול לפי הוראות סעיף 5.2 לעיל.</p>	
<p>5.4.1 5.4.1.1 חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בפסקה השנייה בסעיף 4.8, והודיע המבוטח למבטח או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבוטח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שאירע בתקופת 60 הימים כאמור.</p> <p>5.4.1.2 חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בסעיף 4.8 לעיל 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 כאמור בסעיף 4.8. לעניין תקנת משנה זו "לא התקבלה הסכמה" - למעט סירוב המבוטח במפורש לחידוש הביטוח או שינוי תנאיו ולרבות מבוטח שההודעה השנייה נמסרה לו באמצעות שיחה טלפונית ובמהלכה המבוטח לא הביע את הסכמתו המפורשת.</p> <p>5.4.1.3 על אף האמור בסעיף 5.2, פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בסעיף 1.3 שבשלה הוא התקשר בחוזה לביטוח בריאות קבוצתי, יבוטל הביטוח לגבי אותו מבוטח, לכל היותר בתוך 90 ימים ממועד ביטול הזיקה;</p> <p>ואולם אם בעל הפוליסה הוא מעביד, מבטח יהיה רשאי שלא לבטל את הביטוח כאמור עד תום</p>	<p>5.4 ביטול הביטוח לגבי מבוטח מסויים</p>

<p>תקופת הביטוח הנקובה בפוליסה, בכפוף להסכמת המבוטח.</p> <p>5.4.2 על ביטול לפי סעיף 5.4 יחולו הוראות סעיף 5.3 בנוסף.</p>	
<p>5.5.1 במקרה של אי גילוי עניין מהותי בהתאם להוראות סעיף 6-8 לחוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1984.</p> <p>5.5.2 במקרה של אי תשלום דמי הביטוח:</p> <p>לא שולמו דמי הביטוח או חלק מהם במועד ולא שולמו גם תוך 15 ימים לאחר שהמבטח דרש מן המבוטח בכתב לשלם, רשאי המבטח להודיע למבוטח בכתב כי החוזה יתבטל כעבור 21 ימים נוספים אם הסכום שבפיגור לא יסולק לפני כן.</p>	<p>5.5 ביטול על ידי המבטח</p>
<p>6 הגשת תביעה ותשלום תגמולי הביטוח</p> <p>בקרות מקרה הביטוח, תשלם המבטחת תגמולי ביטוח כדלקמן:</p>	
<p>קרה מקרה הביטוח, על המבוטח להגיש תביעה למבטחת בהקדם האפשרי. כל תביעה לתשלום תגמולי ביטוח תוגש בכתב, על גבי טופס "הודעה על תביעה", אל התביעה יצורפו המסמכים כמפורט להלן.</p>	<p>6.1</p>
<p>6.2.1 עבור כל טיפול שבוצע במבוטח והמכוסה על פי פוליסה זו ואשר ניתן אצל אחד מרופאי ההסכם, ישלם המבטח ישירות לרופא ההסכם. יובהר כי תשלום ההשתתפות העצמית, ככל שקיים בפוליסה זו, ישולם על ידי המבוטח ישירות לרופא /מכון שבהסכם.</p> <p>6.2.2 בביקור הראשון אצל רופא שיניים או אצל רופא ההסכם תיערך למבוטח בדיקת פה ראשונית. על המבוטח לקבל אישור מראש מהמבטח לתוכנית הטיפולים שניתנה לו על ידי הרופא, למעט אם צויין אחרת בפוליסה זו.</p> <p>6.2.3 רופא ההסכם יעביר באמצעות הפורטל האינטרנטי של חברת הביטוח את כל המידע והמסמכים הרפואיים הנדרשים לצורך קבלת אישור המבטח לביצוע הטיפול ו/או לצורך סילוק התביעה לאחר ביצוע הטיפול.</p> <p>6.2.4 אישור המבטחת לתוכנית הטיפול ייעשה בתוך 7 ימי עבודה מיום קבלת כל המסמכים כאמור.</p>	<p>6.2 רופא /מכון שבהסכם עם המבטחת:</p>
<p>6.3.1 במקרה של קבלת טיפול אצל רופא שיניים פרטי, שאינו בהסכם עם המבטחת, המבטח ישפה את המבוטח בגין הוצאות שהוציא לתשלום הטיפול בכפוף לתנאי פוליסה זו, תוך 7 ימי עבודה מיום קבלת טופס הודעה על תביעה במשרדי המבטחת לרבות כל המסמכים, צילומים, קבלות מקור.</p> <p>6.3.2 בכל מקרה חבות המבטחת תהיה עד לתקרת תגמולי הביטוח הנקובים בפוליסה בגין כל טיפול ובניכוי השתתפות עצמית הכל על פי הוראות הפוליסה.</p> <p>6.3.3 בביקור הראשון אצל רופא השיניים תיערך למבוטח בדיקת פה ראשונית. על המבוטח לקבל אישור מראש מהמבטח</p>	<p>6.3 רופא /מכון שאינו בהסכם עם המבטחת:</p>

<p>לתוכנית הטיפולים שניתנה לו על ידי הרופא למעט אם צויין אחרת בפוליסה זו.</p> <p>6.3.4 על המבוטח ובאחריותו למסור לרופא את טופס "הודעה על תביעה" ולאחר שהרופא ימלא את הטופס על המבוטח להעבירו למבטחת. ולוודא שהרופא יציין את הטיפולים שקיבל בטופס תביעה.</p> <p>6.3.5 כמו כן עליו לקבל מהרופא ולצרף לטופס התביעה צילומים שבוצעו לו, לשלם עבור הטיפול ולקבל חשבונית מס - מקור בגין התשלום. בהעדר חשבונית מקור - על המבוטח להציג העתק של החשבונית בצירוף הסבר למי נשלחה חשבונית המקור ואישור של אותו הגורם בגין הסכום ששילם למבוטח בגין חשבונית זו או בצירוף הסבר למי נשלחה החשבונית ופירוט הסיבה לכך שאין ביכולתו להמציאה.</p> <p>6.3.6 בכל מקרה חבות המבטחת תהיה עד לתקרת תגמולי הביטוח הנקובים בפוליסה בגין כל טיפול ובניכוי השתתפות עצמית הכל על פי הוראות הפוליסה .</p>	
<p>על המבוטח (המקבל טיפול במרפאה שאינה בהסדר) או לחילופין על מרפאת ההסדר, להגיש למבטחת בגמר כל טיפול את המסמכים הבאים:</p> <p>6.4.1 חשבונית מס - מקור, לחלופין, על המבוטח להציג העתק של החשבונית, לרבות באופן דיגיטאלי (דוא"ל, חשבון אישי מקוון של המבוטח, במסרון למייל השירות) ובהתאם לנסיבות העניין בצירוף הסבר למי נשלחה חשבונית המקור (ככל שנשלחה) ואישור של אותו הגורם בגין הסכום ששילם למבוטח בגין חשבונית זו או בצירוף הסבר למי נשלחה החשבונית (ככל שנשלחה) ופירוט הסיבה לכך שאין ביכולתו להמציאה.</p> <p>6.4.2 טופס תביעה שבו ציין הרופא סוג הטיפולים שהמבוטח קיבל, באיזו יום הם בוצעו ואת התשלום עבורם.</p> <p>6.4.3 צילומי רנטגן אשר נעשו למבוטח בגין הטיפולים המפורטים להלן:</p> <p>עקירה - צילום לפני הטיפול .</p> <p>עקירה כירורגית - צילום לפני הטיפול .</p> <p>קיסוע חוד השן - צילום לפני הטיפול .</p> <p>טיפול שורש / חידוש טיפול שורש - צילום לפני הטיפול ולאחרייו.</p> <p>קיסוע מוך חי - צילום לפני הטיפול.</p> <p>מבנה (שאושר מראש) - אם לא בוצע צילום לאחר הדבקת המבנה, ניתן להציג את צילום כיפת המתכת.</p> <p>כתר (שאושר מראש) - צילום כיפת מתכת</p> <p>שתל (שאושר מראש) - צילום לאחר הטיפול</p> <p>6.4.4 לא תאושר תביעה בגין אחד מהטיפולים הנ"ל אם לא צורף לתביעה צילום רנטגן.</p>	<p>6.4 מסמכים:</p>

6.4.5 במרפאות הסדר - צילומי הרנטגן יישלחו למבטחת באמצעות האינטרנט.	
6.4.6 לא יבוצעו צילומי רנטגן רק לשם ההוכחה בניגוד להוראות משרד הבריאות.	
6.4.7 לצורך בירור חבותה ותשלום תביעה, המבטחת תהיה רשאית לדרוש מהמבוטח טופס ויתור על סודיות רפואית בקשר עם הטיפולים הרפואיים שביצע.	
תשלומי המבטחת אשר לא ישולמו במועדם כאמור לעיל, יישאו הפרשי הצמדה מיום ההוצאה ועד למועד ביצוע התשלום והפרשי ריבית מתום 30 יום מיום הגשת מסמכי התביעה ועד ליום התשלום בפועל.	6.5
זיכוי המבוטח על ידי המבטחת בגין התביעה ייעשה באמצעות העברה בנקאית לחשבון המבוטח.	6.6
לצורך בירור חבותה ותשלום תביעה המבטחת תהיה רשאית לדרוש מהמבוטח לעבור בדיקה רפואית אצל רופא שניינים מטעמה ועל חשבונה. לא עמד המבוטח בדרישה זו, תהיה המבטחת פטורה מתשלום התביעה.	6.7
על המבוטח לשתף פעולה עם המבטחת לצורך בירור חבותה ולמסור למבטחת תוך זמן סביר, לאחר שנדרש לכך, את המידע הסביר והמסמכים הדרושים לבירור החבות ואם אינם ברשותו עליו לעזור למבטחת, כמיטב יכולתו, להשיגם.	6.8
לא קיים המבוטח חובתו כאמור לעיל, וקיומה היה מאפשר למבטחת להקטין חבותה, אין המבטחת חייבת בתגמולי הביטוח אלא במידה שהייתה חייבת בהם אילו קיומה החובה. הוראה זו לא תחול בכל אחת מאלה: (1) החובה לא קיוימה או קיוימה באיחור מסיבות מוצדקות; (2) אי קיומה או איחורה לא מנע מן המבטח את בירור חבותו ולא הכביד על הבירור. יובהר כי דרישת המבטחת למסמכים או מסמכים נוספים תהא דרישה סבירה ואפשרית.	6.9
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.	6.10
אישור מוקדם של המבטח להוצאות טיפולי שיניים: קבלת האישור כאמור היא תנאי מהותי לאחריות החברה על פי פוליסה זו. בכל מקום בו הפוליסה מכסה הוצאות רפואיות וצוין כי על המבוטח לפנות למבטח על מנת לקבל אישור מוקדם לפני קבלת הטיפול הרפואי, היעדר פניה של המבוטח למבטח לקבל אישור מוקדם, יכול לגרום להפחתה בסכום תגמולי הביטוח עד לגובה הסכום שהיה משלם המבטח לו הייתה נמסרת לו הודעה מראש. להוראות נוספות בעניין תגמולי ביטוח - ראה גם סעיף 7 לנספח א' - מפרט הטיפולים.	6.11

	7 תנאים כלליים
<p>המבטחת תנפיק עם תחילת תקופת הביטוח, תעודת ביטוח לכל מבוטח הנושא את פרטי המבוטח.</p>	7.1 תעודת ביטוח
<p>מוסכם על הצדדים כי כל מחלוקת שיתגלו ביניהם באשר למילוי או אי מילוי חיובים העולים מהוראות הפוליסה, יובאו לניסיון ליישובן בפני היועץ הרפואי.</p>	7.2
<p>המבטח יהיה אחראי, לחוד, כלפי המבוטח על מלוא סכום תגמולי הביטוח עד לגובה התקרה הקבועה בפוליסה, אף אם היה המבוטח זכאי לכיסוי ההוצאות המשולמות בעד מקרה ביטוח גם לפי פוליסה לביטוח בריאות אחרת בין אצל אותו מבטח ובין אצל מבטח אחר.</p> <p>בפוליסות שתגמולי ביטוח לפיהן משולמים בהתאם לשיעור הנזק שנגרם, יישאו המבטחים בנטל החיוב בינם לבין עצמם, לפי היחס שבין תקרות תגמולי הביטוח הנוגעות למקרה הביטוח כפי שהן קבועות בפוליסות הביטוח.</p> <p>היה ומקרי הביטוח לפי פוליסה זו והנספחים המצורפים, מכוסים כולם או מקצתם אצל יותר ממבטח אחד לתקופות חופפות, על המבוטח להודיע על כך לחברה בכתב מיד עם הגשת התביעה.</p> <p>הוראות סעיף זה לא יחולו לגבי כיסויים המוגדרים כפיצוי ולא כהחזר הוצאות-שיפוי.</p>	7.3 כפל ביטוח
<p>תקופת ההתיישנות של תביעה על פי פוליסה זו היא שלוש שנים מיום קרות מקרה הביטוח.</p>	7.4 התיישנות
<p>כל הודעה של המבטחת למבוטח תיעשה בכתב ותישלח לפי המען האחרון של המבוטח שנמסר למבטחת. ההודעה של המבוטח למבטחת תינתן בכתב לכתובת המבטחת כמצוין בחוברת זו.</p> <p>חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח) בתקנת משנה זו - מועד תחילת השינוי, ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהיה מבוטח בה ערב מועד תחילת השינוי, עד 60 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי; נדרשה הסכמתו המפורשת של מבוטח, כאמור בסעיף 4.9 לעיל, תיכלל בהודעה כאמור פסקה לעניין ההסכמה המפורשת הנדרשת של המבוטח ובהעדר המשמעות של העדר הרצף הביטוחי;</p> <p>(2) לא התקבלה הסכמתו המפורשת של המבוטח כאמור עד למועד תחילת השינוי, ימסור המבטח למבוטח בתוך 14 ימי עבודה, 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.</p> <p>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.</p>	7.5 מתן הודעות למבוטח

<p>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 ויפרט בהודעה כאמור כל זכות נוספת של היחיד הנובעת מסיום הפוליסה .</p> <p>פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בסעיף 5.4.1.3 לעיל 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.</p> <p>חלה על מבוטח במועד ההצטרפות לביטוח הבריאות הקבוצתי החובה לשלם דמי ביטוח, אשר לפי תנאי הפוליסה תחל גבייתם לאחר המועד האמור, ימסור המבטח למי שמשלם את דמי הביטוח שאינו בעל הפוליסה, הודעה בכתב בדבר המועד שבו תחל הגבייה של דמי הביטוח; הודעה כאמור "תימסר למי שמשלם את דמי הביטוח במהלך שלושת החודשים שקדמו למועד הגבייה האמור.</p>	
8 חריגים וסייגים לחבות המבטחת	
<p>המבטחת לא תהיה אחראית בגין פעולות ו/או שירותים ו/או טיפולים שבוצעו במבוטח על ידי מי שאינו מורשה על ידי הרשויות המוסמכות לעסוק כרופא שיניים /שיננית.</p>	8.1
<p>מבלי לגרוע מהאמור לעיל ובנוסף, תהיה המבטחת פטורה מחבות בכל אחד מהמצבים הבאים:</p> <p>8.2.1 הוצאות שהוציא המבוטח עבור טיפול שיניים מעבר לנקוב בפוליסה זו .</p> <p>8.2.2 טיפולים שבוצעו במבוטח מעבר לתוכנית הטיפולים אשר אושרה על ידי המבטחת.</p> <p>8.2.3 הוצאות ו/או טיפולים אשר אינם נכללים בפוליסה זו.</p> <p>8.2.4 תרופה שהמבוטח נזקק לה בקשר לטיפול השיניים.</p> <p>8.2.5 הוצאות ו/או טיפולים אשר לגביהם נתן המבוטח מידע כוזב או פעל בדרך של רמיה.</p> <p>8.2.6 המבטח אינו אחראי לכל מחדל או נזק שנגרם למבוטח עקב טיפול שיניים שנעשה אצל רופא הסכם או רופא פרטי.</p> <p>8.2.7 טיפולים שנעשו שלא ע"י רופא שיניים למעט טיפול להסרת אבנית.</p>	8.2
<p>אחריות המבטחת לתשלום בגין טיפולים פרוטטים בהגשת תוכנית טיפולים ע"י המבוטח ובצרוף צילומים לפני ואחרי הטיפול ובאישורה המוקדם של המבטחת לביצוע התוכנית.</p>	8.3
<p>המבטחת מתחייבת להחזיר אישור עבור תכנית טיפול שנשלחה ואשר אליה צורפו כל המסמכים בתוך 7 ימי עבודה. לרבות העברה באמצעות האינטרנט על ידי נותן השירותים שבהסכם עם המבטחת.</p>	8.4

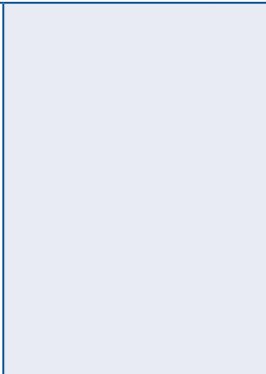
<p>המבטחת מתחייבת לעבוד עם רופאי ההסכם בתקשורת דרך האינטרנט לצורך העברת תביעות, בקשה לאישורים מראש, קבלת אישורים מהמבטחת, סריקה ושליחת צילומי רנטגן לפני ואחרי טיפול. בקשות ותביעות שישלחו דרך האינטרנט יטופלו לא יאוחר מ- 7 ימי עבודה מיום שליחת הבקשה או התביעה.</p>	8.5
<p>כל טיפול משמר, פריודונטי, פרוטטי, השתלות שיניים ואורטודונטיה המוגדר ברשימת הטיפולים בפוליסה זו, יינתן פעם אחת בתקופת הביטוח בכל משטח, בכל שן או בכל לסת לפי סוג הטיפול, אלא אם כן מצוין אחרת.</p>	8.6
<p>השגות של מבטחים ו/או של בעל הפוליסה ובהתעורר מחלוקת בעניין דרכי הטיפול הרפואי במקרה ביטוח, לרבות תלונות בדבר אישור או אישור תהיה דעתו המקצועית של היועץ הרפואי הדעה הקובעת.</p>	8.7
<p>במקרים של כשל בטיפול הרפואי, רשאי היועץ הרפואי בשיתוף נציג המבטח לאשר טיפול חוזר, אם וככל שהטיפול החוזר אינו נובע מעבודה לקויה של רופא השיניים ו/או חומרים לקויים ו/או מטעמים אסתטיים של הטיפול ו/או אי עמידה בתנאים לתחזוקה שוטפת של הטיפול מצד המבטח, לרבות היגינה אוראלית/ דנטלית לקויה, מחלות חניכיים פעילות, נטילת תרופות בעלות השפעה על בריאות הפה והחניכיים, עישון מאסיבי, סכרת, איכות עצם גרועה.</p>	8.8

9 שינויים בהסכם במהלך תקופת הביטוח

במידה ובמשך תקופת הביטוח יחולו שינויים מהותיים בענף ביטוחי השיניים, ו/או חידושים וגישות טיפוליות חדשניות, יוכל בעל הפוליסה - במסגרת הסביר - לבקש לעדכן את כתב הכיסוי כך שיכיל את אותם שינויים, בכפוף לתוספת פרמיה אשר תוסכם מול המבטחת. מוסכם בזאת כי אם יחזק חוק שיבטיח ריפוי שיניים במסגרת ממלכתית, מעבר לכיסוי הקיים במסגרת חוק ביטוח ממלכתי בתחילת ההסכם הנוכחי, יבדקו הצדדים את המסגרת הנאותה להמשך קיום הסכם זה באופן שתינתן לבעל הפוליסה אופציה לסיום הסכם זה.

10 טיפולי שיניים לילדים במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי

קיימים שירותים מסוימים בתחום רפואת השיניים עבור ילדים בסל הבריאות מכח חוק ביטוח בריאות ממלכתי (נכון למועד הפוליסה, המדובר בטיפולי שיניים משמרים לילדים עד גיל 16). שירותים כאמור עשויים להיות חופפים לכיסויים מסוימים בפוליסה.



1 הגדרות בנספח זה	
1.1 טיפול שיניים משמר	כל הטיפולים והשירותים הרפואיים המפורטים בסעיף 2 להלן.
1.2 טיפול שיניים פריודונטי	כל הטיפולים והשירותים הרפואיים המפורטים בסעיף 3 להלן.
1.3 טיפול שיניים פרוסטי	כל הטיפולים והשירותים הרפואיים המפורטים בסעיף 4 להלן.
1.4 טיפול השתלות שיניים	כל הטיפולים והשירותים הרפואיים המפורטים בסעיף 5 להלן.
1.5 טיפול אורטודנטי	כל הטיפולים והשירותים הרפואיים המפורטים בסעיף 6 להלן.
2 טיפול שיניים משמר	
א. אבחון	
2.1 בדיקה ראשונית	מתבצעת קודם להתחלת הטיפול וכוללת מילוי של - טופס בדיקה ראשונית, צילומי נשך, רישום כל הממצאים הדנטליים והאורליים, רישום פרטים הנוגעים לבריאות הכללית של המבוטח ואשר יכולים להיות להם השלכה על הטיפול הדנטלי וכן תוכנית טיפולים עפ"י תנאי הפוליסה. בדיקה ראשונית תכוסה אחת לתקופת ביטוח.
2.2 בדיקה שגרתית/ תקופתית	בדיקה שגרתית של מצב הפה, איתור - מוקדי עששת ופתולוגיים ומעקב אחרי טיפולים שבוצעו. בדיקה תקופתית תכוסה אחת פעם אחת בכל 6 חודשים. כמו כן, בכפוף לאישור היועץ הרפואי או על פי הפניית המבטח, תכוסה בדיקת מומחה לקבלת ייעוץ ו/או "חוות דעת שניה" (SECONDED OPINION).
2.3 צילומי רנטגן	צילומי הרנטגן יבוצעו בכפוף להפניית הרופא המטפל. חבות המבטח בגין הצילומים מותנית בקבלתם בפועל או באמצעים אינטרנטיים. 2.3.1 צילום פנורמי או צילום סטטוס - יעשה ע"י הפנייה של הרופא המטפל. מוגבל ל - 2 פעולות סה"כ לתקופת ביטוח, למעט צילומים נוספים באישור היועץ הרפואי. צילום פנורמי או צילום סטטוס לילדים מתחת לגיל 15 באישור מראש בלבד. 2.3.2 צילומי נשך - המבטחת תשלם החזר עבור - 2 זוגות צילומים לכל שנת ביטוח. 2.3.3 צילומים פריאפיקלים - צילומים המיועדים לאבחון (לא כולל צילומים הקשורים בעקירות וטיפולי שורש). כיסוי המבטחת מוגבל ל- 10 צילומים לכל שנת ביטוח. 2.3.4 צילום סיגרי - צילום המבוצע בזוית של 90 מעלות ללסת ומדגים את המשטח הלעיסה של השיניים בלסת ואת רקמות התמיכה הגרמיות שלה. ינתן כיסוי ל- 2 צילומים בתקופת ביטוח.

ב. מניעה	
2.4	ניקוי אבנית לילדים מתחת לגיל - 12 תאושר ישיבה אחת לניקוי אבנית בשנת ביטוח. טיפולים נוספים באישור היועץ הרפואי למבוגרים ולילדים מעל גיל 12 יאושרו 2 פעמים ניקוי אבנית בכל שנת ביטוח. ניקוי מלא של הפה אינו מותנה במספר הישיבות. למעט ישיבות נוספות בהפניית פריודונט ובאישור מראש.
2.5	טיפול בפלואוריד לילדים עד גיל 16 בלבד ופעם אחת בשנת ביטוח.
2.6	איטום חריצים יעשה במשטחי הלעיסה בשיניים קבועות 4, 5, 6, 7, לילדים עד גיל 14. המבטחת תכסה איטום אחד לכל שן לשנת ביטוח.
2.7	שומר מקום יאושר אחד ללסת לתקופת ביטוח עד גיל 13.
ג. סתימות	
2.8	כאשר בשן אחת קיים נגע ימים של עששת, שחזור הנגעים באותה ישיבה ייחשב כסתימה אחת - בין אם הסתימה בין הנגעים המשכית ובין אם לאו.
2.9	הכיסוי הביטוחי הינו לסתימה אחת לכל שן בכל 2 שנות ביטוח.
2.10	סתימה אשר נעשתה אצל רופא הסכם ונשברה או נפלה ויש לחדשה בתוך שנה, תעשה על חשבון הרופא המטפל. במידה ולא ניתן לבצע את הסתימה אצל רופא ההסכם, יוכל המבוטח באישור היועץ הרפואי לבצע את הסתימה במסגרת אחרת.
2.11	הכיסוי הביטוחי הינו לסתימה אחת לכל שן בכל 2 שנות ביטוח.
2.12	סתימה מחומר מורכב (לבנה) מכוסה סתימה כאשר הצורך בה היא פגיעה עששתית בחומר השן. בשיניים קדמיות (בין ניבים) יכוסו מקסימום סתימה אחת בכל שן בכל 2 שנות ביטוח. ינתן כיסוי מלא לסתימות בשיניים קדמיות ואחוריות. סתימות לבנות בשיניים אחוריות יבוצעו אך ורק ע"י חומרים מרוכבים המתאימים לשחזורים אחוריים.
2.13	השלמת כותרת תכוסה במצב שבו חסר החלק החותר בשיניים 23-13 43-33. הטיפול יכוסה אחת לכל שן קדמית בתקופת ביטוח.
2.14	סתימה עם פינים יאושרו פינים לסתימה, ובתנאי שהם פינים פרה פולפריים.
2.15	סתימה זמנית סתימה זמנית אינה מכוסה במסגרת פוליסה זו.
2.16	סתימה לאחר טיפול שורש תאושר רק במידה והיא עונה על הקריטריונים של שיחזור תפקודי השן. אינה מחוזקת ע"י פיני דנטוס ודומיו ותהווה את השחזור הסופי של כותרת השן. במידה ומתוכנן לבצע כתר על השן מוך פרק זמן של 4 חודשים, לא ישולם עבור הסתימה. ואם בוצע התשלום - יקוזז מחירה מההחזר לרופא / מבוטח.

	ד. כתרים טרומיים
יאושרו כתרים טרומיים בשיניים קבועות וחלביות .	2.17 כתרים טרומיים
יאושרו כתרים טרומיים גם למבוגרים, כתחליף לשיקום בכתר קבוע.	2.18
	ה. טיפולים במוך השן
טיפול שורש מכוסה במסגרת הביטוח מכל סיבה שהיא - אם הוא תוצאה ישירה מפגיעה כלשהיא ב"עצב" (במוך השן) אשר גרמה לדלקת מוך השן, נמק או מורסה.	2.19 טיפולי שורש בשיניים קבועות
בכלל זה יכוסה הטיפול אם הצורך נגרם גם עקב פגיעות עששתיות, פריודונטליות, פגיעות במסעף, פגיעות מטראומה אוקלואסאלית, חבלה, שחיקה, למטרות שיקום ואחרות.	
בנוסף יכוסו טיפולי שורש בשיניים שעברו השחזה או שלאחר הרכבת הכתרים התפתחה בשן דלקת, נמק או מורסה.	
2.19.1 כל מבוטח זכאי לטיפול שורש אחד בכל אחת משיניו הקבועות בתקופת הביטוח.	
2.19.2 הטיפול כולל: הוצאת מוך השן במלואו, ניקוי, הרחבה, שיוף ושטיפת תעלות השורש, מילוי התעלות בחומר מילוי קבוע ובכלל זה ניקוז מורסה דרך השן, שטיפות בחומרים שונים וסתימת השן בחומר סתימה זמני.	
2.19.3 תנאי מוקדם לתשלום בגין טיפול שורש הוא צירוף צילומי רנטגן פריאפיקליים של השן בה מבוצע הטיפול, אחד שלפני הטיפול והשני של סיום טיפול השורש במלואו.	
2.19.4 יכוסו טיפולי שורש בשיני חלב כתוצאה מפגיעה עששתית, או סיבה רפואית אחרת.	
כל מבוטח זכאי לטיפול של חידוש טיפול שורש בכל אחת משיניו הקבועות אשר עברו טיפול שורש בתקופת הביטוח או לפני תקופת הביטוח, במידה וקיים צורך רפואי כגון: הדגמה רנטגנית ו/או תלונה קלינית ו/או הטיפול אינו עומד בסטנדרטים המקובלים ו/או מכל סיבה רפואית אחרת.	2.20 חידוש טיפול שורש
2.20.1 לכל תביעה בגין חידוש טפול שורש יש לצרף צילום אחד לפני החידוש (המראה את טיפול השורש הישן) וצילום שני של סיום טיפול השורש החדש.	
2.20.2 יש לקבל את אישור המבטח לפני תחילת הטיפול.	
2.20.3 על אף האמור לעיל, במצב חירום, המלווה בנפיחות או כאב י'היה זכאי המבוטח להתחיל בטיפול מיידיית והמבטח ישלם את הטיפול.	
במקרים בהם הרופא המטפל אינו מבצע את הטיפול והוא מפנה לרופא מומחה לטיפול שורש (אנדודנט), אזי תוספת השיפוי בגין טיפולי השורש או חידוש טיפול השורש שאושר ובוצע אצל מומחה תהא בשיעור 50% מעבר לנקוב בטבלת ההחזרים. ביצוע הטיפול אצל רופא מומחה יאושר גם במקרים הבאים: 1. קיים מבנה שבור בתעלת השורש.	2.21 טיפול שורש/ חידוש טיפול שורש אצל מומחה

<p>2. טיפול השורש הינו בשינים בינה. 3. קיימת הסתיידות של תעלות ו/או תעלות השן; 4. תעלת השן כפופה עם חשש לפרפורציה. 5. מכל סיבה רפואית. הטיפול אצל מומחה בביצוע חידוש טיפול שורש יועבר לאישור המבטח בכפוף למכתב מהרופא המטפל המסביר את הצורך הרפואי בביצוע הטיפול אצל מומחה.</p>	
<p>בשיני חלב יאושר קיטוע מוך חי (פולפטומי) אחד לכל שן חלב בתקופת הביטוח. הכיסוי עבור קיטוע מוך כולל גם צילומים, לא כולל סתימה קבועה. במקרים מיוחדים יאושר טיפול שורש בשיני חלב (באישור היעוץ).</p>	<p>2.22 פולפטומי בשיני חלב - קיטוע מוך חי</p>
1. טיפולים כירורגיים	
<p>אין הגבלה במספר העקירות למבוטח. העקירה מכוסה באם היא נדרשת בשל הרס נרחב של כותרת השן ללא אפשרות שיחזור. תאושר עקירה לצורך טיפול אורתודנטי לפי החלטת הרופא המטפל.</p>	<p>2.23 עקירה רגילה</p>
<p>הוצאת שן כמחייבת הפשלת מטלית רקמה רכה, הורדת עצם מכתשית ותפרים. ההחזר כולל בין השאר צילום וטיפול לפני ואחרי העקירה.</p>	<p>2.24 עקירה כירורגית או עקירת שן כלואה</p>
<p>חיתוך ברקמה רכה כולל הפשלת מטלית, סילוק עצם מכתשית סתימה רטרוגרדית במידת הצורך, תפרים וטיפול לפני ואחרי הקיטוע. ההחזר כולל צילומים. ההחזר בסעיף זה מוגבל לפעם אחת בתקופת הביטוח לכל שן.</p>	<p>2.25 קיטוע חוד השן - (APICOECTOMY)</p>
<p>שן חלב שטופלה ושולם עבורה החזר ויש לעקרה בתוך שלושה חודשים, תעקר ע"י רופא המטפל ללא קבלת החזר נוסף מהמבטחת. במקרה כזה המבוטח לא יהיה זכאי להחזר עבור העקירה.</p>	<p>2.26 עקירת שן חלב</p>
<p>חיתוך ברקמה רכה כולל הפשלת מטלית, סילוק העצם, תפרים וטיפול לפני ואחרי קיטוע השורש. ההחזר כולל צילומים.</p>	<p>2.27 המיסקציה</p>
<p>יאושר ניקוז מורסה במידה והוא אינו חלק מטיפול שורש או עקירה אשר עבורם תשלם המבטחת החזר. ניקוז מורסה בשיני חלב תשולם כעזרה ראשונה בלבד. ניקוז מורסה ממקור פריודונטלי אינו מכוסה במסגרת זו אלא במסגרת הביטוח הפריודונטלי.</p>	<p>2.28 ניקוז מורסה</p>
<p>יאושר כיפוי מוך השן למבוגרים ולילדים, במקרים של עששת עמוקה. הכיסוי עבור כיפוי מוך השן כלול במחיר הסתימה.</p>	<p>2.29 כיפוי מוך השן</p>
<p>יכוסו עקירות שתלים בין אם השתלים אושרו ושולמו ע"י המבטח בתקופת הפוליסה ובין אם לא.</p>	<p>2.30 עקירת שתלים</p>
<p>במקרים בהם הרופא המטפל אינו מבצע את העקירה ומפנה את המבוטח לביצוע הטיפול לרופא מומחה, ההחזר בגין הטיפול יהיה בשיעור 50% מעל לניקוב בטבלת החוזרים.</p>	<p>2.31 ביצוע עקירות ע"י מומחה לכירורגיה</p>

<p>במקרה של דלקת עצם המכתשית לאחר עקירת שן, ובתנאי שהטיפול בה כולל יותר מ- 2 ישיבות טיפול. יש לצרף צילום שלאחר העקירה המוודא שלא נשארה שארית שורש או שברי עצם במכתשית.</p>	<p>2.32 מכתשית יבשה (DRY - SOCKET)</p>
<p>משמעותה: טיפול לשיכוך כאבים ובתנאי שהוא אינו חלק מטיפול שעבורו ידרוש המבוטח החזר.</p> <p>במסגרת סעיף זה יוכרו הפעולות הבאות לצורך שיכוך כאבים:</p> <p>2.33.1 פריקורוניטיס.</p> <p>ANUG.</p> <p>הרפס.</p> <p>פפיליטיס עקב דחיסת מזון.</p> <p>הורדת נקודות לחץ של תותבות.</p> <p>הדבקה זמנית של שחזורים.</p> <p>מצבים דלקתיים חריפים.</p> <p>2.33.2 לא יכוסו יותר מ- 3 טיפולים בשנת ביטוח.</p> <p>2.33.3 עזרה ראשונה מסיבות שאינן מפורטות מעלה, בתנאי שהמתרפא הגיע לטיפול עזרה ראשונה ולא זומן מראש ובכפוף לקבלת מכתב מהרופא המטפל.</p>	<p>ז. עזרה ראשונה</p> <p>2.33 עזרה ראשונה</p>
<p>המבטחת תכסה הוצאות הרדמה כללית בילדים ומבוגרים לצורך טיפול שיניים ובהשתתפות עצמית בגובה 50%, פעם אחת למבוטח בתקופת הביטוח. הכיסוי יינתן בבי"ח או מוסד רפואי מוכר, בכפוף לאישור מראש של המבטחת.</p>	<p>ח. הרדמה כללית</p> <p>2.34</p>
<p>3 פעמים בשנת ביטוח יינתן כיסוי לטיפול בגז צחוק, לילדים בלבד. הטיפול יעשה באופן פרטי בלבד בכפוף לאישור מראש של המבטחת.</p>	<p>ט. טיפול בגז צחוק</p> <p>2.35</p>
<p>ילדים בגיל 5-16, המבוטחים במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי והזכאים לקבלת טיפולי שיניים משמרים ואשר מבוטחים במסגרת הפוליסה, יהיו זכאים לקבלת החזר בגין ההשתתפות העצמית אשר תשולם למרפאות השיניים של קופות החולים. החזר כאמור לעיל יינתן בכפוף להצגת אסמכתא המעידה על תשלום ההשתתפות העצמית. יובהר כי ההחזר בגין כל טיפול לא יעלה על סכום ההשתתפות העצמית המוגדר בחוק.</p>	<p>י. טיפול שיניים לילדים במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי</p> <p>2.36</p>
<p>החלקת עצם מקומית/החלקת רכס, פעולה כירורגית פרה פרוטטית לשיפור אי רגולריות בעצם כהכנה לתותבת מיידית או לתותבת עתידית קבועה. הזכאות הביטוחית הינה אחת לשלוש שנים ללסת. פעולה זו מבוצעת בסקסטנטים לפי חלוקה 1/6 פה.</p>	<p>יא. טיפולים כירורגיים נוספים אלבאופלסטיקה</p> <p>2.37</p>

2.38	פרנקטומי	פירושו חיתוך הפרנום, לשחרור הרקמות הרכות שנמשכות ויוצרות בעיה פריודונטלית או פונקציונלית. הזכאות הביטוחית הינה אחת לשלוש שנים.
2.39	הוצאת אבן מצינור בלוטת הרוק	במידה ובלוטת הרוק נחסמת עקב אבנית יכוסה הטיפול הנ"ל. הטיפול מוגבל לאחת לשלוש שנות ביטוח.
2.40	ביופסיה	תכוסה הוצאת רקמה מחלל הפה ע"י פעולה כירורגית, ובתנאי שיבוצע ע"י מומחה לכירורגית פה ולסת ו/או פריודונט מומחה ויאשר אחת לשלוש שנות ביטוח. כמו כן, תכוסה בדיקת הרקמה במעבדה.
יב. הבהרת שיניים		
2.41	הבהרת שיניים ויטליות	כיסוי 1 ללסת בתקופת הביטוח באופן פרטי בלבד בהשתתפות עצמית של 30% לא נדרש אישור מראש.
2.42	הבהרת שיניים לא ויטליות	כיסוי 1 לשן לתקופת הביטוח באופן פרטי בלבד. בהשתתפות עצמית של 30% לא יינתן כיסוי למבנה בשן זו.
יג. הוראות כלליות		
2.43		אלחוש מקומי נכלל במחיר הטיפול. תרופות - תרופות אשר על המבוטח לקחת לפני, במשך או לאחר הטיפול, אינן נכללות במסגרת הביטוח והוצאותיהן חלות על המבוטח.
טיפולים ו/או הוצאות שלא פורטו לעיל אינם מכוסים במסגרת פוליסה זו.		
3 טיפולים פריודונטליים		
א. הוראות כלליות		
3.1		טיפולים פריודונטליים יכוסו על ידי מומחים למחלות חניכיים בעל תעודת מומחיות מטעם משרד הבריאות הישראלי, או ע"י רופאים מורשים שהוכרו ע"י המבטחת.
3.2		טיפולים כירורגיים דורשים אישור מראש של המבטחת לכל טיפול בנפרד.
3.3		הטיפולים יכוסו למבוטחים מעל גיל 21 בלבד. במידה ומתבצע טיפול שמרני בחניכיים כגון ניקוי אבנית, קיורטז' עמוק, הקצעת שורשים (ROOT PLANING), יש להתיר זמן של כחודש לריפוי ולבצע הערכה מחדש של הצורך בניחות מלא או חלקי בפה. יכוסו טיפולי חניכיים הן באזורים בהן קיימות שיניים טבעיות והן באזורים המשוקמים ע"י שתלים.
ב. מניעה - הטיפולים המכוסים		
3.4	בדיקה פריודונטלית	רשום מלא של הממצאים הדנטליים, רישום עומק כיסים וניידות שיניים, רישום מצב הפה ומילוי תוכנית הטיפולים תכוסה - בדיקה ראשונית אחת בתקופת ביטוח ובנוסף ביקורת שלאחר טיפול כירורגי אחת לשנה.

<p>בנוסף לניקוי אבנית במסגרת הביטוח המשמר, יכוסו 2 ניקויי אבן נוספים לכל שנת ביטוח, במסגרת הטיפול הפריודונטלי המונע במרפאת הפריודונט בלבד.</p>	<p>3.5 ניקוי אבן על ידי שינינית/רופא</p>
<p>פעולה הכרחית במניעה ותחזוקה שוטפת, שמטרתה הסרת הרובד הבקטריאלי, האבנית וצמנטום פגוע ממשטחי השורש. פעולה זו יכולה להיות טיפול סופי בשלבים שונים וכן חלק מפעולה לפני כירורגיה.</p> <p>פעולה זו יכולה להתבצע, קואדרנטים או בכל הפה, ותיכן אפשרות של חזרה על הפעולה תוך שילוב הרדמה מקומית. הדיווח יעשה לפי רבע פה.</p> <p>טיפול זה חייב להתבצע ע"י פריודונט, מותנה בקבלת ממצאי הבדיקה אולם ומחייב התייעצות מוקדמת. הכיסוי פעמיים בתקופת ביטוח לכל רבע פה.</p>	<p>3.6 הקצעת שורשים - ROOTPLANING</p>
<p>פעולה כירורגית שמטרתה הסרת הרקמה הרכה בכיס החניכיים. ברוב המקרים פעולה זו מבוצעת במהלך הקצעת השורשים. פעולה זו יכולה להתבצע בסקסטנטים, קואדרנטים או בכל הפה. הדיווח יעשה לפי רבעי פה, טיפול זה חייב להתבצע ע"י פריודונט, מותנה בקבלת ממצאי הבדיקה אולם אינו מחייב התייעצות מוקדמת. ביצוע הטיפול מותנה בקבלת ממצאי בדיקה ראשונית.</p>	<p>3.7 קיורטג'</p>
<p>ג. כירורגיה פריודנטלית</p>	
<p>ניתוח כריתת חניכיים או ניתוח מטלית או ניתוחי מטלית כולל ניתוחי השתלת עצם והשתלת חניכיים.</p> <p>יכוסה ניתוח אחד לכל אחד מרבעי הפה, פעם אחת בתקופת הביטוח.</p>	<p>3.8</p>
<p>הטיפול כולל: אלחוש מקומי, תפרים, תחבושת פריודונטית וכל הדרוש לביצוע וסיום מוצלח של הטיפול. בנוסף, הטיפול כולל, הדרכה והסברה ויעוץ לפני ואחרי הטיפול, הוצאת תפרים, מתן מרשמי תרופות ו/או תעודה רפואית וביקורת לאחר הטיפול.</p>	<p>3.9</p>
<p>הטיפול יאושר רק כאשר קיימת תחלואה פריודונטית ברקמות הרכות ורקמות התמיכה של השן המחייבת התערבות כירורגית וכאשר בוצע טיפול שמרני ועבר זמן של לפחות 3 חודשים מסיום הטיפול השמרני לפני שנקבע הצורך בטיפול פריודונטי. במידה ויש בקשה לקצר את התקופה מסיום הטיפול השמרני יובא העניין להחלטת היועץ הרפואי.</p>	<p>3.10</p>
<p>טיפול זה חייב להתבצע ע"י פריודונט, מותנה בקבלת ממצאי הבדיקה ומחייב התייעצות מוקדמת.</p>	<p>3.11</p>
<p>מכוסה החדרה כירורגית של תרופות (כגון אמדוג'ין) המעודדות שיקום גרמי של רקמות תומכות שיניים בעת מחלת חניכיים מתקדמת. הגבלת המבטח הנה לניתוח אחד לרבע פה בתקופת ביטוח.</p> <p>הטיפול כולל: אלחוש מקומי, החדרת התרופה, תפרים, תחבושת פריודונטלית וכל הדרוש לביצוע וסיום משביע רצון של הטיפול.</p>	<p>3.12</p>

<p>כמו כן כולל הטיפול, הסברה ויעוץ לפני ואחרי הטיפול בכלל זה הוצאת תפריים, מתן מרשמי תרופות ו/או תעודה רפואית וביקורת לאחר הטיפול. הטיפול יאושר רק כאשר קיימת תחלואה פריודונטלית ברקמות הרכות ורקמות התמיכה של השן המהוות אינדיקציה לביצועו.</p> <p>הכיסוי בפרק זה הוא אלטרנטיבי לכיסוי בפרק ג "כירורגיה פריודונטלית" לעיל. בשום מקרה לא יכוסו ניתוחי חניכיים כאמור לעיל כאשר יכוסה טיפול של החדרה כירורגית של תרופות.</p>	
ד. טיפול פריודונטלי תחזוקתי	
<p>טיפול הכולל בדיקה וניקוי אבן המתבצע בעקבות טיפול אקטיבי ולאחר סיום הטיפול הכירורגי. יכוסה טיפול המתבצע במרפאתו של הפריודונט המטפל אשר עם הניקוי יבצע בדיקה כחלק מהטיפול שבוצע ושולם.</p> <p>הבדיקה תתבצע אחת לתקופת ביטוח ולפחות 6 חודשים לאחר גמר ביצוע ניתוח כירורגי.</p>	3.13
ה. ניקוז מורסה ממקור פריודונטלי	
<p>פעולה אשר הינה במסגרת נפרדת מתוכנית הניתוחים ומבוצעת במסגרת נפרדת מתכנית הטיפול הפריודונטית. מוגבל לטיפול אחד ללסת לתקופת ביטוח.</p>	3.14
ו. סד מחומר מורכב /אמלגם	
<p>פעולה תוך או חוץ כותרתית לקיבוע של שיניים עם חומר בעזרת חוטים מתכתיים או שימוש בשיטת הצריבה בחומצה וחומר מורכב. מוגבל לטיפול אחד ללסת לתקופת ביטוח.</p>	3.15
ז. סד לילה	
<p>מכשיר שמטרתו למנוע לחץ ממוקד על שיניים בודדות במהלך היום או הלילה.</p> <p>מכשיר זה הינו חלק מטיפול פריודונטי או למטרת פתרון בעיות סגר. הטיפול יאושר גם ע"י רופא שיניים כללי. יינתן טיפול אחד למבוטח בתקופת ביטוח.</p>	3.16
ח. הארכת כותרת	
<p>פעולה כירורגית המתבצעת כשלב להכנה שיקומית. יינתן כיסוי לטיפול גם ע"י רופא שיניים כללי. הכיסוי יינתן פעם אחת לכל שן בתקופת ביטוח.</p>	3.17
ט. החלקת עצם מקומי/החלקת רכס	
<p>פעולה כירורגית פרה-פרוטטית לשיפור אי רגולריות בעצם.</p>	3.18 אלבאולופלסטיקה
<p>במקרים בהם יש צורך בטיפול חניכיים סביב שתלים כגון הסרת אבנית או הקצעות שורשים, יאושרו הטיפולים בהתאם לזכאות במשנן טבעי.</p>	3.19
<p>החדרת תרופות לכיס פריודונטי (צ'יפ פריודונטי) יכוסו 2 טיפולים לשן בתקופת ביטוח.</p>	3.19 טיפולים בהחדרת תרופות מקומיות מכל סוג לכיסים פריודונטלים

<p>3.20.1 בניית עצם: תכוסה השתלת עצם או עיבוי ע"י עצם או תחליפי עצם - סינתטיים. תאושר השתלת עצם אחת לכל רבע פה, לצורך ביצוע שתלים, בתקופת ביטוח.</p> <p>3.20.2 הרמת סינוס: תאושר הרמת סינוס כולל עלות העצם לכל סינוס אחת - לתקופת ביטוח. הטיפול יאושר לביצוע גם אצל כירורג פה ולסת ו/או ע"י רופא מורשה מטעם המבטח.</p> <p>טיפולים אלו ישולמו בתביעה פרטית בלבד גם אם הטיפולים בוצעו במרפאת הסכם וההחזר יהיה עפ"י המפורט בלוח ההחזרים (אלא אם יובהר אחרת בפניה למבטח).</p>	<p>3.20 ניתוחים תומכים לצורך ביצוע שתלים הרמת סינוס והשתלת עצם</p>
---	---

4 טיפולים משקמים (טיפולים פרוטטיים)

כללי

1. יש לסיים את כל הטיפולים המשמרים (עקירות, טיפולי שורש, סתימות, ניקוי אבן, וכו') לפני התחלת הטיפול הפרוטטי.
 2. המבטח יכסה הוצאות טיפולים משקמים (פרוטטיים) למבטחים מעל גיל 21 בלבד.
 3. יכוסו טיפולים משקמים (פרוטטיים), אשר הצורך בביצועם הוא תוצאה של עקירות, טיפולי שורש, חידוש טיפולי שורש שבוצעו לפני ו/או במהלך תקופת הביטוח או שאושרו על יד המבטח. טיפולים משקמים יאושרו גם מכל סיבה רפואית אחרת המחייבת שיקום כגון שחיקה של שיניים או חוסר שן נרחב או עקירה של שיניים נשירות או חסר מולד של שן כאשר השן הקבוע חסרה.
 4. מבלי לגרוע מכלליות האמור לעיל, תכוסה החלפת שחזורים (כתרים, גשרים, שתלים מבנים יצוקים וישירים, תותבות חלקיות נשלפות ותותבות שלמות).
 5. מבלי לגרוע מזכויות בעלי הפוליסה והמבטחים על פי חוזה זה על נספחיו, יכלול ביטוח השיניים כיסוי מלא עבור טיפולי העבר, ובכלל זה החלפת כתרים ע"ג שיניים טבעיות וע"ג שתלים, גשרים, מבנים תותבות קיימות מכל סוג ותיאור.
 6. כל מבטח יהיה זכאי לשיקום מלא ע"י כתרים, גשרים, מבנים, תותבות וכד' אחת לתקופת ביטוח.
- להלן הטיפולים המכוסים:

א. בדיקה ותכנית טיפולים

<p>המבטחת תכסה בדיקות פרוטטיות בתקופת הביטוח במסגרת הכיסוי המשמר.</p> <p>בכל בדיקה על הרופא לבצע רישום תוכנית מלאה של כל הממצאים הדנטליים זאת באמצעות הטופס הייעודי. תוכנית הטיפולים תוגש מראש לאישור המבטחת. ככל שקיימים מצבים רפואיים כדוגמת מחלות כרוניות אשר יש בהן להשפיע על הטיפול, יש לצייןם מראש על גבי הטופס.</p>	<p>4.1</p>
---	------------

ב. תותבת חלקית קבועה

חבות המבטחת על פי סעיף זה מותנית באופן מפורש בקבלת אישור מראש של המבטח.

<p>במסגרת זו יכוסו כתר או כתרים, אם כבודדים או כיחידה בגשר. על הרופא המטפל לציין באופן מפורש את מספרי השיניים המועמדות לשחזור, סוג וחומר השחזור המבוקש, ולצרף צילום סטטוס או פנורמי, או צילום פריאפיקלי של השיניים המאחזות, כל זאת לפני השחזת השיניים.</p>	<p>4.2</p>
--	------------

4.3	הכתרים המכוסים - כתר ויניר או כתר יצוק. כתר חרסינה עם או ללא בסיס מתכת.
4.4	התשלום עבור תותבת חלקית קבועה כולל את הכנת הפה והשיניים, עבודת המעבדה, מחיר החומרים והמתכת, מדידות, הכנסת התותבת לפה והדבקתה וההתאמות הדרושות לתפקוד מלא.
4.5	תותבת חלקית קבועה תשולם רק פעם אחת בתקופת הביטוח עבור כל שן.
4.6	החלפת שחזור קיים מכוסה בתנאי שקיים תהליך דלקתי/עששתי בשחזור המודגם בצילום רנטגן, או כאשר השחזור הקיים פגום, לפי שיקול דעתו של היועץ.
4.7	מכוסים כתרים עבור ויים של תותבת כאשר אין פתרון אחר.

ג. תותבת חלקית נשלפת

חבות המבטחת על פי סעיף זה מותנית באופן מפורש בקבלת אישור מראש של המבטח. הכיסוי לתותבות חלקיות נשלפות כדלקמן:

4.8	תותבת עליונה או תחתונה על בסיס שרף אקריל, כולל ויים ושיניים.
4.9	תותבת עליונה או תחתונה על בסיס מתכת כרום-קובלט, כולל ויים, משענות ושיניים.
4.10	ייתן כיסוי לביצוע תותבת זמנית - חלקית או שלמה, במקרים של עקירות או לפני שיקום ע"ג שתלים. הכיסוי יינתן לתותבת המשלימה מעל 3 שיניים. תותבת חלקית נשלפת תשולם רק פעם אחת בתקופת הביטוח עבור כל לסת.
4.11	תותבת חלקית זמנית מסוג "פליפר" - תאושר בעקירת שיני חזית.
4.12	ייתן כיסוי לתותבות המשמשות להגבהת המימד האנכי (VERTICAL DIMENTION).

ד. תותבת שלמה

פרושה תותבת משרף אקריל אשר מכסה במלואה לסת עליונה או תחתונה מחוסרת שיניים.

חבות המבטחת על פי סעיף זה מותנית באופן מפורש בקבלת אישור מראש .

4.13	יש לצרף את תוכנית הטיפולים על גבי טופס ייעודי ולציין את סוג ומיקום התותבת, ולצרף צילום פנורמי של המתרפא (לפני או אחרי עקירת השיניים אשר הביאו לצורך בתותבת השלמה) ולצרף חשבונית מעבדה בה צויין שם המתרפא וסוג העבודה שנעשתה.
4.14	מכוסה תותבת שלמה עליונה ו/או תחתונה - תותבת אחת לכל לסת בתקופת ביטוח. תותבת מיידית תחתונה תכוסה כשיקום זמני בעת ביצוע תותבת קבועה/ שיקום ע"ג שתלים כתותבת מעבר.

<p>תותבת מיידית שלמה או חלקית הנה תותבת מאקריל המהווה שלב זמני לפני ביצוע עבודת השיקום הסופית.</p> <p>א. עקירות מרובות בלסת אחת - ללא הגבלת מס' השיניים הנעקרות</p> <p>ב. פליפר במקרה של עקירות שיניים קדמיות.</p> <p>ג. עקירות מרובות לפני שתלים.</p>	<p>4.15</p>
<p>הכיסוי כולל הכנת הפה, עבודת מעבדה, מחיר החומרים, מדידות, התאמות, הכנסת התותבת לפה והבאתה לתפקוד מלא ונכון, לרבות ריפודים והתאמות כנדרש. הכיסוי כולל ביצוע התאמות עד ששה חודשים מיום הכנסת התותבת לפה.</p>	<p>4.16</p>
<p>תותבת על (OVER DENTURE) תכוסה כתותבת שלמה בתוספת לטיפול בשיניים המאחזות, לרבות טיפולי שורש, כיפות ומבנים יצוקים. או מחברים על גבי שתלים.</p>	<p>4.17</p>
<p>ה. תיקונים בתותבות חלקיות או שלמות</p>	
<p>להלן התיקונים המכוסים:</p> <p>4.18.1 תיקון שבר או סדק בתותבת - 3 פעמים ללסת בתקופת ביטוח.</p> <p>4.18.2 תיקון, החלפה או הוספת שן בתותבת - 1 לשן בתקופת ביטוח.</p> <p>4.18.3 הוספה או החלפת ווים - 3 פעמים ללסת בתקופת ביטוח.</p> <p>4.18.4 הלחמת תח"ל על בסיס מתכת - 3 פעמים ללסת בתקופת ביטוח.</p> <p>4.18.5 חידוש בסיס תותבת שלמה עליונה או תחתונה - 3 פעמים בתקופת ביטוח.</p> <p>4.18.6 ריפוד קשה (במעבדה או במרפאה) - 3 פעמים בתקופת ביטוח.</p> <p>4.18.7 ריפוד רך (במרפאה) - 3 פעמים בתקופת ביטוח.</p>	<p>4.18</p>
<p>המבטחת לא תשלם עבור ריפוד, החלפת בסיס תותבת, תיקון או תוספת כל שהיא של שיניים או ווים בתותבת חלקית או שלמה אשר שולמה על ידה, במשך 6 חודשים מיום הכנסת התותבת לפה.</p>	<p>4.19</p>
<p>לצורך הגשת תביעה בסעיף זה, יש להגיש טופס תביעה לטיפולים פרוטטיים, אשר בו צויין סוג התיקון ולצרף חשבונית מעבדה בה צויין שם המתרפא וסוג העבודה שנעשתה. במקרים מסויימים, בנוסף לאמור לעיל, תפנה המבטחת את המתרפא לבדיקה אצל הרופא הבודק.</p>	<p>4.20</p>

א. מבנה

חבות המבטחת על פי סעיף זה מותנית באופן מפורש בקבלת אישור מראש. יש לצרף את תוכנית הטיפולים ואשר בה מצויין מספר השן שבה עומדים לבצע את המבנה וסוג המבנה המבוקש, בצירוף צילום פריאפיקלי של השן. במקרה של מבנה יצוק, יש לצרף גם חשבונית מעבדה בה מצויין שם המתרפא וסוג העבודה אשר נעשתה.

4.21	יכוסו מבנים מהסוגים הבאים: מבנה יצוק. מבנה מיידי הכולל: פין מוכן מראש מסוג דנטטוס, פרהפוסט וכד'. מבנה על גבי שתל
4.22	יאושר מבנה בשן אשר קיים טיפול שורש אשר לא בוצע במסגרת הביטוח ואשר הצילום מראה כי אין תהליך מודגם בחוד השורש.
ז. החלפת שחזורים	
יכוסו הוצאות החלפת השחזורים בתנאים כדלקמן:	
4.23	בכל מקרה בו נעקרת שן/חלק שן, שתל מאחז/ת לגשר, יאושר גשר חדש.
4.24	החלפת כתר או גשר או מבנה, תאושר גם אם לא נעקרה שן או שיניים, במידה ונראית עששת בצילום רנטגן או באמצעי המחשה אחר המצריכה החלפת הכתר או הגשר או המבנה, ובמקרה בו יבוצע טיפול שורש ו/או חידוש לטיפול שורש בשן מאחזת לגשר או שן מכותרת בודדת.
4.25	החלפת כתר או גשר תאושר בנפילת חיפוי כתר/גשר וחסירת מתכת השחזור שאינה ניתנת לתיקון איכותי סביר, מעבדתי או אחר ובחשיפת שולי כתר או כתרים בשל נסיגת חניכיים או לאחר טיפול או ניתוח חניכיים שאינה ניתנת לתיקון בטיפול משמר.
4.26	החלפת כתר או גשר תאושר במידה ומתכת הבסיס נשברה כפוף להוראות הפוליסה.
4.27	החלפת תותבת חלקית נשלפת לתותבת שלמה, בעקבות עקירת שיניים תאושר בכל מקרה.
4.28	החלפת תותבת חלקית נשלפת בתותבת חלקית נשלפת חדשה, תאושר בכל מקרה בו אין אפשרות לתיקון התותבת הקיימת על ידי ריפוד, חידוש בסיס תותבת, הוספת שיניים או ווים, ו/או כל תיקון מעבדתי אחר אשר יביא את התותבת הקיימת למצב תקין ושמיש.
4.29	החלפת מבנה ישיר או יצוק תאושר כאשר בוצע חידוש טיפול שורש, שאושר ושולם על ידי המבטח.
4.30	במידה וחברת הביטוח אינה רואה בצורך לאשר הטיפול המבוקש, יובא המקרה להחלטת היועץ שיקבל החלטתו על בסיס הכיסוי הביטוחי בפוליסה והצורך הרפואי של המבוטח.
ח. סייגים והגבלות	
בנוסף לסייגים בפוליסה יחולו גם הסייגים והמגבלות הבאות:	
4.31	מכוסים חיבורים מדוייקים או חצי מדוייקים או טלסקופים.
4.32	טיפולים פריודונטיים הדרושים לביצוע טיפול פרוטטי (לדוגמה: הארכת כותרת, אלבאלופלסטיקה וכד') יכוסו במסגרת הטיפולים הפריודונטליים. לא ינתן כיסוי לטיפולים אורטודונטיים הדרושים לביצוע טיפול פרוטטי.

4.33	בהתעורר מחלוקת בעניין דרכי הטיפול הרפואי במקרה הביטוח, תהיה דעתו המקצועית של היועץ הדעה הקובעת.
4.34	ינתן כיסוי ל- 2 מחברים (גם כדוריים) ללסת בתקופת ביטוח.
4.35	בשיקום ע"ג שתלים - סוג השיקום (קבוע או נשלף) בהתאם לבקשת הרופא המטפל.
4.36	במקרים של כשל בטיפול הרפואי, בהם מתנער הרופא המטפל מאחריותו לאיכות הטיפול הקבועה בחוק, רשאי היועץ הרפואי בשיתוף נציג המבטח לאשר טיפול חוזר בהתאם להוראות סעיף 8.8 לתנאי הפוליסה.
4.37	<p>המבטחת תהיה פטורה מכיסוי ו/או שיפוי המבטוח בגין כל אחד מהמצבים הבאים:</p> <p>4.37.1 בגין טיפולים שאינם מפורטים ברשימות הטיפולים המשמרים והפרוטטיים במסגרת הכיסוי בפוליסה. קיבל מבטוח טיפול כאמור אצל רופא הסכם - מתחייב המבטוח לשלם לרופא את עלות הטיפול.</p> <p>4.37.2 בגין כל נזק שנגרם לגופו או לרכושו של המבטוח תוך כדי או עקב טיפול לקוי או רשלני שניתן לו ע"י רופא שיניים כל שהוא לרבות רופא הסכם.</p> <p>4.37.3 בגין תשלום עבור טיפולים פרוטטיים ושירותים פרוטטיים שהוחל בהם בטרם היות המבטוח מכוסה על פי פוליסה זו.</p> <p>4.37.4 בגין הוצאות שהוציא עבור טיפולים שבוצעו ע"י אדם שאינו רופא שיניים בהגדרתו בסעיף ההגדרות בפוליסה זו.</p>
4.38	תכוסה החלפת שחזורים (כתרים, גשרים, מבנים יצוקים וישרים), מחברים מדויקים, תותבות חלקיות נשלפות ותותבות שלמות) במידה וקיים צורך רפואי דנטלי להחלפתם. וכאשר לא ניתן על ידי תיקון מעבדתי להביאם למצב שמיש, כמפורט בפרק ז' החלפת שחזורים ובפרק ח' סייגים והגבלות, למעט שחזורים פרוטטים כנ"ל ששולמו ע"י המבטוח וטרם חלפו 7 שנים מביצועם.
4.39	לא יאושר שיקום המחבר בין שיניים טבעיות לשתלים.
4.40	אין כיסוי לביצוע גשר בחוסר רציף של יותר משלוש שיניים למעט חוסר רציף של ארבע חותכות קדמיות. אין כיסוי לגשר תלוי אחורי ו/או גשר תלוי המשחזר יותר משן אחת ו/או דיסטלית משיניים חמישיות.
4.41	כאשר קיים מצב של "אוכף חופשי" חד או דו צדדי, יכסה המבטוח תותבת חלקית נשלפת, או שיקום על גבי שתלים, למעט שילוב של השניים.
4.42	שחזורים זמניים (למשל כתרים או גשרים זמניים) כלולים בהחזר בגין השחזור הקבוע, ולא יכוסו בנפרד בכל מקרה, למעט תח"ל זמנית מאקרייל בעת עקירת שלוש שיניים ומעלה ו/או עקירת או אובדן שן/שיניים קדמית (פליפר).

המבטח לא ישלם שנית עבור תותבת ששולם עבורה על ידי החברה ואשר אבדה למתפרא מסיבה כלשהי.	4.43
שני כתרים בלבד ישמשו לשחזור השיניים המאחזות להשענות גשר ולתמיכה בשיניים התלויות למעט תוספת שן מאחזת נוספת באישור הרופא היועץ.	4.44
<p>4.45.1. במקרה של כתרים ע"ג שתלים יאושר השיקום ע"ג השתלים (כתרים ומבנים) ויאושר חלק ביניים אחד (כתר) תלוי בין שני שתלים.</p> <p>4.45.2. לא יאושר שיקום המחבר בין שיניים טבעיות לשתלים.</p> <p>4.45.3. תאושר "תותבת על" מבנים ומחברים כמספר השתלים המאושרים.</p> <p>4.45.4. תאושר "תותבת על" רוכבת יצוקה מבנים ומחברים כמספר השתלים המאושרים.</p> <p>4.45.5. תכנית הטיפול השיקומית תאושר יחד עם תכנית השתלים. במקרים בהם בעקבות השלב הכירורגי יש לבצע שינוי בתוכנית השיקומית, תוגש תוכנית מתוקנת לאישור מחדש.</p> <p>4.45.7. במידה וניתן לבצע תח"ק, תח"ל הבחירה לסוג השיקום בין גשר לבין שיקום ע"ג שתלים - בידי המבוטח.</p>	<p>4.45 שיקום על גבי שתלים</p>
<p>4.46.1. מכוסים טיפולי שיקום שיניים חסרות מלידה.</p> <p>4.46.2. יכוסה ביצוע מבנה מידי או יצוק בשן שטופלה בטיפול שורש לילד/ה מבוטח/ת, ובהשתתפות עצמית בשיעור 20%.</p> <p>יכוסה ביצוע כתר מבושל בשן שביצוע מבנה כוסה בה לילד/ה מבוטח/ת, בתקרת החזר 300 ש"ח ובהשתתפות עצמית בשיעור 20%.</p> <p>4.46.3. במקרים בהם אושר שיקום קבוע, יתווסף כיסוי לביצוע כתרים זמניים לתקופה של שנה, ללא כיסוי להחלפתם.</p> <p>4.46.4. יכוסו עד 2 מבנים ו 2 כתרים למבוטח ילד בגיל 18-21, שסובל מחוסר מולד של שיניים קבועות קדמיות ע"ג שתלי שן.</p> <p>4.46.5. מבוטח/ת שיבחרו לבצע שיקום ע"ג שתלי שן בלסת מחוסרת שיניים שאינו מכוסה ע"פ תנאי הפוליסה (מבנים וכתרים), יכוסו בנ"ל לשתלים שכוסו ובוצעו (עד 4 שתלי שן) השיקום יכוסה בתקרת החזר הניתנת בגין תותבת.</p> <p>4.46.6. בפרק החלפת שחזורים יתווסף כיסוי להחלפת שחזור שנכשל (על פי הקריטריונים הקיימים) לשחזור זהה לשחזור המוחלף, גם אם הוא מוחרג בפרק אחר בפוליסה. הכיסוי הינו בכפוף להחלטת היועץ הרפואי. פרק הזמן לכישלון יהיה בתום 3 שנים מהשלמת הטיפול האחרון וגם אם הטיפול בוצע בפוליסה קודמת.</p> <p>4.46.7. יתאפשר שיקום הקושר בין שיניים טבעיות לשתלי שן כאשר המצב הדנטלי מתווה זאת - באישור היועץ הרפואי.</p> <p>4.46.8. בביצוע שיקום בו נמצאת "שן תלויה" אחורית, יכוסה השיקום למעט השן ה"תלויה" - באישור היועץ הרפואי.</p>	<p>4.46 טיפולים נוספים בשיקום הפה</p>

4.46.9 הכיסוי לביצוע גשר קדמי ותח"ל באותה לסת יצורף לכיסויים הרגילים בפוליסה בכפוף לאישור היועץ (לא ע"ח הקרן לתביעות שלפנים משורת הדין).	
4.46.10 מכוסה החלפת שחזור ע"ג שתלים על פי הוראות פרק החלפת שחזורים, במסגרת הכיסויים הרגילים, בכפוף להחלטת היועץ הרפואי.	
4.46.11 טיפול משקם (פרוטטי) כתוצאה מעקירת שן חלב ו/או חוסר מולד של שיניים, מכוסה.	
4.46.12 טיפולים בעקבות חבלה או תאונה מכוסים למעט אם נמצאים בכיסוי ביטוחי קיים אחר.	
4.46.13 בביצוע תותבת חלקית להוצאה, עם מתן אישור לביצוע מחבר מדויק, ינתן גם כיסוי לביצוע כתר בשן המאחזת בה מתוכנן המחבר, בכפוף לתנאי הפוליסה	

5 שתלים

א. כללי

טיפול כירורגי של שתלים להלן "השתלה" יכוסה רק במידה ומצב העצם, הרקמות הרכות, מצב המנשך והסגר ניתנים לטיפול כמפורט להלן.
המבטחת תשלם החזרים בגין השתלה בגובה שלא יעלה על האמור בנספח ב' טבלת הגמלאות וזאת על פי התנאים הבאים:

5.1	כל הטיפולים והשירותים הכירורגיים של השתלות שיניים יבוצעו רק על ידי רופאים מומחים בכירורגית פה ולסת או בפריודונטיה, בעלי תעודת מומחיות מטעם משרד הבריאות לעסוק כמומחים בתחומים האמורים לעיל, למעט אם הוסכם אחרת על ידי המבטחת באופן מפורש.
5.2	יש לסיים את כל הטיפולים הפריודונטליים לפני התחלת הטיפול הכירורגי.
5.3	כאשר קיימת מחלה פריודונטלית מסוג MODERATE PERIODONTITIS או ADVANCED PERIODONTITIS, חייב המבוטח לקבל טיפול פריודונטלי לפני ההשתלות ע"י פריודונט מומחה מוכר ע"י משרד הבריאות, או רופא מורשה מטעם המבטחת לביצוע הטיפולים הנ"ל, כל עוד לא קיבל טיפול, ואושר בכתב ע"י הרופא המטפל האמור כי מחלתו נרפאה, לא יאושרו שתלים בפיו.
5.4	מבוטח המועמד לטיפול כירורגי של השתלה חייב לקבל אישור מראש מהמבטחת לביצוע הטיפול לפני שיבוצע טיפול כירורגי כלשהו, אותו זכאי המבוטח לקבל במסגרת הביטוח ועבורו הוא עשוי לבקש החזר כספי.
5.5	לצורך קבלת האישור מראש יגיש הרופא המומחה שבהסכם או הרופא מומחה שאינו בהסכם באמצעות המבוטח, רישום מפורט של ממצאי בדיקת הפה (CHART) אשר בוצעה למבוטח. את התוכנית יש להגיש לאישור המבטחת בצירוף צילום או צילומים פריאפיקלים בודדים של כל השיניים הקיימות בפה (סטטוס דנטלי) בצירוף צילום פנורמי עדכני (עד 3 חודשים) שיבוצעו

<p>לפני הטיפול, המראים את רקמות התמיכה הגרמיות (העצם האלביאולרית) ואת אזור חוד שורש השן (אפקס) של השיניים שהרקמות סביבן תטופלנה.</p> <p>אין להתחיל בטיפול ההשתלה לפני קבלת אישור המבטחת.</p>	
<p>במידת הצורך יש להמציא צילום C.T. עדכני לצורך קבלת אינפורמציה מספקת על איכות העצם בלסת, וכפועל יוצא מכך, על אפשרות ההשתלה. כאשר המבטחת דורשת ביצוע צילום C.T. יכוסה הצילום ע"י המבטחת.</p>	5.6
<p>בתוך 7 ימי עבודה מקבלת החומר יקבל המבוטח את תשובת המבטחת לביצוע מלא או חלקי או דחייה של תוכנית הטיפולים המוצעת. באישור יפורט גם הסכום שיהיה עליו לשלם ישירות לרופא ההסכם או את סכום ההחזר ע"י המבטחת.</p>	5.7
<p>המספר המקסימלי של שתלים לאדם לתקופת ביטוח יהיה עד 4 שתלים ללסת בתקופת ביטוח (8 שתלים לשתי הלסתות). סכום השתתפות עצמית של המבוטח בטיפול כירורגי של השתלה או סכום ההחזר למבוטח הפונה לרופא פרטי מפורט בנספח הגמלאות לטיפולים כירורגיים של השתלות (נספח ב').</p>	5.8
<p>תוקף האישור מראש יפוג לאחר 12 חודשים במידה ולא החלו בטיפול מסיבה כלשהי, כדי לקבל הארכת תוקף יהיה על המבוטח לתת הסבר לסיבות שהביאו לאי התחלת הטיפול בתוך פרק זמן זה.</p>	5.9
<p>אין המבטחת אחראית לטיפולים כירורגיים המבוצעים ע"י הרופאים המומחים.</p>	5.10
<p>בשיקום ע"ג שתלים סוג השיקום קבוע או נשלף בהתאם לבקשת הרופא המטפל.</p>	5.11
<p>ב. הטיפולים המכוסים במסגרת השתלת שיניים</p>	
<p>המבוטח יהיה זכאי לטיפול כירורגי של השתלת שיניים בכפוף לתנאים הבאים:</p>	
<p>תוכנית הטיפול</p>	
<p>רישום מלא של הממצאים הדנטליים והאוראליים: רישום מצבים כללים הנוגעים לבריאות הכללית של המתרפא ואשר עשויה להיות להם השלכה על הטיפול הדנטלי - כירורגי, רישום מצב הפה ומילוי הטופס לתוכנית הטיפולים.</p> <p>כיסוי המבטח מוגבל לבדיקה ראשונית אחת בתקופת הביטוח ואחת לשנה לאחר ניתוח להחדרת שתלים.</p> <p>בקורת לאחר טיפול כירורגי (POST SURGICAL) תחשב כחלק מהטיפול ואינה כוללת תשלום נוסף.</p>	5.12
<p>כירורגיה של שתלים</p>	
<p>במקום כל שן שחסרה יהיה המבוטח זכאי להכנסה כירורגית של שתל שן לרקמת העצם והחניכיים.</p> <p>יכוסו עד 4 שתלים ללסת לתקופת הביטוח, בכפוף לכל הקריטריונים הקבועים בנספח זה.</p>	5.13

<p>5.14 הטיפול כולל: אלחוש מקומי, הפשלת מטלית רקמה רכה, הכנסת שתל/שתלים, תפרים, תחבושת פריודונטלית וכל הדרוש לביצוע וסיום משביע רצון של הטיפול.</p> <p>כמו כן כולל הטיפול את הכנת השתל לתחילת הטיפול הפרוטטי העוקב. הטיפול כולל גם הסברה ויעוץ לפני ואחרי הטיפול בכלל זה הוצאת תפרים, בקורת ביניים, טיפולי חירום הקשורים בתהליכי החלמה של השתלים, מתן מרשמי תרופות ו/או תעודה רפואית וביקורת לאחר הטיפול.</p> <p>חשיפה של השתל לאחר פרק זמן שנקבע להתאקלמות וקליטתו בעצם.</p>	5.14
<p>יכוסה טיפול החדרת שתל שן בודד בין שן/שיניים שאינן אינטקטיות. השתל ושיקומו יכוסו בהשתתפות עצמית בשיעור 50%. אישור הטיפול יהיה על פי קריטריונים רפואיים המקובלים על רופא החברה והרופא היועץ.</p>	5.15 שתלים במקום שיניים בודדות
<p>מספר השתלים שיאושר בפועל יהיה לפי תוכנית הטיפול שתאושר ע"י המבטח, לפי מצב הרקמות בלסת, ובשום מקרה לא יעלה על 4 שתלים בלסת אחת, למבטח לתקופת ביטוח.</p>	5.16 שתלים במקרה של חוסר שיניים מוחלט בלסת
<p>5.17.1 לא יאושרו יותר מ - 8 שתלים לכל הפה בתקופת הביטוח. בסמכות היועץ הרפואי וועדת חריגים לאשר 2 שתלים נוספים.</p> <p>5.17.2 יאושר שתל כאשר יש צורך של עיבוי רכס.</p> <p>5.17.3 צילום C.T. מכוסה בלסת עליונה ובלסת תחתונה, אחד ללסת בתקופת ביטוח. הצילום מכוסה לצורך ביצוע שתלים ובמידה שאושרו השתלים.</p> <p>5.17.4 בלסת בה אושרו שתלים, ושיקום על גבי שתלים, יהיה כיסוי להוצאות בגין תותבת חלקית נשלפת או שלמה (תותבת זמנית) בנוסף לכיסוי הוצאות שיקום על גבי שתלים.</p> <p>5.17.5 במקרים בהם יש צורך בטיפול חניכיים סביב שתלים כגון הסרת אבנית או הקצעות שורשים. יאושרו הטיפולים בהתאם לזכאות במשנן טבעי.</p> <p>5.17.6 ניתוחים תומכים לצורך ביצוע שתלים הרמת סינוס - והשתלת עצם</p> <p>1. בניית עצם: תכוסה השתלת עצם או עיבוי ע"י עצם או - תחליפי עצם סינתטיים. תאושר השתלת עצם אחת לכל רבע פה, לצורך ביצוע שתלים, בתקופת ביטוח.</p> <p>2. הרמת סינוס: תאושר הרמת סינוס כולל עלות העצם לכל - סינוס אחת לתקופת ביטוח. הטיפול יאושר לביצוע גם אצל כירורג פה ולסת ו/או ע"י רופא מורשה מטעם המבטח.</p> <p>טיפולים אלו ישולמו בתביעה פרטית בלבד גם אם הטיפולים בוצעו במרפאת הסכם וההחזר יהיה עפ"י המפורט בלוח ההחזרים (אלא אם יובהר אחרת בפניה למבטח).</p>	5.17 הגבלות וסייגים לחבות המבטח

<p>5.17.7 אלחוש מקומי נכלל במחיר הטיפול.</p> <p>5.17.8 לא יינתן כיסוי בגין תרופות מכל סוג שהוא אותן נוטל המבוטח או ניתנה המלצה רפואית לנטילת תרופה.</p> <p>5.17.9 במצב בו שתל בודד בוצע על חשבון המבוטח, יכוסה שיקום על גבי שתל בודד, בתנאי שהשתל בוצע ע"י רופא מומחה לכירורגית פה ולסת או פריודונטיה והועבר למבטח צילום סופי, לצורך אישור השיקום.</p> <p>5.17.10 תאושר החלפת שתלים, אשר לא שולמו ע"י המבטח בתקופת הביטוח הנוכחית, בהשתתפות עצמית בשיעור 50% עפ"י תקרת ההחזרים הנקובה בפוליסה ובכפוף לתנאי הפוליסה. ההחלפה תנתן ללא כיסוי לפעולת הוצאת השתל, השתלת עצם או כל ניתוח גרמי אחר.</p> <p>השתתפות עצמית בטיפול השתלים הדנטליים כמפורט לעיל, היא 50% ותפורט באישורים מראש מטעם המבטח.</p> <p>5.17.11 במעבר לחוסר שיניים מוחלט בלסתות משוקמות חלקית ע"י שתלי שן ושיקום קבוע, יינתן כיסוי להחדרת שתלים נוספת (במגבלת סך השתלים המכוסה) ושיקומם בשיקום קבוע על פי הגיון וכללים רפואיים.</p>	
<p>5.18.1 יכוסו עד 2 שתלי שן למבוטח ילד בגיל 21-18 שלו חוסר שיניים קדמיות מולד ושכוסה לו טיפול יישור שיניים כהכנה להשלמת השיניים החסרות.</p> <p>5.18.2 במקרים חריגים בהם בשל בעיות גיאוגרפיות אין זמינות של פריודונט או כירורג מומחה, יכוסו טיפולי החדרת שתלי שן לרופאים שאינם מומחים או " מורשים " בהשתתפות עצמית בשיעור של 50% , בכפוף להחלטת היועץ הרפואי.</p> <p>5.18.3 יכוסה טיפול החדרת שתלי שן גם אם אין שיניים בלסת הנגדית (24 מול אזור ההחדרה) (שיניים אנטגוניסטיות) על פי קריטריונים רפואיים ובאישור היועץ הרפואי.</p> <p>5.18.4 תכוסה החדרת שתל שן במקום שתל שנכשל, למעט שתלים ששולמו ע"י המבטח וטרם חלפו 7 שנים מהחדרתם.</p> <p>5.18.5 לסת המשוקמת חלקית בשתלים וכתרים, לא תחשב כלסת מחוסרת שיניים בעקירת שארית השיניים והכיסוי להחדרת שתלי שן יהיה עד 10 שתלי שן ושיקומם באמצעות מבנים וכתרים. הכיסוי באישור היועץ הרפואי בלבד.</p>	<p>5.18 הוראות נוספות לטיפול החדרת שתלי שן</p>

טיפולים שלא הוזכרו לעיל אינם מכוסים במסגרת הפוליסה.

א הטיפולים המכוסים

המבטחת תכסה הוצאות טיפולים אורתודנטיים (יישור שיניים) כמפורט להלן ועד לסכום תקרת ההחזר הנקוב בנספח הגמלאות ובכפוף להגשת תוכנית טיפולים לאישור מוקדם על ידי המבטחת הכל כמפורט להלן:

<p>במשנך מעורב מוקדם יאושר טיפול מוקדם (PHASE 1) כאשר:</p> <p>א. קיים משנן צלבי קדמי ו/או אחורי.</p> <p>ב. קיים ליקוי סגר מסוג 1 ANGLE CLASS A DIV II עם הלסת התחתונה בעמדה אחורית (RETROGNATIC MANDIBLE) ויחס עובר אופקי מעל ל- 20 מ"מ.</p>	6.1
<p>במשך הקבוע יאושר הטיפול כאשר מתקיימים אחד או יותר מהתנאים להלן:</p> <p>א. קיים ליקוי סגר מסוג 1 ANGLE CLASS עם צפיפות מעל ל- 4 מ"מ ללסת אחת.</p> <p>ב. קיים ליקוי סגר מסוג 1 ANGLE CLASS עם PROTRUSION BIMAXILLARY</p> <p>ג. קיים ליקוי סגר מסוג 1 ANGLE CLASS עם רווחים מעל ל- 4 מ"מ ללסת אחת, ובתנאי שיש הפרעה תיפקודית מלבד ההפרעה האסטטית.</p> <p>ד. קיים ליקוי סגר מסוג 1 ANGLE CLASS II עם יחס עובר אופקי (OVERJET) מעל ל- 5 מ"מ.</p> <p>ה. קיים ליקוי סגר מסוג 2 ANGLE CLASS 2 DIV 2</p> <p>ו. קיים ליקוי סגר מסוג 3 ANGLE CLASS 3</p> <p>ז. מנשך פתוח (OPEN BITE).</p> <p>ח. קיים מנשך צלבי קדמי או מנשך צלבי אחורי פונקציונלי.</p>	6.2
ב הנחיות למבוטח ומגבלות המבטחת	
<p>מבוטח המועמד לקבלת טיפול אורתודנטי חייב לקבל אישור מראש של המבטחת לביצוע הטיפול.</p> <p>אין להתחיל בטיפול אורתודנטי לפני קבלת אישור המבטחת.</p>	6.3
<p>לצורך קבלת אישור מראש מהמבטחת, יגיש הרופא או המבוטח רישום מפורט של ממצאי הבדיקה הקלינית, אליו יצורפו תמונות פנים ושיניים וצילום פנורמי עדכניים, אשר בוצעו בסמוך לכתיבת תוכנית הטיפול.</p>	6.4
<p>לאחר עיון במסמכים הנ"ל יקבל המבוטח אישור מהמבטח על הזכאות הביטוחים של תכנית הטיפולים המוצעת. באישור יפורט גם סכום ההשתתפות העצמית שיהיה עליו לשלם ישירות לרופא או סכום ההחזר שיקבל מהמבטח. המבטח מתחייב להשיב למבוטח על פנייתו תוך 7 ימי עבודה מיום קבלת המסמכים הנדרשים.</p>	6.5

<p>במקרה של צורך בבירורים נוספים, או במקרה של אישור חלק מתכנית הטיפול ואי אישור חלק אחר, או במקרה של דחית ההצעה, תשלח על כך הודעה מפורטת למבוטח, עם העתקים לרופא המטפל.</p>	6.6
<p>המבטחת תהיה רשאית להפנות את המבוטח לצורך התייעצות לרופא יועץ מטעמה לפני מתן האישור וקבלת ההחלטה בעניין.</p>	6.7
<p>במקרים חריגים באזורים בהם לא ניתן לפנות לרופא יועץ כאמור, יוכל המבוטח באישור בכתב מהמבטחת, לשלוח צילומי פנים + צילום צפלומטרי + מטבעי לימוד. אלו יועברו על ידי המבטחת לרופא יועץ אורטודנטי מטעמה, אשר יחווה דעתו גם בלי בדיקה של המבוטח.</p>	6.8
<p>תוקף האישור מראש יפוג לאחר 12 חודשים במידה ולא החלו בטיפול מסיבה כלשהי, ולאחר 24 חודש במידה והחלו בטיפול. לאחר 24 חודשים מיום הוצאתו יהיה על המבוטח לבקש הארכת תוקף האישור.</p>	6.9
<p>המבטחת תשלם עבור טיפולים או שירותים אורטודנטיים אשר החל בהם המבוטח, כאשר היה מכוסה במסגרת ביטוח לטיפולים אורטודנטיים וקיבל אישור מראש, ובתנאי שעד סיום הביטוח נשארו לפחות 6 חודשים ובתנאי הכרחי שהטיפול המבוקש החל בפועל.</p>	6.10
<p>החברה תשלם החזרים בגין טיפול אורטודנטי בגובה שלא יעלה על הנקוב בלוח הגימלאות.</p>	6.11
<p>הכיסוי יינתן לילד שגילו ביום הגשת הבקשה לאישור מוקדם אינו עולה על 18.</p>	6.12
<p>הכיסוי לטיפול אורטודנטי רק במידה ולקוי הסגר, מצב המנשך והסגר ניתנים לתיקון על פי הקריטריונים שיפורטו לעיל.</p>	6.13
<p>טיפול אורטודנטיה על פי פוליסה זו יכוסו רק בתנאי שבוצעו על ידי רופא מומחה, בעל תעודת מומחיות באורטודנטיה (יישור שיניים ולסתות) מטעם משרד הבריאות, או ניתן אישור מיוחד על ידי החברה המבטחת.</p>	6.14
<p>למבטחת לא תהיה כל אחריות בגין טיפולים שבוצעו במבוטח.</p>	6.15
<p>ההסכם מבטיח כיסוי לטיפול אורטודנטי פעיל (אקטיבי) לתקופה שלא תעלה על 24 חודש החל מיום הכנסת המכשיר האורטודנטי הראשון (או היחיד) לפה. וכן לטיפול אורטודנטי סביל (פסיבי) של שימור מצב אחזקה ומעקב למשך תקופה שלא תעלה על 12 חודשים. כל חריגה מחייבת הסבר הרופא המטפל לסיבת העיכוב וקבלת אישור מראש מחודש.</p>	6.16
<p>הכיסוי הינו לטיפול אחד למבוטח בתקופת הביטוח. לא יכוסה טיפול חוזר מכל סיבה שהיא אלא בהתאם להוראות סעיף 8.8 לתנאי הפוליסה.</p>	6.17

6.18	הכיסוי מוגבל לטיפול אורטודנטי אחד בלבד. במידה וכבר שולם ע"י המבטחת עבור טיפול כל שהוא, ויש צורך בטיפול נוסף יקר יותר, יקוזז התשלום הראשון וישולם עבור הטיפול היקר יותר.
6.19	ינתן כיסוי ע"י המבטחת גם במקרה בו החל הטיפול האורטודנטי (הכנסת מכשיר אורטודנטי כל שהוא לפה) לפני תחילת הביטוח, באופן יחסי להמשך הטיפול.
6.20	אין כיסוי לטיפול אורטודנטי לתיקון מרווח בין שיני חזית DIASTEMA למעט מצב בו המרווח עולה על 4 מ"מ
6.21	במקרים חריגים בהם יש צורך בשלב א של הטיפול האורטודנטי יאושר הטיפול ללא קשר להמשך הטיפול. האישור יהיה לטיפול אחד בלבד.
6.22	חילוקי דעות בין החברה המבטחת לבין המבוטח, יובאו להחלטת היועץ הרפואי.

7 תגמולי הביטוח

המבטחת תכסה ותשפה את המבוטח בגין ההוצאות שהוציא בקרות מקרה הביטוח כדלקמן:

7.1	עבור כל טיפול משמר, פריודונטי, פרוטטי, השתלות שיניים ואורטודנטי הכלול בפוליסה, שיקבל המבוטח אצל אחד מרופאי ההסכם, תשלום המבטחת ישירות לרופא ההסכם ובלבד שהיקף הטיפולים מאותו סוג לא יחרוג ממספר הטיפולים ותגמולי הביטוח הנקובים בפוליסה ובכפוף לסייגים ולמגבלות הפוליסה. הפנית המבוטח ע"י רופא ההסכם לקבלת טיפול אצל רופא מומחה לא תגדיל את אחריות המבטחת מעבר לסכומים הנקובים בפוליסה.
7.2	עבור כל טיפול משמר הכלול בפוליסה שיקבל המבוטח אצל רופא שיניים שאינו בהסכם, תשפה המבטחת את המבוטח בגין הוצאתו בגבולות הסכום הנקוב בנספח ב' (להלן: "טבלת תגמולי הביטוח") ובתנאי שהמבוטח שילם עבור הטיפול לרופא.
7.3	במקרה של קבלת טיפול פריודונטי המכוסה בביטוח, אצל רופא ההסכם, יהיה המבוטח חייב לשלם רק את דמי ההשתתפות העצמית הנקובים בנספח ב' לפוליסה ליד שם הטיפול הפריודונטי המכוסה בביטוח. במקרה של קבלת טיפול פריודונטי אצל רופא מומחה שאינו בהסכם, יציג המבוטח את חשבון הטיפול למבטחת ויקבל החזר מהמבטחת על פי הנקוב בנספח ב'.
7.4	במקרה של קבלת טיפול פרוטטי המכוסה בביטוח, אצל רופא שיניים בהסכם יהיה המבוטח חייב לשלם רק את דמי ההשתתפות העצמית הנקובים בנספח ב' לפוליסה ליד שם הטיפול הפרוטטי המכוסה בביטוח. במקרה של קבלת טיפול פרוטטי אצל רופא שיניים שאינו בהסכם, יציג המבוטח את חשבון הטיפול למבטחת ויקבל החזר מהמבטחת על-פי הנקוב בנספח ב'.

<p>7.5 במקרה של קבלת טיפול השתלות שיניים המכוסה בביטוח, אצל רופא שיניים בהסכם יהיה המבוטח חייב לשלם רק את דמי ההשתתפות העצמית הנקובים בנספח ב' לפוליסה ליד שם הטיפול.</p> <p>אצל רופא שיניים שאינו בהסכם יציג המבוטח את חשבון הטיפול למבטחת ויקבל החזר מהמבטחת על פי הנקוב בנספח ב'.</p>	<p>7.5</p>
<p>7.6 במקרה של קבלת טיפול אורתודנטי המכוסה בביטוח, אצל רופא שיניים בהסכם, יוכל המבוטח לשלם רק את דמי ההשתתפות העצמית הנקובים בנספח ב' לפוליסה ליד תיאור הטיפול, או לחילופין לשלם את מלוא התשלום עבור הטיפול, להציג למבטחת את חשבון הטיפול ולקבל החזר מהמבטחת על פי הנקוב בנספח ב', כמו גם אצל רופא שיניים שאינו בהסכם.</p>	<p>7.6</p>
<p>7.7 כל סכומי החזר / השתתפות עצמית בנספחים א' ו-ב' הנקובים צמודים למדד ויותאמו מידי חודש ביום הראשון של החודש. חישוב הפרשי ההצמדה ייעשה לפי מדד הבסיס (כהגדרתו בפוליסה) והמדד החדש הוא המדד שיהיה ידוע בראשון לחודש של יום התשלום.</p>	<p>7.7</p>

רופא שאינו בהסכם	רופא הסכם	תיאור הטיפול	קוד משרד הבריאות
	השתתפות עצמית בשה		
	אין	הערכה מקיפה של הפה - מטופל חדש/ מוכר	D0150000
194	אין	צילום סטטוס מלא	D0210000
335	אין	צילום פריאפיקלי	D0220000
29	אין	צילום נשך אחד	D0270000
33	אין	צילום פנורמי	D0330000
194	אין	צילום אוקלוזלי	D0240000
38	אין	הנחה מקומית של פלואוריד לכל הפה - ילד	D1203000
78	אין	איטום חריצים, לכל שן	D1351000
245	אין	שומר מקום קבוע - התקנה	D1510000
541	אין	שחזור אמלגם - משטח 1, משנן ראשוני או קבוע	D2140000
219	אין	שחזור אמלגם - 2 משטחים, משנן ראשוני או קבוע	D2150000
219	אין	שחזור אמלגם - 3 משטחים, משנן ראשוני או קבוע	D2160000
219	אין	שחזור אמלגם - 4 משטחים, משנן ראשוני או קבוע	D2161000
219	אין	שחזור מרוכב על בסיס שרף/אקריל - משטח 1, קדמי	D2330000
297	אין	שחזור מרוכב על בסיס שרף/אקריל - 2 משטחים, קדמי	D2331000
297	אין	שחזור מרוכב על בסיס שרף/אקריל - 3 משטחים, קדמי	D2332000
297	אין	שחזור מרוכב על בסיס שרף/אקריל - 4 משטחים או יותר, קדמי	D2335010
297	אין	שחזור מרוכב על בסיס שרף/אקריל, קדמי (השלמת כותרת)	D2390000
410	אין	שחזור מרוכב על בסיס שרף/אקריל - משטח 1, אחורי	D2391000
297	אין		

רופא שאינו בהסכם	רופא הסכם	תיאור הטיפול	קוד משרד הבריאות
	השתתפות עצמית בש		
297	אין	שחזור מרוכב על בסיס שרף/אקריל - 2 משטחים, אחורי	D2392000
297	אין	שחזור מרוכב על בסיס שרף/אקריל - 3 משטחים, אחורי	D2393000
297	אין	שחזור מרוכב על בסיס שרף/אקריל - 4 משטחים או יותר, אחורי	D2394000
284	אין	כתר טרומי מפלדת אל חלד - שן נשירה	D2930000
284	אין	כתר טרומי משרף/אקריל	D2932000
65	אין	אחיזת פינים - לכל שן, בנוסף לשחזור	D2951000
310	אין	קיטוע מוך שן נשירה או קבועה, לא כולל סתימה סופית	D3220000
529	אין	טפול שורש - שן קדמית, לא כולל שחזור סופי	D3310000
671	אין	טפול שורש - שן מלתעה, לא כולל שחזור סופי	D3320000
838	אין	טפול שורש - שן טוחנת, לא כולל שחזור סופי	D3330000
618	אין	חידוש טפול שורש - שן קדמית	D3346000
761	אין	חידוש טפול שורש - שן מלתעה	D3347000
1005	אין	חידוש טפול שורש - שן טוחנת	D3348000
619	אין	כריתת חוד השורש, אפיקואקטומי - שן קדמית, כולל סתימה רטרוגרדית	D3410000
619	אין	כריתת חוד השורש, אפיקואקטומי - שן מלתעה, שורש ראשון, כולל סתימה רטרוגרדית	D3421000
619	אין	כריתת חוד השורש, אפיקואקטומי - שן טוחנת, שורש ראשון, כולל סתימה רטרוגרדית	D3425000
516	אין	כריתת שורש	D3450000
516	אין	המיסקציה	D3920000
245	אין	עקירה, שן שבקעה או שורש חשוף, שן אחת	D7140000
516	אין	עקירה כירורגית - שן שבקעה לחלל הפה, הדורשת הרמת מתלה	D7210000

רופא שאינו בהסכם	רופא הסכם	תיאור הטיפול	קוד משרד הבריאות
	השתתפות עצמית בשיעור		
619	אין	עקירה כירורגית - שן כלואה ברקמה רכה	D7220000
619	אין	עקירה כירורגית - שן כלואה במלואה ברקמה קשה	D7240000
516	אין	הוצאת שתל דנטלי	D6100000
361	אין	חיתוך וניקוז מורסה - רקמה רכה בחלל הפה	D7510000
258	אין	עזרה ראשונה - טפול בכאב שיניים	D9110000
222	אין	טפול בסיבוכים, לאחר נתוח, כגון מכתשית יבשה	D9930000
194	אין	הטריה והסרה של פלאק ואבנית בכל הפה לשם הערכה ואבחון מקיפים	D4355000
470	באופן פרטי בלבד בכפוף לניכוי השתתפות עצמית בשיעור 30%	הבהרת שיניים חיצונית במרפאה, לקשת	D9972000
351	באופן פרטי בלבד בכפוף לניכוי השתתפות עצמית בשיעור 30%	הבהרת שיניים פנימית במרפאה, לשן	D9974000
608	261	פרנולקטומי	D7960000
912	391	אלבאולופלסטיקה ללא עקירות, רבע פה	D7320000
365	157	ביופסיה של חלל הפה - רקמה רכה (הוצאת הרקמה)	D7286000
265	113	ביופסיה של חלל הפה - רקמה קשה, עצם, שן (בדיקת מעבדה)	D7285000
365	157	הוצאת אבן מבלוטת/צנור הרוק	D7980000
באופן פרטי בלבד, 50% מעלות ההרדמה		הרדמה כללית לטפול שיניים, בנוכחות מרדים - עד שעה	D9220000
		הרדמה כללית לטפול שיניים מורכב, בנוכחות מרדים - מעל שעה	D9221000
110	0	אנלגזיה, כולל ניטרוס, לא כולל טפול דנטלי	D9230000

רופא שאינו בהסכם	רופא הסכם	תיאור הטיפול	קוד משרד הבריאות
תקרת תגמולי הביטוח לאחר ניכוי השתתפות עצמית בשיעור 20%	השתתפות עצמית בש		
322	אין	הערכה פריודונטלית מקיפה - מטופל חדש/מוכר	D0180000
194	אין	הטריה והסרה של פלאק ואבנית בכל הפה לשם הערכה ואבחון מקיפים - ע"י פריודנט	D4355000
2602	705 למעט עלות תוספת העצם שמכוסה באופן פרטי בלבד - קוד D4263000	נתוח חניכיים כולל עיצוב עצם - 4 שיניים ויותר, רבע פה	D4260000
2602	705 למעט עלות תוספת העצם שמכוסה באופן פרטי בלבד - קוד D4263000	נתוח חניכיים כולל עיצוב עצם, 1-3 שיניים, רבע פה	D4261000
2852	באופן פרטי בלבד	מדיאטורים ביולוגיים לטיפול רגנרטיבי של רקמה גרמית/רכה (אמדוג'ין)	D4265000
250	באופן פרטי בלבד	השתלת תחליפי עצם - אתר ראשון ברבע פה	D4263000
658	196	הארכת כותרת	D4249000
658	123	קיבוע תוך כותרתי לשיניים ניידות	D4320000
658	123	קיבוע חוץ כותרתי לשיניים ניידות	D4321000
404	31	סילוק אבנית והקצעת שורשים - 4 שיניים ויותר, לישיבה, 30 דקות	D4341000
404	31	סילוק אבנית והקצעת שורשים - 1-3 שיניים, לישיבה, 30 דקות	D4342000
581	147	סד לילה, טריסמוס	D5937000
193	49	טיפול באמצעות פריוצ'יפ	D4381010

רופא שאינו בהסכם	רופא הסכם	תיאור הטיפול	קוד משרד הבריאות
תקרת תגמולי הביטוח לאחר ניכוי השתתפות עצמית בשיעור 20%	השתתפות בעצמית בש		
1703	340	כתר חרסינה מאוחה למתכת בסיס	D2751000
639	99	מבנה יצוק בתוספת לכתר	D2952000
426	97	יתד טרומית ותווך בנוסף לכתר	D2954000
2838	516	תותבת שלמה - לסת עליונה	D5110000
2838	516	תותבת שלמה - לסת תחתונה	D5120000
1161	263	תותבת מיידיית - לסת עליונה	D5130000
1161	263	תותבת מיידיית - לסת תחתונה	D5140000
1548	377	תותבת חלקית בלסת העליונה - על בסיס שרף, כולל ווים מקובלים, נחות ושיניים, כולל בסיס שרף אקרילן עם ווי שרף או תיל מלופף	D5211000
1548	377	תותבת חלקית לסת תחתונה - על בסיס שרף/אקריל, כולל ווים ונחות	D5212000
3097	624	תותבת חלקית לסת עליונה - נשלפת מויטליום, כולל ווים ונחות	D5213000
3097	624	תותבת חלקית לסת תחתונה - נשלפת מויטליום, כולל ווים ונחות	D5214000
271	37	תיקון שבר בבסיס תותבת שלמה	D5510000
271	37	החלפת שן שבורה או חסרה בתותבת שלמה, לכלל שן	D5520000
291	35	תיקון שלד יצוק של תותבת	D5620000
115	34	תיקון או החלפת וו בתותבת קיימת	D5630000
136	38	החלפת שן שבורה בתותבת חלקית, לכלל שן	D5640000
136	38	הוספת שן לתותבת חלקית קיימת	D5650000
155	34	הוספת וו לתותבת חלקית קיימת	D5660000
787	163	חידוש בסיס תותבת שלמה עליונה	D5710000
787	163	חידוש בסיס תותבת שלמה תחתונה	D5711000

רופא שאינו בהסכם	רופא הסכם	תיאור הטיפול	קוד משרד הבריאות
תקרת תגמולי הביטוח לאחר ניכוי השתתפות עצמית בשיעור 20%	השתתפות עצמית בש		
787	163	חידוש בסיס תותבת חלקית עליונה	D5720000
787	163	חידוש בסיס תותבת חלקית תחתונה	D5721000
271	76	ריפוד תותבת שלמה עליונה במרפאה	D5730000
271	76	ריפוד תותבת שלמה תחתונה במרפאה	D5731000
271	76	ריפוד תותבת חלקית עליונה במרפאה	D5740000
271	76	ריפוד תותבת חלקית תחתונה במרפאה	D5741000
787	80	ריפוד תותבת שלמה עליונה במעבדה	D5750000
787	80	ריפוד תותבת שלמה תחתונה במעבדה	D5751000
787	80	ריפוד תותבת חלקית עליונה במעבדה	D5760000
787	80	ריפוד תותבת חלקית תחתונה במעבדה	D5761000
581	176	תותבת ביניים חלקית נשלפת, פליפר - לסת עליונה, כולל ווים ונחות	D5820000
581	176	תותבת ביניים חלקית נשלפת, פליפר - לסת תחתונה, כולל ווים ונחות	D5821000
3148	610	תותבת על שתלים	D5860000
1045	267	מחבר מדויק/חצי מדויק על שתל לתותבת חלקית נשלפת	D5862000
2838	516	תמיכה באמצעות מחבר בצורת מוט, דולדר בר, Dolder bar	D6055010
332	94	מבנה טרומי לשתל דנטלי	D6056000
639	94	מבנה מעבדתי לשתל דנטלי	D6057000
1111	316	כתר חרסינה מאוחה למתכת נתמך שתל	D6066000
581	147	כיפת מתכת כשחזור סופי/כתר טלסקופי	D6975000

רופא שאינו בהסכם	רופא הסכם	תיאור הטיפול	קוד משרד הבריאות
תקרת תגמולי הביטוח לאחר ניכוי השתתפות עצמית בשיעור 30%	השתתפות עצמית בשיעור 30%		
420	235	CBCT, טומוגרפיה ממוחשבת עם קרן קונית	D0360000
2129	1165	החדרה כירורגית של שתל דנטלי, כולל חשיפה וחיבור של כיפת ריפוי	D6010000
3406	באופן פרטי בלבד בכפוף לניכוי השתתפות עצמית בשיעור 30%	השתלת עצם בלסת עליונה/תחתונה, חד צדדית	D7950000
3406	באופן פרטי בלבד בכפוף לניכוי השתתפות עצמית בשיעור 30%	הרמת סינוס פתוחה, לרבות השתלת עצם, חד צדדית	D7952000

רופא שאינו בהסכם	רופא הסכם	תיאור הטיפול	קוד משרד הבריאות
תקרת תגמולי הביטוח לאחר ניכוי השתתפות עצמית בשיעור 50%	השתתפות בשתתפות		
129	אין	בדיקת רופא שיניים מומחה (בדיקת אורתו)	D9310000
129	117	צילום צפלומטרי	D0340000
116	106	צילומי פהלפנים	D0350000
194	אין	צילום פנורמי	D0330000
116	106	פענוח של צילום צפלומטרי, לא קשור לביצועו	D0391010
3742	1701	יישור שיניים חלקי למשנן עלומים	D8030000
1806	1026	יישור שיניים מלא למשנן עלומים, גילאי 12-18, עלות לשנת טפולים, עד 3 שנים חלק 1	D8080000
1806	1026	קוד דווח להמשך טפול במהלך השימוש בקוד D8080 חלק 2	D8089000
1806	1026	קוד דווח להמשך טפול במהלך השימוש בקוד D8080 סיום טיפול חלק 3	D8089000
1354	809	טפול בהתקן דנטלי נשלף	D8210000



לבירורים ושאלות ניתן לפנות אל
מוקד קשרי לקוחות הפניקס
בטלפון: 1-700-50-44-18



לקוחות הפניקס מרוויחים יותר, **תבדוק שיש לך הפניקס.**

הפניקס חברה לביטוח בע"מ. משרד ראשי: דרך השלום 53, גבעתיים 5345433 | www.fnx.co.il | infom@fnx.co.il