



לשכת יועצי המס וקבוצת WE גאים להשיק ביטוח שיניים

ליועצי המס ובני משפחתם

יועץ יקר,

ברצוננו להודיעכם כי במסגרת הפעילות למען רוחות יועצי המס, חתמה הלשכה על פוליסה קולקטיבית לביטוח



שיניים באיילון חברה לביטוח

ההצטרפות לכיסוי היא וולונטרית ותשלום הפרמיות נעשה באופן ישיר מול איילון באמצעות כ"א או הו"ק.

ביטוח זה הוא אטרקטיבי וייחודי לארגונים גדולים:

1. אין תקופת אכשרה (ניתן להפעיל את הביטוח מיד עם התחלתו).
2. אין בדיקה מוקדמת.
3. כיסוי מורחב למרבית טיפולי שיניים הקיימים:
 - כיסוי לטיפולים משמרים.
 - כיסוי לטיפולי חניכיים (פריודונטיה).
 - כיסוי לטיפול משקם.
 - כיסוי לטיפול משקם ע"י שתלים.
 - כיסוי לטיפול אורתודנטיה.
4. אין הגבלה על הרופאים - בין שמדובר ברופאים פרטיים ובין שמדובר ברופאי הסכם. יש אפשרות לפנות לרופא בהסכם שעובד מול איילון והחברה תשלם ישירות לרופא עבור טיפולים משמרים, לגבי טיפולים פרוטטים, משקמים, שתלים ואורתודנטיה ישנה השתתפות עצמית של המבוטח. במידה ופנית לרופא פרטי מטעמך התשלום יהיה בהתאם למחירון של איילון.

הפרמיה (בש"ח)	
98	יועץ מס
102	בן/בת זוג או ילד בוגר
49	ילד

לפרטים והצטרפות יש לשלוח מייל לאלעד אביב elada@we2.co.il

לתביעות או שאלות להתקשר למוקד שיניים באיילון בלבד : 1-800-352-001 בשעות: 08:00-17:00
חומר לתביעות יש לשלוח לפקס: 03-7569586 מייל: ins.co.il-mokedshinaim@ayalon

מוקד יועצים לשירותכם בדוא"ל: info@we2.co.il או בטל': 1700-700-093



מדוע כדאי לי להצטרף לביטוח שיניים?

הנחיות לביטוח הוצאות ריפוי שיניים הולכת וגדלה עקב העובדה כי כל מטופל הנדרש לטפל בשינוי בצורה סדירה נאלץ לפנות סכומים גדולים מאוד מהכנסתו השוטפת לטיפול שיניים לו ולבני משפחתו. לעיתים יש חשש גדול מטיפול שיניים אבל בסופו דבר הכאבים ואי הנוחות מחייבים אותנו להוצאה גדולה ולא מתוכננת. ביטוח שיניים יאפשר טיפול מיידי ושוטף. קבלת הטיפול היא מידית בקבלת כרטיס המבוטח ללא תקופת המתנה. ביטוח שיניים מאפשר שיפור מיידי רפואי בהיגיינת הפה ובהרגלי הטיפולים. הדרך הבטוחה לקבלת טיפולים שוטפים ומניעת הוצאה גדולה בעתיד היא באמצעות ביטוח השיניים.

האם יש ביטוי במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי או קופות החולים?

קיימת אפשרות לקבל טיפול שיניים במסגרת קופת חולים לחברי הקופה שרכשו ביטוחים משלימים למיניהם והזכאות הינה במרפאות הקופה בלבד, כאשר מחירון הקופה משתנה בהתאם להחלטת קופ"ח. במסגרת ביטוח השיניים שלנו, ההוצאה הכספית שלך קטנה באופן משמעותי למול העלות בקופ"ח. כמו כן **ביטוח שיניים** מאפשר טיפול אצל כל רופא לפי בחירת המבוטח. ילדים עד גיל 12 זכאים לקבל טיפול משמר בלבד במסגרת חוק בריאות ממלכתי אבל הטיפול ניתן במסגרת מרפאות השיניים של קופות החולים בלבד. ביטוח השיניים שלנו מאפשר קבלת טיפול משמר **ואורתודנטיה לילדים**. ביטוח שיניים מאפשר טיפול אצל כל רופא לפי בחירת המבוטח. במידה ולא השתמשת בפוליסת בגין כיסוי שמופיע בטבלה המופיעה בפוליסה, איילון ישלמו פיצוי של 30% מהסכום שאמור היה לעלות לפי מחירי אי*לון (ולפי הנקוב בפוליסה). לרשות המבוטח אפשרות בחירה חופשית של הרופא המטפל.

קבלת טיפולי שיניים באמצעות רופא שאינו בהסכם

במסגרת התוכנית רשאי המבוטח לפנות לרופא שיניים שאינו בהסכם ובלבד כי הרופא הינו בעל רישיון מטעם משרד הבריאות • טיפול משמר- על המבוטח לפנות לרופא, לבצע את הטיפול, למלא את טופס התביעה ולשלוח לאיילון את הטופס בצירוף החשבונית המקורית וצילומים (במקרה הצורך). כך תוכלו לקבל החזר כספי עפ"י התשלום בפועל וזאת עד תקרת ההחזר הקבועה בפוליסה.

• טיפול שיקומי/ חניכיים/ שתלים/ שור שיניים - על המבוטח להגיש לאיילון את טופס הבקשה לאישור מוקדם של תוכנית הטיפול אשר בכוונת הרופא המטפל לבצע ואת צילומי הרנטגן הנדרשים לאישור התוכנית.

תוכנית הטיפול המאושרת בצירוף הצילומים יישלחו חזרה למבוטח תוך 14 יום מיום קבלתה עם המסמכים הנדרשים, לצורך ביצועה. לאחר ביצוע הטיפול שאושר, יש לשלוח לאיילון חברה לביטוח טופס הודעה על תביעה, צילומים (במקרים הדרושים) וחשבונית מקורית, של סכום ששולם בפועל החזר יהיה בהתאם למפורט בלוח התגמולים בפוליסה.



בקשה להצטרפות לביטוח הוצאות רפואת השן לחבר הלשכה ובני משפחתו - לשכת יועצי המס

אנא מלא בדיוקנות ובאותיות ברורות

שם המוסד	אגף/מחלקה	מספר עובד
לשכת יועצי המס		

הנני מבקש להצטרף לביטוח הוצאות רפואת השן במסגרת קולקטיב לשכת יועצי המס.

פרטי חבר הלשכה					
שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.	מין נ / ז	תאריך לידה	טלפון עבודה
רחוב	מס'	ישוב	מיקוד	טלפון בית	טלפון נייד

כמו כן הנני מבקש לצרף את בת/בן הזוג ו/או ילדי לביטוח כמפורט להלן:

צירוף בת/בן הזוג				
שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.	מין נ / ז	תאריך לידה

צירוף ילדים – עד גיל 18 ניתן לבחור לילדים עד גיל 18 את המסלול המבוקש (משמר-בסיס, פוליסה רחבה)					
שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.	מין נ / ז	תאריך לידה	מסלול
					משמר-בסיס פוליסה רחבה
					משמר-בסיס פוליסה רחבה
					משמר-בסיס פוליסה רחבה
					משמר-בסיס פוליסה רחבה
					משמר-בסיס פוליסה רחבה

צירוף ילדים – מעל גיל 18				
שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.	מין נ / ז	תאריך לידה

פרטי חשבון הבנק (לצורך תשלום תביעות)		
שם בנק	מספר סניף	מספר חשבון

אופן התשלום			
<input type="checkbox"/> לגבייה (מלקוח קיים) מפוליסה מס'		<input type="checkbox"/> שם המשלם אם אינו המבוטח	
רחוב ומס' בית	ישוב	מיקוד	חתימת המשלם אם אינו המבוטח
סמן ב- ✓ להלן: <input type="checkbox"/> באמצעות כרטיס אשראי		סוג הכרטיס: <input type="checkbox"/> ויזה כאל <input type="checkbox"/> ישראלכרט <input type="checkbox"/> דיינרס <input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס <input type="checkbox"/> לאומי קארד <input type="checkbox"/> אחר _____	
שם בעל כרטיס האשראי	מספר זהות כולל ס"ב	מספר כרטיס האשראי	תוקף הכרטיס

אני הח"מ, נותן לך בזאת הרשאה לחייב את החשבון כמשמעותו בתנאי ההצטרפות להסדר כרטיס האשראי, בסכום שיהיה נקוב ברשימת החיובים שיומצאו לך על-ידי איילון חברה לביטוח, ואשר מספר כרטיס האשראי שלי נקוב בהן. הוראה זו נחתמה על-ידי מבלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם, הואיל וניתנה על ידי לאיילון חברה לביטוח בע"מ להעביר למנפיקת הכרטיס חיובים מעת לעת כפי שתפרט איילון חברה לביטוח בע"מ למנפיקה. סכומי החיובים ומועדיהם ייקבעו ע"י איילון חברה לביטוח בע"מ על-פי תנאי התשלום של פוליסת הביטוח והשינויים שיחולו בהם מעת לעת. הרשאה זו תפקע בהודעה שלי לאיילון חברה לביטוח בע"מ. הרשאה זו תהיה בתוקף גם לכרטיס שיופק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה. היה ופוליסת הביטוח הנ"ל באיילון חברה לביטוח בע"מ תחודש, יחויב בגין חיובים הנובעים מחידוש הביטוח הנ"ל בהתאם.

תאריך	חתימת בעל הכרטיס
תאריך	חתימת חבר הלשכה

* האמור בלשון זכר הינו מטעמי נוחות בלבד ומשמעו גם בלשון נקבה.

** תקופת הביטוח הינה ל-6 שנים.

הסכם לביטוח שיניים קבוצתי לחברי לשכת יועצי המס ובני/ות משפחותיהם

שנערך ונחתם בתל אביב ביום 07 בחודש נובמבר לשנת 2016

בין: לשכת יועצי מס בישראל ע.ר 580029502
כתובת: גולדברג 4 תל אביב
מיקוד 61369 ת.ד. 37006

(להלן: "בעל הפוליסה, לשכה")

מצד אחד;

לבין: איילון חברה לביטוח בע"מ ח"פ 520042169
כתובת: אבא הלל סילבר 12, רמת גן

(להלן: "המבטח")

מצד שני;

הואיל: הואיל: וברצון בעל הפוליסה לבטח בביטוח שיניים קבוצתי את המבוטחים כהגדרתם להלן, (להלן "הביטוח")

והואיל: והמבטח מסכים לקבל על עצמו ביטוח זה בכל היקפו ובתנאים המפורטים בהסכם ביטוח זה להלן;

והואיל והמבטח מצהיר כי בידיו כל האישורים הדרושים לביצוע הביטוח על פי הסכם זה.

לפיכך הוסכם, הוצהר והותנה בין הצדדים כדלקמן:

1. מבוא

- 1.1 המבוא להסכם ביטוח זה, הצהרות הצדדים בו וכל הנספחים המצורפים אליו מהווים חלק בלתי נפרד מהסכם הביטוח.
- 1.2 הסכם זה יכנס לתוקף בתנאי שיצטרפו מינימום 150 מבוטחים למסלול משקם (בתוך 90 ימים מחתימת הסכם זה).
- 1.3 במידה שיצטרפו מעל 300 מבוטחים למסלול בסעיף 1.2 תינתן אופציה גם לכיסוי משמר בלבד.
- 1.4 כותרות הסעיפים הן לצורך נוחות הקריאה בלבד. לצורכי הסכם ביטוח זה מחייב תוכן הסעיפים בלבד.

2. המבוטחים

- 2.1 חברי לשכה אצל בעל הפוליסה ובני/בנות זוגם, ילדיהם, לרבות ידועה/ה בציבור, בתנאי ששמן נקוב ברשימה שתועבר למבטח על-ידי בעל הפוליסה ואשר תעודכן ותשלח אחת לחודש במהלך תקופת הביטוח.
- 2.2 יובהר כי גריעת מבוטח מרשימת המבוטחים ע"י בעל הפוליסה אשר נגרמה עקב השמטה מקרית בלתי מכוונת ו/או בטעות בתום לב של שם מהרשימה, אינה מהווה ביטול הפוליסה של אותו מבוטח, בתנאי שבמקרה שכזה יועברו תצהירים בכתב המאשרים את העובדה שגריעתו של המבוטח מהרשימה נגרמה עקב איזו מהסיבות דלעיל.

- 2.3.** גיל המבוטח לעניין הסכם זה יהיה ההפרש בין החודש ושנת מועד החישוב לבין החודש ושנת לידתו של המבוטח (שנים גרגוריאניות). למען הסר ספק לצורך חישוב דמי הביטוח חישוב הגיל יבוצע בשנים שלמות. לדוגמה: גיל 30 ו 10 חודשים יחשב כגיל 30.
- 2.4.** להסרת ספק, יובהר כי כל המבוטחים עפ"י הסכם זה כמוגדר לעיל יוכלו להיות מבוטחים בהסכם זה כל עוד ההסכם בתוקף וכל עוד דמי הביטוח החודשיים משולמים בגינם במרוכז באמצעות בעל הפוליסה או באמצעות הוראת קבע אישית, בהתאם לעניין.
- 2.5.** פחת מספר המבוטחים בקבוצה מ-50 לא תחודש הפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.
- 2.6.** מדי חודש תועבר רשימת מבוטחים באמצעות מדיה מגנטית לחברת הביטוח. תנאי זה הינו מהותי לקיום ההסכם ומתן השירות

2.7. צירוף מבוטח:

- 2.7.1 מוטלת על מבוטח לפי תנאי פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי חובה אחת מאלה: לשלם, במועד תחילת הביטוח, דמי ביטוח, או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד או לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי, לא יצרפו המבוטח לאותו הביטוח, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה, ואם המבוטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים - המבוטח רשאי לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו או בן זוגו.
- 2.7.2 האמור בסעיף 2.7.1 לעיל לא יחול על פוליסה לביטוח שיניים קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר, אם התקיימו תנאים אלה:
- 2.7.2.1 הפוליסה הקבוצתית הייתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה.
- 2.7.2.2 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 ללא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה.
- 2.7.3 חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח שלא על פי הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בסעיף 2.7.2 לעיל, והודיע המבוטח למבטח או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבוטח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שארע בתקופת 60 הימים כאמור.

3. מהות הביטוח והכיסויים בביטוח

- 3.1.** פירוט הכיסויים בביטוח כמפורט בתוכנית הביטוח פרקי הכיסוי וגובה הפרמיה - כמפורט בנספח 3 להסכם .
- 3.1.1 כיסוי לטיפולים משמרים- כמפורט בפרק א'.
 3.1.2 כיסוי לטיפולי חניכיים (פריודונטיה) - כמפורט בפרק ב'.
 3.1.3 כיסוי לטיפול משקם - כמפורט בפרק ג'.
 3.1.4 כיסוי לטיפול משקם ע"י שתלים- כמפורט בפרק ד'.
 3.1.5 כיסוי לטיפול אורטודנטיה – כמפורט בפרק ה'
- 3.2.** נספח גמלאות שכולל סכומי החזר בגין טיפול אצל רופא פרטי וסכומי השתתפות עצמית- כמפורט בנספח 1 להסכם. טבלאות א1 ועד א5.
- 3.3.** במקרה שתפורסם בחוזר הנחיה ו/או הוראה של המפקח על הביטוח לאחר חתימת הסכם זה, יהיה רשאי בעל הפוליסה לדרוש יישומו של חוזר זה בתנאי הפוליסה. אם

ליישום החוזר כאמור ישנה השלכה כספית, יותנה יישום החוזר בהעלאת דמי הביטוח בהתאם, לפי דרישת המבטח.

3.4. בנוסף, ומבלי לגרוע מהאמור לעיל, יהא רשאי בעל הפוליסה לערוך בחינה מחודשת של היקף ההגדרות והכיסויים הכלולים בהסכם זה ולדרוש לעדכנם ולהרחיבם. אם לשינויים הנדרשים כאמור ישנה השלכה כספית, יותנו השינויים בהעלאת דמי הביטוח בהתאם, לפי דרישת המבטח.

3.5. במקרה זה, דרישת המבטח לשינוי הפרמיה תועבר לבעל הפוליסה וזה האחרון יהא רשאי להעביר את ההצעה לבדיקתו של אקטואר מטעמו, החבר באגודת האקטוארים. בעל הפוליסה יהא רשאי לבטל את הסכם הביטוח בהודעה בכתב של 90 יום מראש למבטח, אשר תימסר למבטח בתוך 60 יום ממועד מסירת דרישת המבטח להעלאת הפרמיה בשל יישום הנחיות המפקח כאמור בסעיף זה. הצדדים ינהלו מו"מ בתום לב בניסיון להגיע להסכמות לגבי תוספת הפרמיה בתוך פרק הזמן של 60 יום כאמור לעיל.

3.6. במקרה שתפורסם בחוזר הנחיה ו/או הוראה של המפקח על הביטוח לאחר חתימת הסכם זה הגורעת בתנאי הביטוח, ומחייבת את יישומו תוך כדי ההסכם, יותנו השינויים בהפחתת דמי הביטוח בהתאם.

3.7. מוסכם בזאת כי אם יחוקק 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 או ביטולו.

4. תקופת הסכם הביטוח

4.1. תקופת הסכם הביטוח (להלן: "**ההסכם**" או "**הביטוח**") הינה כמפורט בנספח 3. שתחילתן (להלן: "**המועד הקובע**") וסיומן (להלן: "**תקופת ההסכם**").

4.2. לאחר תום תקופת ההסכם יתחדש הסכם זה אוטומטית לתקופות נוספות של 3 שנים כל אחת (להלן: "**תקופת ההסכם המוארכת**"), אלא אם הודיע בעל הפוליסה או המבטח, לפחות 60 יום לפני תום תקופת ההסכם על רצונו שלא לחדשו.

4.4. במידה ולא יחודש ההסכם לתקופת ביטוח נוספת כאמור בסעיף 4.2 לעיל, יאריך המבטח את תקופת ההסכם, על פי דרישת בעל הפוליסה, לתקופה נוספת של 90 יום בלבד מיום סיום ההסכם, בתנאים זהים להסכם זה.

4.5. על אף האמור לעיל בעל הפוליסה יהיה רשאי להפסיק את ההסכם בכל עת בהודעה מוקדמת של 60 יום בכפוף ל מפורט להלן:
במידה וסך תגמולי הביטוח גבוהים מסך הפרמיות ששולמו ("פרמיות ששולמו" – הפרמיה השוטפת ששולמה ע"י בעל הפוליסה, או המבוטחים, בגין חודשי הביטוח שהיו בתוקף בתוספת 30% דמי ניהול) בגין הפוליסה ישלם בעל הפוליסה, או המבוטחים, למבטח את הסכום הנמוך מבין ההפרש בין סך תגמולי הביטוח לבין סך הפרמיות ששולמו בגין הפוליסה או מכפלת הפרמיה החודשית שמשולמת בגין כלל המבוטחים בהסכם במספר החודשים שנותרו עד תום תקופת ההסכם.

5. הצטרפות לביטוח, התחלתו והפסקתו

5.1. תוקף הביטוח לפי הסכם ביטוח זה על כל נספחיו לגבי כל אחד מהמבוטחים, יהיה המאוחר מהסעיפים הבאים:

א. הראשון לחודש העוקב בו נרשם המבוטח בקובץ המבוטחים אצל בעל הפוליסה או מילוי טופס הצטרפות במידה ונדרש.

ב. יום כניסת הסכם הביטוח לתוקף.

5.2. תוקף הביטוח ייפסק לפי המוקדם מבין התאריכים הבאים :
א. היום האחרון בחודש בו הפסיק המבוטח להשתייך לקבוצת המבוטחים . לבני משפחה של חבר/ת לשכה יסתיים הביטוח בתאריך הסיום של החבר/ת לשכה.
ב. בתום תקופת הסכם הביטוח לפי סעיף 4 לעיל.
ג. בכפוף לחוזר המפקח על הביטוח 4-1-2012 בנושא ביטוח שיניים.
ד. 90 יום לפני הגעתו של ילד מבוטח לגיל בו תיגבה פרמיה של מבוטח בוגר , תישלח המבטחת הודעה במכתב לביתו ולבעל הפוליסה לגביי עליית התעריף לפרמיה מעודכנת על פי גילו של המבוטח. המשך הביטוח של הילד/ה יהיה בכפוף להוראה מפורשת ובכתב של החבר/ת לשכה. אישור החבר/ת לשכה לגביי המשך הביטוח של הילד/ה יועבר למבטחת ולבעל הפוליסה. במידה ובחר החבר/ת לשכה להמשיך את הביטוח לילד כאמור - הביטוח יימשך ברצף ביטוחי מלא.

6. אופן ההצטרפות לביטוח:

- 6.1.** בהתאם להחלטת בעל הפוליסה לזכאות יצורפו מבוטחים שהינם חברי לשכה מטעם בעל הפוליסה, באופן וולונטרי לביטוח ממועד תחילת ההסכם ועד לסיום הפוליסה או תוך 90 יום ממועד הזכאות לביטוח אצל בעל הפוליסה של עובד חדש.
- 6.2.** בני משפחה שלחבר לשכה, יוכלו להצטרף לביטוח בכפוף למילוי טופס הצטרפות ממועד תחילת ההסכם ועד 90 יום או תוך 90 יום ממועד הזכאות לביטוח אצל בעל הפוליסה
- 6.3.** ניתן לצרף את ילדי חבר/ת לשכה ו/או את בן/בת זוגם בהתאם להחלטת מבוטח מטעם בעל הפוליסה. צירוף כל ילדי החבר/ת לשכה לביטוח לא מחייב הצטרפות של בן/בת הזוג ולהיפך.
- 6.4.** מבוטח המצרף את ילדיו לביטוח, חובה לצרף את כל הילדים במשפחה (למעט ילדים בוגרים וילדים מתחת לגיל 5) .
- 6.5.** ניתן לצרף ילד שהגיע לגיל 5 לביטוח , בתוך 90 יום ממועד הגיעו לגיל האמור.
- 6.6.** חבר/ת לשכה שמתחתן/ת בתוך תקופת הביטוח יוכל לצרף את בן/בת זוגו וילדיו/ה בתוך 90 יום ממועד השינוי במצב המשפחתי.
- 6.7.** צירוף בני משפחה לפוליסה מותנה בביטוח חבר/ת הלשכה , ולפי רובד הכיסוי בהתאמה .
- 6.8.** חבר/ת לשכה שנפטרה/ה,ימשיכו בני המשפחה המבוטחים להיות מבוטחים עד לסיום תקופת ההסכם באמצעות הוראת קבע אישית למבטח.

7. תשלום בעת תביעה:

- 7.1** אישור תוכנית הטיפול / התביעה יעשה תוך 21 ימי עבודה מיום שהוגשו למבטח כל המסמכים הסבירים הנדרשים לו לשם אישור תביעה (טופס הודעה על תביעה, וצילומים במקרים שנדרש).
התחייבות המבטח לתשלום תביעה תהיה עד 21 ימי עבודה מיום שהוגשו למבטח בקשה לתשלום כולל מסמכים נדרשים.

7.2 מובהר ומוסכם כי במידה והחברה לא תמסור את החלטתה לגבי אישור תוכנית טיפול / תביעה או דחייתה תוך 21 ימי עבודה כאמור לעיל, יחשב הדבר כאילו אושרה תוכנית הטיפול / התביעה והמבוטח יהיה רשאי לקבל את השירות הרפואי הנדרש על חשבון. החברה תשפה את המבוטח כנגד המצאת קבלות מקוריות עבור ביצוע הטיפול הרפואי תוך 21 יום.

8. הצהרות והתחייבויות בעל הפוליסה, רשימות ותעודות

8.1 בעל הפוליסה מצהיר ומתחייב כדלקמן:

- 8.1.1 כי לעניין היותו בעל פוליסה הוא פועל, באמונה ובשקידה לטובת המבוטחים בלבד, וכי אין לו ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל פוליסה.
- 8.1.2 והוא: מעביד - לגבי עובדיו, ובני משפחותיהם.
- 8.1.3 כי הינו בעל הפוליסה לגבי גמלאיו ובני/בנות זוגם וילדיהם לרבות ידועים בציבור.
- 8.1.4 כי הוא ימסור למבטח מידע לגבי קבוצת המבוטחים, בהיקף הדרוש למבטח לשם קיום חובותיו על פי כל דין ולפי פוליסה זו. בכלל זה, ומבלי לגרוע מהאמור, מתחייב בעל הפוליסה להעביר למבטח מידע בדבר העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח, במלואה או בחלקה או הרחבתה 30 יום מראש, ומידע עדכני על כל מבוטח שיצא מהקבוצה מכל סיבה שהיא. מידע שימסור בעל הפוליסה למבטח על פי סעיף זה יכלול מידע אך ורק לגביי מבוטחים ובני משפחתם המבוטחים באמצעות תשלומי בעל הפוליסה ולא לגביי מבוטחים בהוראת קבע אישית.
- 8.1.5 ההצטרפות לביטוח הקבוצתי אינה מהווה תנאי להעסקה או לחברות בקבוצה המבוטחת.

9 . דמי ביטוח חודשיים(פרמיות)

9.1 דמי הביטוח, אופן תשלומם והגורם המשלם מפורטים בנספח 3 לפוליסה

9.2 דמי הביטוח יהיו צמודים למדד כמפורט בסעיף 14 להלן.

10 . התאמת דמי הביטוח החודשיים

לא תתבצע התאמת פרמיה ע"י המבטח במהלך תקופת הביטוח .

11 מתן מסמכים למבוטח:

11.1 המבטח ימסור עם תחילת תקופת הביטוח, לכל מבוטח, בין בהצטרפותו לראשונה ובין במועד חידוש הביטוח לתקופה נוספת, העתק פוליסה, טופס גילוי נאות לפי הנחיות המפקח, דף פרטי ביטוח, תעודת ביטוח שתציין את פרטיו האישיים, תקופה וסוג הביטוח וכן מסמכים נוספים שיוורה עליהם המפקח. תעודת הביטוח בצירוף תעודה מזהה, תהווה הוכחה לרופא הסכם שהמבוטח זכאי לטיפול על פי הוראות הפוליסה.

בסעיף זה "חידוש ביטוח" - למעט הארכת תקופת הביטוח בלא שינוי בדמי הביטוח ובתנאי הכיסוי הביטוחי, לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטח על חידוש הביטוח לתקופה נוספת.

11.2 חלה על מבוטח חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מהחוזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, תוך 30 יום ממועד קבלת בקשת המבוטח.

11.3 נקבע כי בעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח, במלואם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מן החוזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, תוך 30 יום ממועד קבלת בקשת

המבוטח, ואולם המבטח רשאי שלא לשלוח למבוטח הוראות בחוזה האמור לעניין גובה דמי הביטוח, התאמת דמי הביטוח.

12 מתן הודעות למבוטח:

12.1 חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (בסעיף זה להלן - "מועד תחילת השינוי"), ימסור המבוטח למבוטח, 30 יום לפני מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי.

12.1.1 לעניין זה - "שינוי בדמי הביטוח" - לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח, במלואה או חלקה או הרחבתה, ולמעט שינוי בדמי הביטוח בשל הצמדתם למדד שנקבע מראש או שינוי בדמי הביטוח בשל מעבר בין קבוצות גיל כפי שפורט בטבלת דמי הביטוח הכלולה בפוליסה.

12.1.2 "שינוי בתנאי הכיסוי הביטוחי" - למעט הארכת תקופת הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבוטח על חידוש הפוליסה לתקופה נוספת.

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

13. תנאי הצמדה למדד

13.1 כל התשלומים למבטח ועל ידי המבטח על פי ביטוח זה, יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן, כמפורט להלן:

13.2 "המדד" - משמעו מדד המחירים לצרכן (כולל פירות וירקות) שקבעה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, אף אם יתפרסם ע"י כל מוסד ממשלתי אחר, לרבות כל מדד רשמי אחר שיבוא במקומו, בין אם יהיה בנוי על אותם נתונים שעליהם בנוי המדד הקיים ובין אם לאו. אם יבוא מדד אחר במקום המדד הקיים, תקבע הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה את היחס בינו לבין המדד המוחלף.

13.3 "המדד היסודי" - משמעו המדד הידוע במועד תחילת ההסכם.

13.4 "המדד הקובע" - משמעו המדד שפורסם לאחרונה לפני יום התשלום.

13.5 כל תשלומי המבוטח על פי פרקי הכיסוי יוצמדו לשיעור המדד הקובע לעומת המדד היסודי.

13.6 כל תשלומי דמי הביטוח שעל בעל הפוליסה לשלם למבטח, ישולמו בתוספת הפרשי הצמדה בשיעור עליית או ירידת המדד הקובע ביום ביצוע התשלום בפועל לעומת המדד היסודי.

14 אישור מראש לטיפול ותגמולי ביטוח.

14.1 קיבל המבוטח טיפול משמר המכוסה בביטוח אצל רופא הסכם תשלם המבטחת ישירות לרופא ההסכם בהתאם לתנאי הפוליסה והמבוטח יהיה פטור מתשלום כלשהו. קיבל המבוטח טיפול משמר המכוסה בביטוח אצל רופאי שאינו בהסכם תשלם המבטחת למבוטח תגמולי ביטוח בגין הוצאות ממשיות שהוציא לתשלום לרופא על טיפול השיניים אך לא יותר מסכום השיפוי המרבי הקבוע בפוליסה בנספח 1, טבלה א 1 בקשר לאותו טיפול שיניים שהיה בתוקף בתאריך הטיפול.

14.2 קיבל המבוטח טיפול פריודנטלי, פרוטטי, שתלים או אורטודנטיה המכוסה בביטוח אצל רופא הסכם יהיה המבוטח חייב לשלם רק את דמי ההשתתפות העצמית הנקובים בנספח 1 לפוליסה – טבלאות א 2, א 3, א 4 או א 5 ליד שם הטיפול וכפי שיהיו בתוקף ביום קבלת הטיפול.

14.3 קיבל המבוטח טיפול פריודנטלי או פרוטטי או שתלים המכוסה בביטוח אצל רופא שאינו בהסכם תשלם המבטחת למבוטח תגמולי ביטוח ולא יותר מ 65%- בטיפול פריודנטלי או פרוטטי, 60%- בטיפול שתלים, מסך ההוצאה בפועל בגין הוצאות ממשיות שהוציא לתשלום לרופא על טיפול השיניים אך לא יותר מסכום השיפוי המירבי הקבוע בנספח 1-טבלאות א 2 או א 3 או א 4, בקשר לאותו טיפול שיניים שהיה בתוקף בתאריך הטיפול.

14.4 קיבל המבוטח טיפול אורטודנטיה המכוסה בביטוח אצל רופא שאינו בהסכם תשלם המבטחת למבוטח תגמולי ביטוח ולא יותר מ 50% מסך ההוצאה בפועל בגין הוצאות ממשיות שהוציא לתשלום לרופא על טיפול השיניים אך לא יותר מסכום השיפוע המירבי הקבוע בטבלה א 5 בקשר לאותו טיפול שיניים שהיה בתוקף בתאריך הטיפול.

14.5 מבוטח חייב להגיש תוכנית טיפול לאישור המבטח בהתאם למפורט בפרקים א-ה. חוסר עמידה בתנאי של "אישור מראש" לפני קבלת טיפול כלשהוא במסגרת הפוליסה לא יבטל זכאות לכיסוי הוצאות טיפול שיניים מכוסה, במידה ויוכח בדיעבד, כי אכן נתקיימו התנאים, קודם לביצוע הטיפול, לזכאות ביטוחית לכיסוי הוצאות הטיפול.

14.6 מבוטח יוכל לעבור מרופא הסכם מטפל לרופא הסכם אחר גם אם נמצא באמצע יחידת טיפול בכפוף שהציג למבטח את הסיבות לאי שביעות הרצון. באם נדרשה השתתפות עצמית לטיפול ישלם המבוטח רק פעם אחת השתתפות עצמית בגין אותו טיפול.

14.7 מבוטח יוכל לקבל טיפול חלופי במידה והטיפול מחליף את הטיפול הנדרש ויביא לתוצאות דומות. עלות הטיפול לא תעלה על המפורט בטבלאות בנספח 1.

14.8 היה ובמהלך תקופת הביטוח יחול שינוי מהותי בענף ביטוח השיניים, אשר ינבע משינויים טכנולוגיים בענף או שתתפתח או תתקבל שיטת טיפול חדשה לבעיה רפואית המכוסה בהסכם, תיתוסף שיטה זו למסגרת הטיפולים הכלולים בכיסוי הרפואי במקום הטיפול הקיים בהסכם וזאת עד לגובה עלות הכיסוי הקיים. הצדדים ידונו בהכנסת הטיפול החדש ומידת השפעתו על העלות.

15 תחלופ (סברוגציה)

15.1 מששילם המבטח את מלוא תגמולי ביטוח, ורק לאחר שכיסה את התביעה אשר הגיש המבוטח בגין שירותים רפואיים להם הוא זכאי במסגרת הסכם זה במלואם, עוברת אליו, עד סכום תגמולי הביטוח ששולמו, כל זכות לתשלום או לשיפוי, אשר עמדה או אשר עומדת לזכות המבוטח מצד שלישי כלשהו, ו/או מכוח זכות עפ"י חוק ו/או מכוח הסכם ביטוח אחר ו/או מכוח הסכמי שב"ן שנערכו על ידו או עבורו. למען הסר ספק, מובהר כי זכות זו של המבטח תהיה תקפה אך ורק אם הכיסוי לו זכאי המבוטח מצד שלישי הינו כיסוי מסוג של שיפוי ולא מסוג של פיצוי.

15.2 במידה ותגמולי הביטוח, אשר שולמו ע"י המבטח, לא הגיעו כדי שיפוי מלא של הוצאות המבוטח בפועל בגין מקרה הביטוח, תעמוד לזכות המבוטח הזכאות לקבל את אותו חלק מצד שלישי, אשר ישלים את השיפוי עד לכדי שיפוי מלא.

16. ביטוח כפל

המבטח יהיה אחראי, לחוד, כלפי המבוטח על מלוא סכום תגמולי הביטוח עד גובה התקרה הקבועה בפוליסה הקבוצתית, אף אם היה המבוטח זכאי לכיסוי ההוצאות המשולמות בעד מקרה ביטוח גם לפי פוליסה לביטוח שיניים אחרת, בין אצל אותו מבטח, ובין אצל מבטח אחר.

17. מיסים והיטלים

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

17.2 המבטח רשאי, על פי שיקול דעתו הבלעדי, לשלם המיסים, ההיטלים וההוצאות, כאמור או חלקם במקום המבוטח ובמקרה זה, יהיה הסכום ששולם, כאמור, חלק מתגמולי הביטוח.

18. התיישנות התביעות

תקופת ההתיישנות של תביעה לתגמולי ביטוח היא 3 שנים מיום קרות מקרה הביטוח. תוכנית טיפול שאושרה בתקופת הביטוח, המבטחת תשלום את תגמולי הביטוח בגין אותה תוכנית גם אם ביצועה חורג מסיום תקופת הביטוח וזאת עד לתקופה של שישה חודשים בטיפול אורטודנטי עד תשעה חודשים

19. הגבלת אחריות המבטח

חבות המבטח הינה לגבי שירותים רפואיים הכלולים בהסכם זה המבוצעים במדינת ישראל בלבד, בכפוף להוראות ההסכם ובלבד שהוכחה זכאותו של המבוטח.

20. סוכן ביטוח

בעל הפוליסה מינה את ווי סוכנות לביטוח בע"מ

21. כללי

21.1 כל ההודעות וההצהרות על פי הסכם ביטוח זה - ייעשו בכתב, ולא יהיה תוקף לכל שינוי אשר ייעשה בהסכם ביטוח זה, אלא לאחר שהצד השני אישר אותו בכתב.

21.2 המבטח מחייב לשמור על סודיות של מידע סודי של בעל הפוליסה כגון אך לא רק: רשימות עובדים, פרטי ההסכם וכל מידע סודי אחר ולא לעשות בהן כל שימוש למעט לעניין יישומו של הסכם זה.

21.3 מקום השיפוט היחיד והבלעדי בכל הקשור או הנובע מהסכם ביטוח זה יהא בכל בית משפט מוסמך בישראל.

21.4 כתובות הצדדים לצורכי הסכם ביטוח זה הן:

**המבטח: אילון חברה לביטוח
כתובת: אבא הלל 12 רמת גן**

**בעל הפוליסה: לשכת יועצי מס בישראל
כתובת: גולדברג 4 תל אביב מיקוד 61369 ת.ד. 37006**

כל הודעה אשר תישלח מצד אחד למשנהו בדואר רשום לפי הכתובות דלעיל, תיחשב כאילו הגיעה לתעודתה בתוך 72 שעות מעת שנמסרה למשלוח בכל בית דואר בישראל.

22. על הסכם זה חל, בכפוף לתנאיו, חוק חוזה הביטוח וכל תקנות וחוזרים שפורסמו ע"י משרד האוצר, התשמ"א - 1981.

תוכנית הביטוח

1. הגדרות

הגדרות אלה יחולו על כל פרקי הסכם ביטוח זה וכל נספחיו.

מבוטח - חבר לשכה ובני משפחה ו/או בני / בנות זוג (לרבות ידועה/בציבור) ו/או ילדיהם מגיל 5 המהווים חלק בלתי נפרד מהפוליסה ואשר בעבורם משולמת הפרמיה לביטוח.

רשימת מבוטחים -רשימה המפרטת את כל עובדים והגמלאים של בעל הפוליסה המבוטחים עפ"י פוליסה זו, והמפרטת את בני / בנות זוגם וילדיהם.

רופא שיניים -מי שהוסמך ע"י הרשויות המוסמכות לעסוק ברפואת השיניים בישראל ומחזיק ברישיון ישראלי תקף לעסוק ברפואת שיניים.

רופא הסכם/ הסכם -פירושו מרפאה ו/או רופא שיניים הקשור עם המבטחת בהסכם לאספקת שירותים למתן טיפול שיניים במסגרת ביטוחי שיניים המונהגים ע"י המבטחת. המבטחת שומרת לעצמה את הזכות להוסיף או לגרוע רופאים / מרפאות מרשימת רופאי ההסכם עפ"י שקול דעתה תוך התייעצות עם בעל הפוליסה. המבטחת מתחייבת כי מרפאות הסדר ורופאי הסדר יהיו נגישים ובפריסה ארצית.

שיננית – שיננית בעלת רישיון ישראלי בר תוקף המתיר לה לעסוק במקצועה כשיננית.

רופא שיניים מומחה – רופא שקיבל רישיון מומחה ממשרד הבריאות בתחום מומחיותו.

מרפאת הסכם ייחודית – פירושה מרפאת שיניים הקשורה עם המבטחת בהסכם למתן טיפולים.

רופא שיניים פרטי - רופא שיניים שאינו רופא הסכם.

טיפול שיניים משמר -כל הטיפולים והשירותים הרפואיים המפורטים בנספח 1.

טיפול שיניים משקם פרוטטי -כל הטיפולים והשירותים הרפואיים המפורטים בנספח 2

טיפול שיניים פריודנטלי – כל הטיפולים והשירותים הרפואיים המפורטים בנספח 3.

טיפול מומחים - כל הטיפולים והשירותים הרפואיים המפורטים בנספח 4.

טיפול שיניים אורתודנטי – כל הטיפולים והשירותים הרפואיים המפורטים בנספח 5.

טיפול עזרה ראשונה - כל הטיפולים והשירותים הרפואיים המפורטים בנספח 2 המתייחסים לשירותי עזרה ראשונה.

מדד הבסיס - מדד הבסיס לפוליסה זו הינו 12230 שפורסם ביום 15.10.2016

טופס בקשה להצטרפות- טופס בקשה להצטרפות לביטוח הוצאות רפואת שיניים

בקשה לצרף את בן / בת זוגו וילדיו, אשר בעקבות הגשתו לחברה או לבא כוח מטעמה הוצאה הפוליסה (ראה נספח 6 א' ו- ב').

סכום השתתפות עצמית – תשלום עבור טיפול המכוסה בפוליסה ונמצא ברשימת הטיפולים אשר ישולם על ידי המבוטח בעת טיפול אצל רופא/מרפאת הסכם. סכום התשלום יופיע בטופס אישור טיפול מראש, בסמוך לרישום כל טיפול שאושר.

שיעור השתתפות עצמית – ביטוי אחוזי לסכום ההשתתפות העצמית מתוך תקרת ההחזר לכל הטיפול כמפורט בנספחי הטיפולים.

תעודת ביטוח - תעודת ביטוח ברת תוקף שתונפק ע"י החברה ואשר תציין את פרטי המבוטח שם פרטי, שם משפחה, מספר תעודת זהות, סוג ההסכם, תום תקופת הביטוח, שם בעל הפוליסה. באמצעות התעודה יזוהה המבוטח אצל רופא שיניים לצורך קבלת הטיפולים.

חוק חוזה הביטוח - חוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981 עפ"י ניסוחו, חוק הפיקוח על עסקי ביטוח התשמ"א והתקנות שהותקנו לפיהם ואשר חל על הצדדים בפוליסה זו.

2. סייגים לחבות המבטחת:

2.1.1 מודגש ומובהר בזה, כי הביטוח על פי פוליסה זו לא מעניק כיסוי ו/או שיפוי ו/או פיצוי ו/או תגמולי ביטוח כלשהם, יהיה מצב שינוי של המבוטח אשר יהיה פרט לאלה המפורטים במפורש בנספחים המשמר, הפרוידנטלי, הפרוטטי, האורתונדטי וטיפולי מומחים ועזרה ראשונה ובתנאי שעל-פי הפוליסה קיימת זכאות לביטוח

* ילדים אשר ביום הצטרפותם לביטוח הינם מתחת לגיל 21, אינם זכאים לטיפולים פרוטטיים, פרוידנטליים וטיפולי מומחים.

* ילדים אשר ביום הצטרפותם לביטוח הינם מעל גיל 21, יצורפו לביטוח המשולב ויהיו זכאים לטיפולים המשמרים הפרוטטיים, הפרוידנטליים ורפואת מומחים.

2.1.2 למען הסר כל ספק, הכיסוי הביטוחי על פי פוליסה זו כפוף לכל הסייגים והתנאים המוקדמים המצוינים בפוליסה זו.

2.1.3 הואיל והביטוח על פי פוליסה זו הינו ביטוח לשיפוי והחזר הוצאות בריפוי שיניים, המבטחת איננה אחראית ותהיה פטורה כיסוי ו/או שיפוי המבוטח בגין כל אחד מהמצבים הבאים:-

2.1.3.1 המבטחת אינה אחראית לטיב הטיפולים ו/או לבחירת רופא ו/או לכל מעשה ו/או למחדל של רופא שיניים כלשהו (לרבות רופא הסכם ומרפאה ייחודית) ו/או עובדו ו/או עובד של המרפאה בה נותן הרופא טיפול ו/או כל אדם המצוי סמוך למקום מתן הטיפול.

2.1.3.2 מבלי לגרוע מהאמור לעיל ובנוסף לו, המבטחת אינה אחראית לכל נזק אשר נגרם למבוטח במרפאה בה מקבל המבוטח טיפול בשינוי לרבות במרפאה בה נותנים רופא ההסכם ומרפאה ייחודית טיפול, בין שהנזק נגרם על ידי הטיפול במרפאה ובין שנגרם מסיבה אחרת.

2.1.3.3 בגין כל זנק שנגרם לגופו או לרכושו של המבוטח תוך כדי או עקב טיפול לקוי או רשלני שניתן ע"י רופא שיניים כלשהו.

3.1.3.4 המבטחת תהא פטורה משפוי ו/או החזר הוצאות בגין הוצאות שהוציא מבוטח עבור טיפולים שבוצעו ע"י אדם שאינו רופא שיניים כהגדרתו בסעיף ההגדרות של פוליסה זו.

- 2.1.4 קבל המבוטח טיפול כלשהו אצל רופא הסכם / מרפאה ייחודית – וטיפול זה חורג מהיקף הטיפולים כמפורט בנספחים המשמר, הפרוטטי, הפריודנטלי, האורתונדטי וטיפולי מומחים, מתחייב המבוטח לשלם לרופא את מחיר הטיפול.
3. 2.1.5 המבטחת תבדוק כי לכל רופא הסכם/ מרפאת הסכם תהיה פוליסת ביטוח אחריות מקצועית תקפה ובהיקף הולם.
זאת למקרה של גילוי רשלנות מצד רופא המטפל.
- 2.1.6 מרמה של מבוטח:
- 2.1.6.1 המבטחת תהיה פטורה מלפצות את המבוטח או לשלם לרופא הסכם עבור טיפול שקיבל המבוטח באם יסתבר לה כי אותו טיפול התקבל בדרכי מרמה.

פרק א- הגדרות לטיפולים משמרים

1. הערכה (בדיקה) מקיפה / תקופתית / מוגבלת (ממוקדת בבעיה) / חוזרת

בדיקה כללית בביקור ראשון אצל רופא השיניים, בדיקה שגרתית תקופתית, מעקב אחרי טיפולים שבוצעו וכן הכנת תוכנית טיפולים על פי תנאי הפוליסה.

זכותו של מבוטח לבקש מהרופא המטפל להגיש תוכנית טיפול מוקדמת (בעיקר עקירות וטיפולי שורש) על מנת שיידע מראש מה הטיפולים שישולמו ע"י המבטח והאם יש טיפולים שלא יכוסו ע"י המבטח.

כיסוי המבטחת מוגבל לבדיקה אחת בכל שנה. 3 בדיקות לשנת ביטוח.

2. צילומי רנטגן

יש להעביר את הצילומים שנעשו למבוטח לעיון המבטח כאשר הם קריאים, ניתנים לפענוח ובעלי ערך אבחנתי. צילומי רנטגן יבוצעו אך ורק עפ"י בדיקה בפועל והפנייה של הרופא המטפל. בשום מקרה לא ישלח מבוטח לצילום או יופנה למכון צילום ע"י כוח עזר דנטאלי את מינהלי בלי שבדק קודם ע"י רופא שיניים שקבע את הצורך בצילומים הספציפיים.

בבדיקה ראשונה של המבוטחים יבוצעו רק צילומי נשך וצילומי פריאפיקליים בודדים (שיניים קדמיות למשל) צילומים אלו ישמשו לצורך אבחון טיפולים משמרים, ויכללו לשמש גם כצילום "שלפני" טיפול שורש (הנדרש כידוע עפ"י תנאי הפוליסה בעת הגשת הדרישה לתשלום בגין טיפול שורש – ראה סעיף טיפול שורש להלן). רק בגמר הטיפול המשמר, ורק במידה והמבוטח נזקק לטיפול פרוטטי או פריודנטלי, יבוצע צילום סטאטוס או לחילופין צילום פנוראמי (כאמור בסעיף 3 בנספח מס' 1).

אין לבצע בעת הבדיקה הראשונה צילום סטאטוס או פנורמי, והמבטח לא ישלם במקרים אלו בגין הסטאטוס או הפנוראמי אלא במקרים יוצאים מן הכלל שילוו במכתב הסבר מנומק

א. **צילום פנורמי או סטטוס** (סטטוס מלא / חלקי. מקביליות חלקי / מלא) – חובה לקבל הפניה של הרופא המטפל. לא יכוסה צילום סטטוס אצל מבוטח חסר שיניים בלסת אחת או שתי לסתות.

סדרה של 14 צילומים פריאפיקליים (סטאטוס) של שתי הלסתות, עליונה ותחתונה, או לחילופין צילום פנוראמי של הפה הכיסוי מוגבל ל – 2 צילומים בשנת הביטוח, צילום אחד נוסף על פי דרישה של רופא מומחה.

בכל מקרה שלמבוטח נעשה צילום סטאטוס או צילום פנוראמי יש להעבירו לעיון רופא המבטחת במצורף לתביעה לתשלום בגינו. על מעטפות צילום הסטאטוס ירשם שם המתרפא שם הרופא או המכון, תאריך צילום, ומספר תעודת הזיהוי של המתרפא לפי כרטיס הביטוח.

תביעה עבור צילום כאמור שלא צורף אליה הצילום לא תשולם. המבטחת מתחייבת להחזיר את צילום הסטאטוס או הצילום הפנורמי תוך 30 יום בדואר. במידה והמבוטח, הרופא או המרפאה ירצו לקבל לידם את הצילום בתוך פרק זמן קצר יותר ויכלו בתיאום מראש לקבלו בתוך מספר ימים מיום הגיעו למבטח.

צילום סטאטוס או צילום פנוראמי לילדים מתחת לגיל 15 טעון אישור מראש – בקשה לאישור יש להפנות למבטח.

אין לבצע צילום סטאטוס מלא אצל מבוגרים חסרי שיניים לחלוטין בלסת אחת או בשתייהן.
ב. **צילומי נשך** – צילום לצורך אבחון טיפול משמר. כיסוי מוגבל לזוג צילומים אחד לכל שנת ביטוח. צילומים אלו יועברו לעיון המבטחת.

ג. **צילומים פריאפיקליים** – צילומים המיועדים לאבחון (לא כולל צילומים הקשורים בעקירות וטיפולי שורש). כיסוי מוגבל ל-2 צילומים לשנת ביטוח.

ד. צילום אוקולוזלי - סיגרי- צילום לצורך אבחון בלסת מחוסרת שיניים. יכוסו זוג צילומים לתקופת ביטוח .

3. ניקוי אבן

ילמבוטח מעל גיל 12- אושרו עד 3 פעמים (ניקוי אבן משמעו ניקוי 4 שיניים ויותר) בשנת ביטוח. ילד מתחת לגיל 12- טיפול אחד בשנה.

4. סתימות

א. שחזור אמלגם או שחזור מחומר מורכב או לבנה המתקשה באור (קולצר)-

שיחזור שן שנפגעה בעששת (בכלל זה עששת צווארית) באמצעות חומר קבוע (אמלגם) או מרכב כולל אלחוש מקומי, הכנת חלל לפי כללי "ההרחבה לצורך מניעה" (EXTENSION FOR PREVENTION) ניקוי העששת, הנחת מצע ו/או חיפוי מוך ישיר או בלתי ישיר באמצעות הנחת חומר המכיל קלציום הידרוקסיד או כל חומר שיעורר ריפוי מוך ו/או יצירת גשר דנטין, הנחת חומר השחזור עם או בלי מטריצה (לפי סוג השחזור), גילוף לפי האנטומיה של השן, שחזור מגע השן עם השן או השיניים השכנות ועם השיניים האנטגוניסטיות (לסת נגדית) כאשר בשן אחת קיימים שניים או יותר נגעים של עששת, שחזורם באותה ישיבה יחשב כשחזור אחד בין אם שחזור שני הנגעים הינה המשכית זו לזו ובין אם לאו.

ב. לא ישולמו שני שחזורים בשטחים שווים של השיניים האחוריות אלא אם כן נעשו בהפרש זמנים של שנה. למעט עששת צווארית CL5 (שחזור בשולי צוואר השן בגבול החניכיים).

יוצאים מן הכלל שיניים קדמיות 13-23 ו 43-33 בהן מותרות 2 שחזורים בשטח מזיאלי ודיסטלי, בתוספת CL/5 בשום מקרה לא ישולמו למעלה מ – 2 שחזורים בשיניים אחוריות בפרק זמן של שנה. חומר מילוי בשן (מבנה אמלגם, פרוסטודונט וכו') אינו מוכר כשחזור ואינו מכוסה. אם כוסה בכתר בתוך 4 חודשים מיום ביצוע השחזור ושולמה תמורתו כשחזור יקוזז מחירה מההחזרים המגיעים לרופא או למבוטח.

ג. תביעה בגין שיחזור שיניים שעברו טיפול שורש, באמצעות שחזור, תשולם רק במידה והשחזור עונה על קריטריונים של שחזור תפקודי השן | (שחזור מתחת לכתר לא מכוסה), ותהווה את השחזור הסופי של כותרת השן. במידה ומתוכנן לבצע כתר על השן תוך פרק זמן של 4 חודשים לא ישולם עבור השחזור, ואם שולמה התמורה לשחזור – יקוזז מחירה מההחזרים לרופא או למבוטח.

ד. בעת תביעה לתשלום לסדרת שחזורים בישיבת אחת יש לצרף זוג צילומי נשך לפני הטיפול כדלקמן:
(1) באם בוצעו למעלה מ – 6 שחזורים.
(2) באם בוצעו למעלה מ – 5 שחזורים בשיני חזית.

ה. שן חלב שעברה שחזור ובתוך 3 חודשים יש לעקרה בשל הופעה מורסה, דלקת מוך השן וכו' תיעקר על ידי הרופא המטפל. ההחזר בגין עקירה זו לא יעשה על חשבון המבטחת. שחזור אשר התעורר

הצורך בהחלפתו בשחזור חדש באותם המשטחים שעליהם שילמה המבטחת, תשלום שנית על ידי המבטח רק אם חלפו 3 שנים ממועד ביצוע השחזור המקורי.

ו. בשחזורים אשר יש צורך בהחלפתם (לחדשם) בגלל נגע עשיתי במשטח נוסף תשלומנה על ידי המבטח ובתנאי שחלפה לפחות שנה אחת מביצוע השחזור המקורי.

מכוסה סתימה אחת בכל שן בכל 3 שנות ביטוח כאשר הצורך בה היא פגיעה עששיתית בחומר השן. לא תאושר סתימה נוספת באותו משטח בשן שכבר שולם אם לא עברה לפחות שנה מסתימה קודמת. כיפוי מוך ישיר / לא ישיר כלול במחיר הסתימה. במידה יבוצע טיפול שורש תוך שנה ממועד ביצוע הסתימה, תקוזז עלות הסתימה מהתשלום עבור טיפול שורש. מכוסה שחזור אמלגם על שן מוכתרת שבוצע טיפול שורש.

בשיניים קידמיות הזכאות ל2 סתימות בשן בכל 3 שנות ביטוח, לרבות סתימות לבנות כאשר ביצוע השיחזור הינו במשטח לא המשכי למשטח ששוחזר.

ב. שחזור אמלגם עם אחיזת פינים - פינים פרה פולפריים, מוגבל ל 2 פינים לשחזור. פינים מסוג דנטטוס ופרה פוסט לא מכוסים במסגרת זו.

ג. סתימה זמנית - אין החזר נפרד עבור סתימה זמנית

ד. שחזור לאחר טיפול שורש - תאושר רק במידה והיא עונה על הקריטריונים של שיחזור תפקודי השן ואינה מחוזקת בפינים מסוג דנטטוס או פרה פוסט. שימוש בפינים אלה אינו מכוסה במסגרת זו. כיפוי מוך כלול במחיר הסתימה.

ו. מ 4- סתימות ומעלה יש לצרף צילומי נשך או פריאפיקלי.

5. כתרים טרומיים לילדים

לילדים עד גיל 12 ובשיני חלב, יאושרו כתרים טרומיים במידה ואין אפשרות לשיחזור השן על ידי סתימת אמלגם (בצירוף צילום).

6. איטום חריצים

איטום חריצים אוקלוזלים של שיניים קבועות באמצעות חומר מורכב, הטיפול מוגבל לילדים עד גיל 16 פעם אחת בשלוש שנות ביטוח לכל רבע פה (עד 2 שיניים, שיניים 4,5,6,7) בשיניים קבועות בלבד.

7. טיפולים במוך השן

א. טיפול שורש בשיניים קבועות - שן קדמית / מלתעה / טוחנת / 4 תעלות

טיפול שורש מכוסה במסגרת הביטוח בכל המקרים הדנטליים. דהיינו באם הוא תוצאה ישירה מפגיעה כלשהי בעצב (במוך השן) אשר גרמה לדלקת מוך השן, נמק או מורסה. בכלל זה פגיעות פריודנטליות, פגיעות במסעף, סדק בשן שאינו נראה בצילום, פגיעות מטראומה אוקלזאלית ואחרות, רגישות צווארית או סיבה רפואית אחרת המלווה במכתב של הרופא המטפל.

לא יכוסה טיפול שורש בשן בריאה חסרת כל סימפטומים של דלקת, למעט מקרים חריגים של בקיעת יתר של השן הנראית בצילום פנורמי או נשך ומונעת אפשרות שיקום שיניים נגדיות בלסת הנגדית, או הטיה חזקה מזיאלית ו/או דיסטלית של שן/שיניים הנראית בצילום רנטגן אל מרווח השן החסרה, המונעת אפשרות שיקום המרווח או שן פגועה מהשחזה או שן שחוקה.

לפני ביצוע קידוח ו/או סתימה זמנית כהכנה לטיפול שורש יש לקבל אישור מוקדם מהמבטח. ללא אישור, הטיפול לא מכוסה והמבטח לא יהיה זכאי להחזר בעבור טיפול שורש בשן זו.

יש לצרף צילום לפני הטיפול ובסיום הטיפול.

החזר עבור טיפול השורש / חידוש טיפול שורש כולל צילומים וסתימה זמנית ואינו כולל סתימה סופית. טיפול השורש מוגבל לאחד לשן לתקופת ביטוח, וזאת אך ורק בשן בה לא בוצע בעבר טיפול שורש.

טיפול שורש / חידוש טיפול שורש אצל רופא מומחה בכפוף להפניית הרופא המטפל.

חידוש טיפולי שורש - הביטוח מכסה חידוש טיפול שורש אחד לכל שן רק אם יוכח צורך רפואי דנטלי. על המבוטח להגיש בקשה לאשור מראש לטיפול לפני התחלתו, למעט התחלת טיפול במצבים חריפים. כיסוי ביטוחי גם בביצוע חידוש טיפול שורש דרך הכתר ו/או במקרה הצורך של הסרת כתר. לא יכוסו חידושי טיפולי שורש בשיניים בהן טיפול השורש בוצע בתקופת הביטוח ושולמה תמורתו ע"י המבטח למעט אם חלפו לפחות שלוש שנים ממועד הביצוע.

ב. בשיני חלב יאושרו קיטוע מוך חי (פולופוטומי) אחד לכל שן חלב בתקופת הביטוח. ההחזר עבור קיטוע מוך כולל גם צילומים. בשיניים קבועות יאושר הטיפול רק אם לפי הצילומים השורש לא נסגר.

ג. אין כיסוי לטיפולי שורש פולפקטומי בשיני חלב.

8. שירותים כירורגיים

יש לצרף צילום עדכני לפני העקירה כתנאי מוקדם לאישור ותשלום בגין העקירה.

א. **עקירה רגילה** - אין הגבלה במספר העקירות למבוטח. העקירה מכוסה באם היא נדרשת בשל הרס נרחב של כותרת השן ללא אפשרות שיחזור. במידה ונעקרו באותה ישיבה מספר שיניים יהיה התשלום עבורם כפי שמופיע בטבלת ההחזרים לעקירת שן נוספת. התשלום כולל ביקורת אצל הרופא המבצע לאחר העקירה.

ב. **עקירה כירורגית (לרבות שן כלואה)** - הוצאת שן אשר מחייבת הפשלת מטלית רקמה רכה או קשה, הורדת עצם מכתשית ותפרים. ההחזר כולל בין השאר צילום וטיפול לפני ואחרי העקירה. אם באותה ישיבה נעקרו כירורגית מספר שיניים תחשב עקירה אחת לעקירה כירורגית ושאר העקירות לעקירת שן רגילה. קביעת רופא של המבטחת באמצעות הצילומים היא הקובעת בקשר לצורך ולתשלום עבור עקירה כירורגית.

בהתייחס לסעיפים 8 א', ב' - שן שטופלה ושולם עבורה החזר ויש לעוקרה תוך שנה, יקוזז ההחזר בגין הטיפול שנעשה מהתשלום עבור העקירה. שן חלב שטופלה ושולם עבורה החזר ויש לעוקרה תוך שישה חודשים ממועד הטיפול, יקוזז ההחזר בגין הטיפול שנעשה מהתשלום עבור העקירה.

9. קטוע חוד שורש השן (אפיסקטומי), המיסקציה או טיפול בציסטה

חיתוך הרקמה הרכה או סילוק רקמה דלקתית (ציסטה), כולל הפשלת מתלה רקמה רכה והסרת עצם כולל אלחוש מקומי, תפרים, סתימה רטרוגראדית במידת הנדרש, טיפול, בכלל זה ביקורת, הוצאת תפרים. בקטגוריה זו נכללת גם אמפוטציה של שורש (המיסקציה) גם ממקור פריודנטלי.

קטוע חוד שורש השן יעשה על פי שיקול דעת הרופא המטפל.

אין הגבלה במספר השיניים הזקוקות לקיטוע חוד שורש השן. קטוע חוד השורש באותה שן מוגבל לאחד לתקופת ביטוח.

בעת הגשת התביעה יש לצרף צילומי רנטגן לפני הטיפול ובסיומו.

סכום ההחזר עבור קטוע חוד שורש השן והמיסקציה כולל את סכום ההחזר בגין הצילומים.

10. עזרה ראשונה

טיפול לשיכוך כאבים ובתנאי שאיננו חלק מטיפול שעבורו ידרוש המבוטח החזר. יש לפרט את מהות הטיפול. שני טיפולים בשנת ביטוח.

11. מכתשית יבשה

דלקת עצם המכתשית לאחר עקירת שן.

12. הוראות כלליות

א. אלחוש מקומי - נכלל במחיר הטיפול.

ב. תרופות - תרופות אשר על המבוטח לקחת לפני, במשך או לאחר הטיפול, אינן נכללות במסגרת הביטוח והוצאותיהן חלות על המבוטח.

1. טיפול פריודונטי אשר נעשה אצל רופא מומחה - יאושר ללא צורך לעמוד בתנאי נספח זה וללא צורך בקבלת אישור מראש.

טיפולי חניכיים יכוסו מעל גיל 18

2. הנחיות לקבלת טיפול:

1. כל הטיפולים והשירותים הפריודנטלים יבוצעו אך ורק על ידי רופאים פריודנטים מומחים בעלי תעודת מומחה מטעם משרד הבריאות לעסוק כמומחים בפריודונטיה.
 2. יש לסיים את כל הטיפולים המשמרים (עקירות, טיפולי שורש, שחזורים, ניקוי אבן וכד') לפני התחלת הטיפול הפריודונטי. לא ניתן לקבל "אישור מראש" על טיפולים פריודונטיים לפני גמר הטיפול המשמר.
 3. לאחר ביצוע הטיפול השמרני בחניכיים כגון ניקוי אבנית והדרכה בהגיינה אוראלית, יש להמתין זמן של חודשיים לפחות לריפוי, ולבצע הערכה מחדש של הצורך בניתוח.
 4. המבוטח חייב לקבל "אישור מראש" מהבטחת לביצוע טיפול פריודנטלי כל שהוא לפני שיבוצע כל טיפול אותו זכאי המבוטח לקבל במסגרת הביטוח ועבורו הוא עשוי לבקש החזר כספי. טופס לאישור מראש ראה נספח 5, כולל צילום סטאטוס או פנורמי אשר בוצע לפחות 5 חדשים לפני בקשת האישור.
 5. לאחר עיון ובדיקה של בקשת ה"אישור מראש" לתכנית הטיפולים ע"י רופא המבטחת תשלח המבטחת את תשובתה למבוטח, או כאישור לביצוע מלא או חלקי של תוכנית הטיפולים המבוקשת, או כדחיית התביעה: המבטחת רשאית להפנות את המבוטח לצורך בדיקת הפה אל רופא נוסף מטעמה לפני קבלת החלטה סופית, ו/או לאחר גמר הניתוחים לפני שיקול דעתה.
 6. השתתפות המבטחת אצל רופאים מומחים בפריודונטיה תהיה בגובה תקרת ההחזר הנמצאת ברשימת הטיפולים הפריודונטיים.
 7. תוקף האישור מראש יפוג לאחר שישה חודשים במידה ולא החלו בטיפולים מסיבה כל שהיא – ולאחר שנה במידה והחלו בטיפול.
 8. אין המבטחת אחראית לטיפולים פריודנטליים המבוצעים ע"י הרופאים הפריודנטים, אלא לתשלום ההוצאה הכספית בלבד.
- א. הערכה פריודונטלית מקיפה**
- פרושה רישום מלא של הממצאים הפריודנטלים והאורליים, רישום מצבים בריאותיים כללים של המתרפא אשר עלולה להיות להם השלכה על קביעת תוכנית הטיפול, רישום עומק הכיסים בכל השיניים, רישום סוג ואופן ספיגת העצם אם יש כזו, רישום נידות השיניים אם יש כזו ומילוי טופס תוכנית הטיפולים לאישור מראש אצל המבטחת.
1. המבטחת תכסה 2 בדיקות פריודנטלית אחת בתקופת הביטוח, ובלבד שהבדיקה נעשית עפ"י צרכים רפואיים, ולוותר בתוכנית טיפולים פריודנטלית לאישור מראש של המבטחת.
 2. **ביקורת לאחר טיפול כירורגי פריודנטלי אינה נחשבת לצורך תשלום סעיף זה.**
9. **ילדים אשר ביום הצטרפותם לביטוח הינם מתחת לגיל 21 – אינם זכאים לטיפולים פריודנטליים.**

טיפול פריודונטליים - חבות וסייגים

א. הערכה פריודונטית מקיפה והכנת תוכנית טיפולים
פרושה: רישום מצב בריאותו הכללי של המבוטח אשר עלולה להיות לו השלכה על קביעת תוכנית הטיפול ורישום מלא של הממצאים הפריודונטליים והאורליים שיכלול:

רישום עומק כיסים - מדידה לפחות ב - 4 נקודות לכל שן

רישום ניידות השיניים

0 - חוסר ניידות

1 - ניידות הוריזונטלית עד 1 מ"מ

2 - ניידות הוריזונטלית מעל 1 מ"מ

3 - ניידות ורטיקלית

רישום סימני דלקת -

0 - בריא

1 - דלקת קלה - אין דימום, שינוי צבע קל

2 - דלקת בינונית - דימומים בבדיקה, בצקת, אדמומיות

3 - דלקת חמורה - בצקת, אולצרציות, דימום ספונטני

רישום אבנית -

0 - אין אבנית

1 - אבנית התחלתית - סופרא - ג'ינג'יבלית

2 - אבנית בינונית - סופרא וסב - ג'ינג'יבלית

3 - אבנית רבה - סופרא וסב - ג'ינג'יבלית

רישום אובדן עצם -

0 - בריא

1 - התחלתי

2 - בינוני

3 - מתקדם

רישום מעורבות פורקציה -

0 - אין אפשרות חדירה עם פרוב

1 - ניתן לחדור כ- מ"מ לתוך הפורקציה

2 - ניתן לחדור עד אמצע עומק הפורקציה

3 - ניתן לעבור מצד B לצד P/L.

בטופס "הבדיקה ואישור מראש" - תרשם האבחנה ותמולא תוכנית הטיפולים שנקבעה לאחר איסוף הממצאים.

✓ המבטחת תכסה בדיקה פריודונטלית אחת בתקופת הביטוח.

✓ ביקורת לאחר טיפול כירורגי פריודונטלי אינה נחשבת לצורך תשלום סעיף זה.

ב. טיפול פריודונטלי שמרני

הקצעת שורשים (Root Planing)

פירושה: פעולה שמטרתה הסרת רובד הבקטריאלי, אבנית וחלקי צמנטום מפני שטח השורש ליצירת פני שטח שורש נקיים וחלקים. פעולה זו יכולה להתבצע בסקסטנטים, בקוואדרנטים או בכל הפה, ויכולה להידרש הרדמה מקומית. המבטחת תכסה הקצעת שורשים ארבע פעמים בתקופת ביטוח לכל סקסטנט (1/6 פה), מינימום 4 שיניים ב - 1/6 פה. במידה וקיימות פחות מ - 4 שיניים, ישולם בהתאם למספר השיניים שטופלו.

ג. כירורגיה פריודונטלית

טיפולים כירורגיים פריודונטליים יאושרו רק כאשר קיימת תחלואה פריודונטלית ברקמות התמיכה הרכות והקשות של השן המחייבת התערבות כירורגית, ואך ורק לאחר שבוצע טיפול שמרני, ועבר זמן של **חודשיים** לפחות מסיום טיפול שמרני זה לפני שנקבע לאחר ביצוע הערכה מחדש הצורך בטיפול כירורגי פריודונטלי.

הטיפול כולל: אלחוש מקומי, תפרים, תחבושת פריודונטלית וכל הדרוש לביצוע וסיום משביע רצון של הטיפול. כמו כן כולל הטיפול, הסברה וייעוץ לפני ואחרי הטיפול בכלל זה הוצאת תפרים, מתן מרשמי תרופות ו/או תעודה רפואית וביקורת לאחר הטיפול.

כריתת חניכיים (Gingivectomy) -

פרושה: פרוצדורה כירורגית שמטרתה חיתוך חניכיים חופשיות דלקתיות על מנת שהחניכיים הנותרות יבראו.

ניתוח מטלית כולל ניתוח עצם והשתלת חניכיים או ניתוח מוקג'ינג'יבל-

ניתוח חניכיים שמטרתו הקטנת עומק הכיסים ו/או פגמים פתולוגיים ברקמה הגרמית ו/או הרכה והכולל הרמת מטלית.

ד. טיפולים אחרים המכוסים במסגרת הביטוח

סד אמלגם

פעולה תוך כותרתית לקיבוע של שיניים עם שחזורי אמלגם המבוצעת על ידי גישור בין השיניים באמצעות חוט מתכתי הנמצא בתוך שחזורי האמלגם (A-splint).

סד מחומר מרוכב (splint)

פעולה תוך או חוץ - כותרתית לקיבוע של שיניים עם חומר מרוכב בעזרת חוטים מתכתיים או שימוש בשיטת הצריבה בחומצה וחומר מרוכב.

סד לילה

מכשיר פלסטי למניעת לחץ ממוקד על שיניים בודות.

סייגים והגבלות

1. לא יאושרו טיפולים פריודנטלים הקשורים לשיפור אסתטיקה של שחזורים פרוטטים.
2. לא יאושרו טיפולים כירורגיים מסוג ג'נגבופלסטיקה ואלבאולופלסטיקה.

פרק ג- הגדרות לטיפולים משקמים (פרוטטיים)

כללי

**לפני התחלת הטיפול המשקם יש להקפיד על הדרישות והדברים הבאים:
טיפולים משקמים יכוסו מעל גיל 18 בלבד.**

1. אין להתחיל כל טיפול פרוטטי לפני מילוי טופס "אישור מראש" לטיפולים פרוטטיים וקבלת אישור לזכאות המתרפא לטיפולים על פי תנאי הפוליסה. אחריות המבטחת לתשלום מותנה באישורה של תוכנית הטיפול מראש. לצורך אישור תוכנית הטיפול יש לציין על גבי טופס אישור מראש את כל הפרטים הנוגעים לשיחזור כמו: השיניים שמועמדות לשיחזור, סוגי התותבות ומיקומם, ציון מספרי השיניים המאחזות וכל זאת מתועד בצילומים המוכיחים את הצורך לטיפול.

2. במידה ולאחר בקשת האישור מראש יעשו טיפולים משמרים או פריודנטליים אשר עלולים לשנות את תוכנית הטיפולים שהוגשה יש לבקש את תיקון התוכנית ע"ג טופס חדש של "אישור מראש".

3. הרופא יהיה אחראי לכל עבודה פרוטטית שיבצע, ועל המבטח לא תחול אחריות כל שהיא לטיב הטיפול או לטיב תוכנית הטיפול. אישור לתוכנית הטיפול מהווה אישור על זכאות המבוטח לטיפולים המבוקשים ע"י הרופא המטפל עפ"י תנאי הפוליסה, ואינם מהווים המלצה לטיפול.

4. לצורך הגשת בקשה לקבלת החזר כספי לטיפולים משקמים יש להגיש למבטחת טופס תביעה בו צוינו סוגי הטיפול, השיניים, סוג וחומר השיחזור לצרף צילומים המוכיחים ביצוע העבודה וכן חשבונית מעבדה המציינת את שם המתרפא, סוג העבודה שנעשתה ובאיזה שיניים. אישור או אי אישור התביעה יעשה על ידי המבטחת תוך 14 יום ממועד הגשת טופס "אישור מראש". אי מתן הודעה לגבי אישור או אי אישור התביעה בתוך 14 יום יהווה אישור אוטומטי של התביעה מצד המבטחת.

טיפולים פרוטטיים בתוכנית המשקמת - חבות וסייגים

1. בדיקה ותוכנית טיפולים -

פרושה רישום כל המימצאים הדנטליים והאורליים ומילוי מפורט של טופס תוכנית הטיפולים. יש לציין מצבים בריאותיים כלליים אשר עלולים להשפיע על תוכנית הטיפולים, לדוגמא: סכרת. המבטח יכסה בדיקה אחת לשנה ובלבד שמרווח הזמן בין בדיקה אחת לשנייה (לרבות בדיקה משמרת) יעלה על שישה חודשים ורק אם הבדיקה הפרוטטית נעשתה מלכתחילה לצורך הכנת תוכנית טיפולים פרוטטית לאישור מראש ע"י החברה.

2. תותבת חלקית קבועה -

פרושה כתר או כתרים, אם כבודדים או כיחידה בגשר.

יכוסו כתרים מהסוגים הבאים:

2.1 כתר שרף/אקריל על בסיס מתכת לא אצילה/אצילה. כתר חרסינה מאוחה למתכת בסיס / אצילה כולל כתר זמני מידי או שחזור מרוכב על בסיס שרף/אקריל –משטח 1/2/3/4 – קידמי או אחורי .

2.2 כיסוי ביטוחי לכתר במקרים הבאים:

2.2.1 בכתר בודד-כאשר יש או היה צורך בביצוע טיפול שורש/חידוש טיפול שורש על פי הגדרות הפוליסה ו/או בשן שבוצע בה בעבר (לפני תחילת הביטוח) טיפול שורש ויש להכתירה. שבר בכותרת השן .

2.2.2 כיחידה בגשר –כתרים ישמשו לשיחזור השיניים המאחזות הסמוכות לשן החסרה (אחד מכל צד) ולשחזור השיניים התלויות.

2.3 התשלום עבור תותבת חלקית קבועה כולל את הכנת הפה והשיניים, עבודת המעבדה, מחיר החומרים והמתכת, כתרים וגשרים זמניים (למעט במקרה של גשר זמני המותקן לצורך רפואי לבדיקת פרוגנוזה של השיניים התומכות), מדידות, הכנסת תותבת לפה, הדבקתה (כולל הדבקה מחודשת) וההתאמות הדרושות לתפקוד מלא.

2.4 אין כיסוי לתותבת חלקית קבועה (כתרים) והבחירה בתותבת חלקית להוצאה על פי תנאי פוליסה זו תהיה במקרים הבאים:

2.4.1 אוקף חופשי בו חסרות שיניים טוחנות שיטית, שביעית ושמינית בצד אחד של הלסת.

2.4.2 כאשר המצב הפריודנטלי של השן המאחזת לקוי או מעורער.

2.4.3 כאשר קיים חוסר של 5 שיניים או יותר ברציפות. (פרט לאזור הקידמי כאשר חסרות השיניים 12-22 או 32-42 ובתנאי מפורש שלא חסרה עוד שן כל שהיא בלסת).

2.4.4 גשר של יותר מ 5 יחידות לא מכוסה. למעט גשר של 6 יחידות בשיניים 33-43 23-13 ובתנאי מפורש שלא חסרה שן נוספת בלסת.

2.5 תותבת חלקית קבועה תשולם רק פעם אחת בתקופת הביטוח עבור כל שן.

2.6 גשר תלוי או גשר הנשען על שן רופפת, או טיפול שמטרתו חיזוק שיניים רופפות לא מכוסה.

2.7 לא יכוסו טיפולים פרוטטיים למטרות קוסמטיות או אסטטיות.

2.8 החלפת שיחזורים קיימים מכוסה רק אם יש צורך דנטלי להחלפה, לרבות: ביצוע טיפול שורש, חידוש טיפול שורש או במקרה בו נעקרת שן או חלק משן המאחזת לגשר, יאשר הגשר החדש (במספר השיניים מהן היה מורכב הגשר הקודם בתוספת מספר שיניים מאחזות בהתאם לצורך רפואי) או חשיפת שולי כתר או כתרים בשל נסיגת חניכיים.

2.9 לא מכוסים טיפולים פרוטטיים אשר החלו בהם לפני קבלת "אישור מראש". , לדוגמא: שן מושחזת עם או ללא כתר זמני, סימנים קליניים של תח"ל וכו'.

3. תותבת חלקית נשלפת -

תותבת עליונה או תחתונה על בסיס שרף אקריל או מתכת כרום קובלט. תותבת שהמתרפא יכול לשלפה מפיו ולחזור ולייצבה במקומה. מטרתה השלמת שיניים חסרות בלסת.

3.1 התשלום עבור תותבת חלקית נשלפת כולל: הכנת הפה והשיניים, תכנון התותבת, עבודות המעבדה, מחיר החומרים והמתכת כולל ווים ושיניים ומשענות לשיניים, הכנסת התותבת לפה וביצוע כל ההתאמות הדרושות להבאתה לתפקוד מלא. התשלום כולל ביצוע ריפודים, התאמות וכו' עד ששה חודשים מיום הכנסת התותבת לפה.

3.2 כאשר מצבן הפריודנטלי של השיניים בלסת ו/או מספרן מעיד על אפשרות של מעבר לתותבת שלמה בתוך פרק זמן לא רב, תכסה המבטחת רק תותבת חלקית על בסיס שרף אקריל.

4. תותבת שלמה-

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

4.1 מכוסות תותבות שלמות הבאות:

- תותבת שלמה עליונה
- תותבת שלמה תחתונה.

או לחילופין:

- תותבת מיידית עליונה
- תותבת מיידית תחתונה.

4.2 התשלום עבור תותבת שלמה כולל הכנת הפה, עבודת מעבדה, מחיר החומרים, מדידות, התאמות, הכנסת התותבת לפה והבאתה לתפקוד מלא ונכון, לרבות ריפודים והתאמות כנדרש. התשלום כולל ביצוע ריפודים, התאמות וכו' תוך ששה חודשים מהכנסת התותבת לפה. למעט מעבר לתותבת מיידית לאחר עקירת כל שיני המתרפא בו תאושר בתום ששה חודשים תותבת נוספת.

4.3 תותבת על (OVER) DENTURE תכוסה כתותבת שלמה ולא יהיה כיסוי נוסף לטיפול בשיניים המאחזות, אפילו אם בוצעו בהם טיפולי שורש ויש לבצע בהן כיפות ו/או מבנים יצוקים.

4.4 אין כיסוי לתותבות המשמשות להגבהת המימד האנכי.

4.6 לא תכוסה תותבת שלמה כאשר קיימת אצל המבוטח באותה לסת תותבת שלמה או תותבת מיידית או תותבת חלקית קבועה או נשלפת למעט מקרים אשר הצורך הרפואי מחייב התקנת תותבת שלימה ובאישור מראש של החברה.

4.7 כאשר קיימת בפיו של המבוטח תותבת ישנה אשר ניתן לתקנה באמצעות ריפוד וכדומה באופן שיגיע למצב של תפקוד תקין – לא תכסה המבטחת תותבת חדשה.

5. תיקונים בתותבות חלקיות או שלמות

5.1 לצורך אישור תוכנית טיפולים בסעיף זה, אין צורך בצילומים .

5.2 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.

התיקונים המכוסים, כאמור לאחר 6 חודשים לפחות מפורטים כדלקמן:

6.1 תיקון שבר בבסיס תותבת שלמה
6.2 החלפת שן שבורה או חסרה בתותבת שלמה, לכל שן
6.3 תיקון שלד יצוק של תותבת
6.4 תיקון או החלפת וו בתותבת קיימת
6.5 החלפת שן שבורה בתותבת חלקית, לכל שן
6.6 הוספת שן לתותבת חלקית קיימת
6.7 הוספת וו לתותבת חלקית קיימת

6.8 חידוש בסיס תותבת שלמה עליונה
6.9 חידוש בסיס תותבת שלמה תחתונה
6.10 חידוש בסיס תותבת חלקית עליונה
6.11 חידוש בסיס תותבת חלקית תחתונה
6.12 ריפוד תותבת שלמה עליונה במרפאה
6.13 ריפוד תותבת שלמה תחתונה במרפאה
6.14 ריפוד תותבת חלקית עליונה במרפאה

6.15 ריפוד תותבת חלקית תחתונה במרפאה
6.16 ריפוד תותבת שלמה עליונה במעבדה
6.17 ריפוד תותבת שלמה תחתונה במעבדה
6.18 ריפוד תותבת חלקית עליונה במעבדה
6.19 ריפוד תותבת חלקית תחתונה במעבדה

6. מבנה

פירושו השלמת כותרת השן (שעברה טיפול שורש), הכוללת פין מוכן מראש או יצוק, אשר הוכנס בחומר המילוי של תעלה אחת או יותר מתעלות השורש ואשר מקבל את חיזוקו מתעלת השורש. יכוסו מבנים מהסוגים הבאים:
6.1 מבנה יצוק (מתכת אצילה / לא אצילה).

6.2 מבנה מייד/ישיר הכולל - פין מוכן מראש מסוג דנטטוס פרה פוסט וכד', וכן חומר שיחזור אמלגם.

6.3 מבנה ישולם רק פעם אחת בתקופת הביטוח עבור כל שן.

במידה ויבוצע מבנה תוך שנה ממועד ביצוע סתימה, תקוזז עלות הסתימה מהתשלום בגין המבנה.

7. שתלים

שתלים יבוצעו על שיניים עקורות או שייעקרו בעתיד - עד 4 שתלים ללסת. לצורך ביצוע השתלים יש להגיש תוכנית טיפול לאישור מראש של חברה הביטוח. שתלים שיאושרו במסגרת הביטוח ישולמו בתנאי שיבוצעו על ידי רופא פריודנט/כירורג/מומחה לשיקום בעל תעודת מומחה מטעם משרד הבריאות. סוגי השתלים שיכוסו במסגרת סעיף זה:

7.1 שתל\מבנה שתומך בתותבת נשלפת לרכס מחוסר שיניים
7.2 שתל\מבנה שתומך בתותבת נשלפת לרכס מחוסר שיניים באופן חלקי
7.3 שתל\מאחז לתמיכה בתותבת קבועה ללסת מחוסרת שיניים חלקית

8. סייגים לחבות המבטח והנחיות כלליות:

- 8.1 שתלים (IMPLANT) יכוסו בכפוף לסעיף 7 לעיל. שחזורים פרוטטים כלשהם שנבנו על גבי שתלים, יכוסו פעם אחת בתקופת הביטוח וזאת בתנאים הבאים:
א. אישור מוקדם של רופא החברה לפני ביצוע שתלים.
ב. ביצוע השתלים ע"י רופא מומחה בעל תעודת מומחה ממשרד הבריאות בישראל בכירורגית פה ולסת פריודנט או אנדודונט.
- 8.2 כאשר מצב השיניים הפריודנטלי בלסת – ו/או מספן מעידים על דרך או אפשרות מעבר בזמן קצר יחסית לתותבת שלמה תכסה ותשלם המבטחת תותבת חלקית על בסיס שרף אקריל.

- 8.3 לא יאושר גשר תלוי הנשען על שן רופפת עם פרוגנוזה גרועה עם סיכויי הבראה וייצוב-קלושים.
- 8.4 לצורך אישור מראש של תיקונים בתותבת חלקיות או שלמות אין צורך בצילומי רנטגן במיפוי פה (אלא אם ביקש זאת המבטח במיוחד).
- 8.5 לא יכוסו טיפולים פרוטטיים למטרות קוסמטיקה או אסטטיקה. ו/או נוחות ויזואלית.
- 8.6 לא יכוסה מבנה ישיר או יצוק שאינו עומד בסטנדרט דנטלי ואינו מוחדר עד שלישי השורש.
- 8.7 אין כיסוי לתותבות המשמשות להגבהת המימד האנכי (VERTICAL DIMENTION) או להגבהת מינשך.
- 8.8 לא יכוסו טיפולים ניסיוניים או מחקרים.
- 8.9 ילדים אינם זכאים לטיפולים פרוטטיים למעט שומר מקום.
- 8.10 לא יכוסו טיפולי שיניים בעקבות תאונות עבודה, תאונת דרכים, פעולת איבה.
- 8.11 החלפת שחזורים פרוטטיים תאושר אך ורק מסיבות רפואיות – כאשר מודגמת מתחת לכתר עששת בצילומי רנטגן המשקפים באופן ברור צורך זה – זאת לאחר הגשת תכנית לאישור מראש למבטח.
- 8.12 במקרה אובדן של תותבת – החברה לא תכסה על חשבונה תותבת חדשה. האמור לעיל מתייחס לתותבת חלקית להוצאה, תותבת שלימה, או כתרים בודדים.
- 8.13 בהגשת תכנית פרוטטית לאישור מראש בחברת איילון – באם הפרוגנוזה לא מספיקה או שהשיניים המאחזות רופפות ואינן בעלות ערך מספק מבחינה רפואית לביצוע הטיפול הנדרש רשאית חברת איילון להציע תכנית חלופית משלה, ולשלם בהתאם שאושרה ע"י החברה.
- 8.14 איילון אחראית במסגרת הביטוח לתשלום הוצאות הטיפולים בלבד - וזאת עפ"י תנאי הפוליסה. איילון לא תהא אחראית ותהא פטורה מפיצוי / שיפוי למבוטח בגין בכל אחד מהמצבים הבאים:
- 8.14.1 החברה אינה אחראית לכל מעשה או מחדל של רופא שיניים לרבות רופא הסכם ו/או עובדו ו/או עובד במרפאה של רופא נותן הטיפול ו/או כל אדם המצוי בסמוך למתן הטיפול.
- 8.14.2 מבלי לגרוע מכל האמור לעיל ובנוסף לו החברה אינה אחראית לכל נזק שנגרם למבוטח במרפאה בה מקבל המבוטח טיפול שיניו לרבות במרפאות הסכם. בין שהנזק נגרם ע"י טיפול במרפאה ובין שנגרם מכל סיבה אחרת.
- 8.15 חברה לא תהיה אחראית לפיצוי / שיפוי בגין כל נזק שנגרם לגופו או לרכושו שלו המבוטח תוך כדי או עקב טיפול לקוי או רשלני שניתן ע"י רופא שיניים כל שהוא.

- 8.16 החברה תהא פטורה משיפוי / החזר הוצאות, בגין הוצאות שהוציא מבוטח עבור טיפולים שבוצעו ע"י אדם שאינו רופא שיניים או שאינו בעל רישיון מטעם משרד הבריאות בישראל.
- 8.17 החברה תהא פטורה מתשלום עבור טיפולים שאינם מכוסים בפוליסה. טיפולים שאינם מכוסים ישולמו ישירות ע"י המבוטח לרופא הסכם או פרטי.
- 8.18 החברה תהא פטורה מלפצות את המבוטח או לשלם לרופא הסכם עבור טיפולים שקיבל המבוטח באם הסתבר כי אותו טיפול התקבל בדרכי מרמה. במקרה מרמה לא תישלל זכות החברה לדרוש פיצוי מהמבוטח בגין הנזק שנגרם לחברה.
- 8.19 גרם ע"י המבוטח נזק במתכוון הדורש יישום פרוטטי או טיפול אחר – תהא המבטחת פטורה מלשלם עבור טיפולים כאלה.

פרק ד- הגדרות לטיפולים כירורגיים של השתלות שיניים

כללי

השתלות יכוסו למבוטחים מעל גיל 18 בלבד.

1. טיפול כירורגי של החדרת שתלים (להלן "השתלה") יכוסה רק במידה ומצב העצם, הרקמות הרכות, מצב המנשך והסגר ניתנים לטיפול על פי אמות מידה רפואיות מקובלות ובהתאם למפורט להלן.
2. מבוטח שצריך לקבל טיפול כירורגי של השתלה חייב לקבל אישור מראש לביצוע הטיפול כאמור, וזאת לפני שיבוצע כל טיפול כאמור אשר עבורו הוא עשוי לבקש החזר כספי.
3. המבטח יקבל כיסוי בגין השתלה בגובה שלא יעלה על האמור בטבלה א 4, וזאת על פי התנאים הבאים:
 - 3.1. כל הטיפולים והשירותים הכירורגיים של השתלות דנטליות יבוצעו רק על ידי רופאים מומחים בכירורגית פה ולסת ו/או בחניכיים, בעלי תעודת מומחיות מטעם משרד הבריאות לעסוק כמומחים בתחומים האמורים לעיל ו/או מורשים מטעם המבטח.
 - 3.2. יש לסיים את כל הטיפולים המשמרים (עקירות, טיפולי שורש, סתימות, סילוק אבנית וכו') והטיפולים הפריודנטלים לפני התחלת הטיפול הכירורגי. לא ניתן לקבל אישור המבטח לתכנית הטיפולים להשתלות לפני השלמת הטיפולים המשמרים והפריודונטליים ולפני שהובררה הפרוגנוזה של השיניים במשך כולו.
 - 3.3. כאשר קיימת מחלה פריודונטלית, חייב המבוטח לקבל טיפול פריודונטלי לפני ההשתלות ע"י פריודונט מומחה מוכר ע"י משרד הבריאות. כל עוד לא קיבל טיפול, ואושר בכתב ע"י הרופא המטפל האמור כי מחלתו נרפאה, לא יאושרו שתלים בפיו.
 - 3.4. לצורך האישור המוקדם של ההשתלה/השתלות יגיש הרופא המומחה, רישום מפורט של ממצאי הבדיקה בפה בצרוף צילום או צילומים פריאפיקלים ופריאפיקליים בודדים של כל השיניים הקיימות בפה (סטטוס דנטלי) אשר בוצעו למבוטח לא למעלה מ- 5 שבועות קודם לביצוע ההשתלה (בדיקה וצילומים) או בצרוף צילום פנורמי עדכני שיבוצעו לפני הטיפול, ולא למעלה מ 4 חודשים קודם לביצוע תוכנית הטיפול.
 - 3.5. בתוך 21 יום מקבלת החומר יקבל הרופא המטפל (במקרה של רופא הסכם) או המבוטח (במקרה של טיפול אצל רופא שאינו בהסכם) תשובה (אישור או דחייה או אחרת) על בקשתו לאישור מוקדם

של ההשתלות. אי מתן הודעת אישור או אי אישור על ידי החברה תוך 21 יום יהווה אישור מצד החברה לביצוע הטיפול. תוקף האישור שיינתן הוא לשישה חודשים. במידה ולא התחיל טיפול בפרק זמן זה, יש לקבל הארכת תוקף מהמבטח לביצוע הטיפול.

- 3.6. לצורך תשלום בגין השתלה/השתלות : בתוך 21 יום מקבלת הבקשה לתשלום יקבל הרופא המטפל (במקרה של רופא הסכם) או המבוטח (במקרה של טיפול אצל רופא שאינו בהסכם) החזר בגין ההשתלות טבלה א'4 במידה והינן עומדות בקריטריונים שנקבעו בפרק זה.
- 3.7. המספר המקסימלי של שתלים לאדם לתקופת ביטוח עומד על 4 שתלים ללסת, בכפוף לתנאי פרק זה, ולרשימת הטיפולים המכוסים במסגרת השתלת שיניים המצורפת לפרק זה.
- 3.8 סכום השתתפות עצמית של המבוטח בטיפול כירורגי של השתלה מפורט בנספח תגמולים לטיפולים כירורגיים של השתלות-טבלה א' 4.

4. הטיפולים המכוסים במסגרת השתלות דנטליות

4.1 . בדיקה ראשונית/תקופתית או לאחר ניתוח החדרת שתלים.

- 4.1.1 רישום מלא של הממצאים הדנטליים והאורליים:
- 4.1.1.1 רישום מצבים כללים הנוגעים לבריאות הכללית של המתרפא ואשר עשויה להיות להם השלכה על הטיפול הדנטלי- כירורגי
- 4.1.1.2 רישום מלא של מצב הפה ורקמותיו, ומלוי הטופס לתוכנית הטיפולים.
- בקורת לאחר טיפול כירורגי אינה נחשבת כבדיקה לצורך תשלום.

4.2 . כירורגיה של שתלים

- 4.2.1 במקום כל שן שנעקרה או עקב הורדת גשר הנשען על שיניים טבעיות (ועד ארבעה שתלים ללסת) , יהיה המבוטח זכאי להשתלה כירורגית של שתל שן .
- 4.2.2 הטיפול כולל: אלחוש מקומי, הפשלת מתלה רקמה רכה, הכנסת השתל/שתלים תפרים, תחבושת פריודונטלית, וכל הדרוש לביצוע וסיום משביע רצון של הטיפול. כמו כן כולל הטיפול חשיפה של השתל לאחר פרק הזמן שנקבע לאחיזה וקליטה בעצם והכנתו לתחילת הטיפול הפרוטטי העוקב. הטיפול כולל גם הסברה ויעוץ לפני ואחרי הטיפול בכלל זה הוצאת תפרים, בקורת ביניים, טיפולי חירום הקשורים בתהליכי אחלמה של השתלים, מתן מרשמי תרופות ו/או תעודה רפואית וביקורת לאחר הטיפול.
- 4.2.3 בלסת בה אושרו שתלים ושיקום על גבי שתלים , יש כיסוי להוצאות בגין תותבת חלקית נשלפת על גבי שתלים ובתנאי שנעקרו שיניים קידמיות .

4.3 המבוטח זכאי לטיפול השתלת דנטליות על פי התנאים הבאים :

שתלים במקום שיניים בודדות

- 4.3.1 השתלה להחלפת שן בודדת, במידה והשיניים הסמוכות מטופלות בשחזור משמר או שיקום פרוטטי תאווה השתלה בתנאי שהמבוטח לא יתבע בגין טיפול כלשהו בשיניים סמוכות במשך 3 שנים מיום ביצוע ההשתלה.
- במקרה אחר- לא תאושר השתלה אלא אם השיניים הסמוכות הינן אינטקטיות או משוחזרות בשחזורים שטחיים ללא טיפולי שורש.
- 4.3.2 לא יאושר שתל במידה וקיימת מחלה פריודונטלית .
- 4.3.3 שיחזור שן בודדת בעזרת שתל בודד, לא יתבצע דיסטלית לשן טוחנת שניה

- 4.3.4 השתלת שתל במקרה של שן בודדת, יהיה מסוג המונע רוטציה של הכתר.
4.3.5 שתל יאוש, בהתאם לפרק זה, גם אם עיבוי רכס לא מכוסה במסגרת הפוליסה.

5. החרגות

- 5.1 לא ישולם עבור השתלת שיניים שהוחל בה לפני שהביטוח נכנס לתוקפו.
5.2 אין המבטח מכסה שתלים חוזרים שנעשו בתקופת הביטוח.
5.3 שיקום על גבי שתלים ישולם בתנאי והשתל שולם ע"י המבטח.

פרק ה- הגדרות לטיפולים אורתודנטיים (יישור שיניים)

1. המבטח יכסה הוצאות טיפולים אורתודנטיים (יישור שיניים) המכוסים כמפורט בפרק זה בכפוף להגשת תוכנית טיפולים לאישור מוקדם על ידי המבטח, וכמפורט להלן.
2. החברה תשלם החזרים בגין טיפולי יישור שיניים בגובה שלא יעלה על האמור בטבלה א 5 - וזאת על פי התנאים הבאים:
2.1 המבוטח/ת המטופל הנו ילד/ה שגילו הדנטאלי ביום תחילת הטיפול אינו עולה על 18.
2.2 הטיפול יאושר ויכוסה רק אם הוא ניתן ע"י רופא מומחה, בעל תעודת מומחיות באורתודנטיה (יישור שיניים ולסתות) מטעם משרד הבריאות בישראל ו/או רופא מורשה מטעם המבטח לביצוע הטיפול.
3. המבטח תשלם עבור טיפולים או שירותים אורתודנטיים אשר החל בהם במבוטח, כאשר היה מכוסה במסגרת ביטוח לטיפולים אורתודנטיים וקבל אישור מראש ובתנאי שעד סיום הביטוח נשארו לפחות 6 חודשים ובתנאי הכרחי שהטיפול המבוקש החל בפועל. תשלום למבוטח המטופל אצל רופא אורתודונט שאינו בהסכם ישולם עפ"י התקדמות הטיפול לאחר המצאת חשבונית מס על תשלום הסכום אותו שילם המבוטח.
4. אין המבטח אחראי לטיפולים האורתודנטיים המבוצעים הן על ידי אורתודונט שבהסכם והן על ידי האורתודונט שאינו בהסכם.
5. לצורך האישור מראש יוגשו לחברת הביטוח רישום מפורט של ממצאי הבדיקה הקלינית על גבי טופס מתאים, צילומי הרנטגן אותם דרש האורתודונט לצורך אבחנה של הפרעת הסגר (פנורמי או סטטוס) לקביעת תכנית הטיפול. כמו כן יוגשו תמונות או שקופיות המתעדות את מצב הסגר של המטופל בטרם תחילת הטיפול.
5.1 במידה וחסרים נתונים, או אמצעי עזר מסוימים, יציין המבטח את הפרטים החסרים ויבקש להגישם לבדיקה חוזרת.
5.2 המבטח ישיב לבקשת האישור (במקרים בהם נדרשת) תוך 21 ימים מיום קבלת המסמכים הנדרשים.
5.3 יכוסו עקירות שן למטרה אורתודנטית.
5.4 תוקף האישור הוא לשישה חודשים במידה ולא החל טיפול.

5.5 טיפול חלקי הינו טיפול בלסת אחת שמשך הטיפול הפעיל בו מוערך בכ 10-12 חודשים.

6. סייגים והגבלות

- 6.1 המבטח לא יכסה טיפול במקרה בו שתי הקשתות מסודרות יפה וללא הפרעה סיגרית, למעט אם יתמלא אחד מהתנאים הבאים: סגר אופקי עובר מעל 4 מ"מ סטיית קו אמצע עליון יותר מ-2 מ"מ, סגר אנכי עובר עמוק (מעל 80%) צפיפות או רווחים שעולים על 4 מ"מ בלסת, ובתנאי שאינם מרוכזים במקום אחד.
- 6.2 במקרים בהם יש הפרעה אסטטית לא יכוסה טיפול אורתודונטי (לדוגמא: צפיפות או רווח של 3 מ"מ המרוכזים בין שתי שיניים קדמיות).

נספח 1 לפוליסה הסכומים בנספח נקובים בש"ח וכוללים מע"מ

נספח גמלאות לטיפולים משמרים אצל רופא פרטי - טבלה א 1

הערות	החזר המבטח בש"ח	טיפולים ברפואת שיניים משמרת הסכומים הנקובים הינם בש"ח (צמודים למדד)
אחת לשנת ביטוח	120	הערכה (בדיקה) מקיפה/תקופתית/מוגבלת (ממוקדת בבעיה) חוזרת
אחת לשנת ביטוח	120	בדיקה תקופתית כולל שני צילומי נשך
אחת ל- 3 שנים	250	צילום סטטוס מלא / חלקי או צילום פנורמי
זוג לשנת ביטוח	24	צילומי נשך
5 לתקופת ביטוח	21	צילום פריפיקאלי
זוג לתקופת ביטוח.	36	צילום סגרי
2 בשנת ביטוח, בהפרש של 6 חודשים. למעט ילדים מתחת לגיל - 12 טיפול אחד בשנה. כל ישיבה 30 דקות.	160	הסרת אבנית - הטריה והסרה של פלאק ואבנית בכל הפה לשם הערכה ואבחון מקיפים
אחת לשן בכל 3 שנות ביטוח, כולל כמענה לשורשים וכתרים חשופים.	190	שחזור אמלגם - סתימה משטח 1,2,3,4, משן ראשוני או קבוע שחזור שן מחומר מורכב
אחת לשן בכל 3 שנות ביטוח, כולל בטיפול בשורשים וכתרים חשופים/פגומים\ למעט שיניים קדמיות, בהן יכוסו 2 סתימות לשן בכל 3 שנות ביטוח.	280	שחזור מרוכב על בסיס שרף אקריל - משטח 1,2,3
מוגבל עד 2 פינים לשחזור.	230	אחיזת פינים - לכל שן בנוסף לשחזור
מוגבל לשני טיפולים בשנת ביטוח.	107	עזרה ראשונה - טיפול בכאב שיניים
	155	קטוע מוך השן נשירה או קבועה לא כולל סתימה סופית
בשיניים נשירות לילדים עד גיל 12.	180	כתר טרומי מפלדת אל חלד - שן נשירה
לילדים עד גיל 16, בשיניים 4,5,6,7, מכוסה אחת ל - 3 שנים.	38	איטום חריצים לכל שן
מפגיעה דלקתית ו/או עששתית. מכל אבחנה וצורך דנטלי אחר - מותנה באישור מראש או באישור רופא אמון.	420	טיפול שורש - שן קדמית תעלה אחת

כנייל	510	טיפול שורש - שן מלתעה - 2 תעלות
כנייל	648	טיפול שורש - שן טוחנת - 3 תעלות
כנייל	769	טיפול שורש - 4 תעלות
מכל אבחנה דנטלית ובאישור מראש.	500	חידוש טיפול שורש - תעלה 1
כנייל	600	חידוש טיפול שורש - 2 תעלות
כנייל	700	חידוש טיפול שורש - 3 תעלות
כנייל	800	חידוש טיפול שורש - 4 תעלות
	250	עקירה בשארית כותרתית שן נשירה עקירה, שן פקיעה או שורש חשוף, שן אחת (עקירה רגילה)
	350	עקירה כירורגית - שן שבקעה לחלל הפה הדורשת הרמת מטלית flap
	380	עקירה כירורגית - שן כלואה חלקית ברקמה קשה, שן כלואה במלואה ברקמה קשה.
	345	אפיסקטומי אחד/שניים/שלושה שורשים כולל סתימה רטרוגרדית אפיס קטומי - כל שורש נוסף באותה שן
	220	חיתוך וניקוז מורסה/ציסטה
	330	המיסקציה/אפוטציה
בהפניה בכתב על ידי הרופא המטפל ובאישור מראש.	החזר בגובה 150% לטיפולים המתוארים לעיל	טיפול ע"י מומחה לטיפולי שורש

נספח גמלאות לטיפול פריודנטליים - טבלה א 2

נספח לטיפולים פריודנטיים. הסכומים בש"ח וכוללים מע"מ

הערות	החזר המבטח בש"ח בפנייה לרופא שאינו בהסכם	השתתפות עצמית בש"ח של המבוטח	טיפולים פריודנטליים על ידי רופא מומחה למחלות חניכיים הסכומים הנקובים הינם בש"ח (צמודים למדד)
בדיקה ראשונית אחת לתקופת ביטוח	250	125	הערכה פריודנטלית מקיפה – מטופל חדש/מוכר
	155	0	ניקוי אבן - כל ישיבה 30 דקות
ארבע ישיבות (בנות 30 דקות לפחות) בתקופת ביטוח ולא יותר משיבה אחת ביום. יבוצע על ידי פריודונט, מותנה בקבלת ממצאי הבדיקה	250	60	סילוק אבנית והקצעת שורשים – 4 שיניים ויותר
הכיסוי הביטוחי הינו לאחד משני הניתוחים לכל רבע פה, אחת לתקופת ביטוח.	1,600	400	מטלית ניתוח חניכיים כולל ייצוב עצם
	615.68	618.94	ניתוח ברקמה רכה וכריתת חניכיים
אחד בלסת לתקופת ביטוח	600	הטיפול אינו ניתן אצל רופא הסכם	אמלגם קיבוע חוץ כותרתי לשיניים נידות
אחד בלסת לתקופת ביטוח	510	הטיפול אינו ניתן אצל רופא הסכם	סד מחומר מרוכב
מכשיר אחד, אחת לשלוש שנים	450	הטיפול אינו ניתן אצל רופא הסכם	סד לילה
מוגבל לטיפול אחד לשן בתקופת הביטוח. לכל שינית פה	150	הטיפול אינו ניתן אצל רופא הסכם	טיפול באמצעות פריוציפ, לשן

*טיפול המבוצע במרפאות הסכם, אינו כולל עלות התרופות/תכשירים מעודדי ריפוי גרמי, הם ישולמו לרופא ההסכם במישרין על ידי המבוטח.
לרופא שאינו בהסכם – ההחזרים בגבול 65% מהתשלום בפועל לפי קבלות אך לא יותר מסכום תקרת החזר שלעיל, הנמוך מביניהם.

נספח גמלאות לטיפולים משקמים- טבלה

טיפולים פרוטטיים

הערות	החזר המבטח בש"ח בפניה לרופא שאינו בהסכם	השתתפות עצמית ש ל המבוטח בש"ח	טיפולים בשיקום הפה הסכומים הנקובים הינם בש"ח (צמודים למדד)
בדיקה אחת לתקופת ביטוח	19.38	ללא השתתפות עצמית	בדיקת מצב הפה ותכנית הטיפולים
	300	150	מבנה ישיר
	400	350	מבנה יצוק מעבדתי או מבנה על גבי שתלים
כולל : הכנת מקום (השחזה), כתרים זמניים להגנה על השחזת השן ושימור המרווח, הדבקה והתאמת סגר נדרש.	1,100	650	כתר (לרבות יחידה בגשר)/כתר על שתל
	2,500	300	תותבת חלקית עליונה/תחתונה על בסיס שרף כולל ווים מקובלים, נחות ושיניים
	3,500	650	תותבת חלקית נשלפת מויטליום
מכל סוג, כולל דולדר.	790	350	מחבר מדויק לפי דיווח – זכר ונקבה
כולל כתותבת מיידית, בעקירת שארית כל השיניים בלסת.	2,500	700	תותבת שלמה ללסת עליונה/תחתונה – של מתכת כולל ווים ונחות
	335	50	תיקון שבר בתותבת, תיקון של יצוק של תותבת
	110	35	החלפת שן שבורה או חסרה לכל שן

	90	35	כל שן נוספת
	120	35	תיקון או החלפת וו בתותבת חלקית קיימת
	920	180	חידוש בסיס תותבת שלמה עליונה או תחתונה
אחת ב- 3 שנות ביטוח	290	90	ריפוד רך במרפאה של תותבת שלמה או חלקית נשלפת
אחת ב- 3 שנות ביטוח	340	90	ריפוד קשה במעבדה של תותבת שלמה או חלקית נשלפת
	320	100	הלחמה
	220	70	ציפוי שן משרף/אקריל בצד השפתי – Labial במרפאה/מעבדה
לכל ישיבה	89	89	השחזה סלקטיבית

לרופא שאינו בהסכם – ההחזרים בגבול 50% מהתשלום בפועל לפי קבלות אך לא יותר מסכום תקרת ההחזר שלעיל, הנמוך מביניהם.

נספח גמלאות לטיפול שתיים-טבלה א 4

הערות	החזר המבטח בש"ח בפניה לרופא שאינו בהסכם	השתתפות עצמית של המבוטח	טיפולים לביצוע שתלים הסכומים הנקובים הינם בש"ח (צמודים למדד)
מראש למטרת ביצוע שתלים	150	150	צילום C.T
צילום אחד ללסת בתקופת ביטוח	360	200	צילום טומוגרפיה ממוחשבת
	160	0	בדיקת רופאה מומחה
כולל מחיר השתל וחיפתו כולל כיפות ריפוי עד 8 שתלים לתקופת הביטוח. לא יותר מ- 4 שתלים בכל לסת	1,200	1,000	התקנת שתל
אחת לתקופת ביטוח	450	הטיפול אינו ניתן אצל רופא הסכם	הוצאת אבן מבלוטת/צינור הרוק
אחת לתקופת ביטוח	400	הטיפול אינו ניתן אצל רופא הסכם	ביופסיה של חלל הפה – הוצאת רקמה
אחת לתקופת ביטוח	236	הטיפול אינו ניתן אצל רופא הסכם	טיפול במכתשית יבשה
החזר רק אצל רופא פרטי	1500		הרמת סינוס פתוחה לרבות השתלת עצם

לרופא שאינו בהסכם – ההחזרים בגבול 50% מהתשלום בפועל לפי קבלות אך לא יותר מסכום תקרת החזר שלעיל, הנמוך מביניהם.

נספח גמלאות לטיפול אורטודנטיה- טבלה א 5

הערות	תקרת החזר המבטח בש"ח בפניה לרופא שאינו בהסכם	השתתפות עצמית בש"ח על ידי המבוטח	טיפולים באורתודנטיה על ידי רופא מומחה הסכומים הנקובים הינם בש"ח (צמודים למדד)
	160	0	בדיקת מומחה
1 לשנתיים מקסימום 2 בתקופת ביטוח לילד עד גיל 18 אחת לתקופת ביטוח.	4,800	2100	יישור שיניים מלא למשך עלומים
הזכאות לכל צילום אחד בתקופת ביטוח בפניה למכון בהסכם עם המבטח.	150	40	שיניים תיק צילומים אורתודנטיים צילום פנורמי, צילום צפלומטרי, צילום פה/פנים

לרופא שאינו בהסכם – ההחזרים בגבול 50% מהתשלום בפועל לפי קבלות אך לא יותר מסכום תקרת ההחזר שלעיל, הנמוך מביניהם.

אופן קבלת הטיפול באמצעות רופאי הסכם ומכוני צילום בפריסה ארצית:

רופא שיניים בהסכם הינו רופא, מרפאה או מכון צילום אשר הגיעו להסכם עם איילון למתן שירותים למבוטחים על פי מחירון מוסכם עימם. ההסדר הכספי מתבצע בינם לבין איילון במישרין. המבוטח יציג את תעודת המבוטח לנותן הטיפול ויחתום בתום הטיפול על טופס ריכוז תביעות.

אופן קבלת הטיפול באמצעות רופאים שאינם בהסכם

מבוטח רשאי לקבל טיפול אצל כל רופא שיניים שאינו בהסכם. שמקרים אלה ישלם המטופל בעבור הטיפול ויקבל החזר עפ"י לוח התגמולים בפוליסה

נספח 3

נתוני הפוליסה:

סעיף	הכיסוי	תנאי הפוליסה	הערות
4.1	תאריך התחלת הביטוח	1.11.2016	(להלן: "המועד הקובע")
4.1	תאריך סיום הביטוח	31.10.2022	(להלן: "תקופת ההסכם")
6.3	מימון הפרמיה	על חשבון העובד	באמצעות כרטיס אשראי/ הו"ק
	מימון הפרמיה לבני משפחה	על חשבון העובד	באמצעות כרטיס אשראי/ הו"ק
	הצטרפות מבוטח/מוטבה	וולונטארי	
	הצטרפות בני משפחה	וולונטארי	

טבלת הפרמיות:

עובד/ת	98 ₪ לחודש
בן/זוג, ילד בוגר	102 ₪ לחודש
ילדים	49 ₪ לחודש

לראיה באו הצדדים על החתום במקום ובתאריך דלעיל:

_____ המבטח



_____ בעל הפוליסה

_____ תאריך: