



הפניקס

ביטוח שיניים קבוצתי

לעובדי בנק הפועלים ובני משפחותיהם



ארגון עובדי
בנק הפועלים



בנק הפועלים



עובדים יקרים,

ארגון עובדי בנק הפועלים שמח להציג בפניכם את עיקרי ההסכם של ביטוח השיניים לעובדי הבנק ובני משפחתם.

בתום בחינה מחודשת של פוליסת ביטוח השיניים שבוצעה ע"י היועץ הביטוחי מטעמנו, הגענו להסכם חדש, מורחב ומשופר עם חברת הביטוח "הפניקס", תוך שמירה על הרצף הביטוחי וללא העלאת פרמיה.

הביטוח בחברת "הפניקס" יכנס לתוקף החל מיום 1.9.26 ויכלול שיפורים נרחבים כפי שתוכלו לקרוא בחוברת שלפניכם.

הנהלת הבנק והוועד הארצי רואים בביטוח זה נדבך חשוב בשמירה על בריאותם של העובדים, ולכן הפרמיה לעובדים המועסקים בהסכם קיבוצי בעלי ותק של 3 שנות עבודה משולמת במלואה ע"י ההנהלה.

להלן השיפורים העיקריים אותם תמצא בתכנית הביטוח:

- הרחבת סל הטיפולים והגדלת הכיסויים לביטוח שיניים.
- שיפור מהותי של התנאים והכיסויים בטיפולים משמרים ומשקמים לילדים ולמבוגרים ובטיפול יישור שיניים.
- העלאת תקרות ההחזר ושיפור בלוח התגמולים.
- ניתן לשלוח במייל תביעה להחזר לכתובת ts@fnx.co.il.
- הודעה על טיפול בתביעה תישלח למבוטחים ע"י חברת הביטוח.
- לרשותכם מוקד טלפוני ייעודי לקבלת מידע שוטף שמספרו 1-700-504-490.
- המוקד פועל בימים א' ה' בין השעות 08:00 18:00 וביום ו' בין השעות 08:00 12:00.
- במסגרת השירות מועסק רופא אומן מטעמנו האחראי להפעלת מנגנון מוסכם לפתרון חילוקי דעות.

בחוברת זו יפורטו עיקרי התנאים, ההטבות ודרך המימוש של הכיסויים בפוליסת הביטוח.

מומלץ לשמור חוברת זו שתסייע לך להבין את הכיסוי הביטוחי ואת מהות הטיפול המוצע לך. לסיום ברצוננו להודות ליועץ הביטוחי, ד"ר גבי פיקר, על העבודה הנאמנה שתרמה רבות לגיבושה של תכנית ביטוח זו.

**בברכה בריאות טובה,
ארגון עובדי בנק הפועלים
הוועד הארצי**

3	מידע כללי
9	דף גילוי נאות
19	פוליסה לביטוח שיניים קבוצתי לעובדי בנק הפועלים ובני משפחותיהם
32	נספח א' – מפרט הטיפולים
56	נספח ב' – טבלת תגמולי הביטוח / השתתפות עצמית

מה מכסה הביטוח?

- טיפולים משמרים
- טיפולי כירורגית פה ולסת
- טיפולי חניכיים (פריודונטליים)
- טיפולים משקמים (פרוטטיים)
- שתלים
- טיפולים אורתודונטים (יישור שיניים)

כמה עולה הביטוח ואיך משלמים?

פרמיה חודשית	
עובד/ת - במימון המעסיק	81.15 ₪
גמלאי/ת	81.15 ₪
בן/בת זוג	89.83 ₪
ילד מעל גיל 18	89.83 ₪
ילד בגיל 18-3 (שלישי ואילך חנים)	51.43 ₪

המחירים על פי המדד שפורסם ביום 15.6.2026

איך מצטרפים לביטוח?

1. עובדים ובני משפחות אשר מבטחים כיום בביטוח השיניים, עוברים אוטומטית לפוליסה החדשה.
2. עובד המעוניין להצטרף לביטוח ו/או לצרף את בני משפחתו, ימלא את פרטיו האישיים ואת פרטי בני המשפחה המעוניינים להצטרף, על גבי טופס ההצטרפות, ויעבירו ל- מזכירות הועד הארצי. ההצטרפות אפשרית עד ליום 30.11.2026 בלבד!

נוהל הגשת בקשה לאישור מוקדם מהמבטח

- בחלק גדול מהטיפולים הכיסוי הביטוחי מותנה בקבלת אישור מראש מהמבטח לפני תחילת הטיפול. בטיפולים המפורטים להלן חייבים להגיש בקשה לאישור:
1. טיפולים פרוטטיים (משקמים).
 2. פריודנטליים (ניתוחי חניכיים).
 3. ניתוחים כירורגים.
 4. יישור שיניים.
 5. שתלים.
 6. חידוש טיפול שורש.

לצורך קבלת אישור מוקדם יש להגיש טופס בקשה לאישור שימולא ע"י רופא השיניים המטפל. חברת הביטוח תחזיר את תשובתה תוך 7 ימי עבודה מיום קבלת הטופס לקבלת אישור מוקדם במשרדה, הן לרופא בהסכם/למבטח (בפניה לרופא הסכם) והן למבטח בלבד (בפניה לרופא שאינו בהסכם).

מדוע נדרש תהליך התייעצות וקבלת אישור מוקדם מהמבטח?

תהליך קבלת האישור המוקדם מהמבטח נועד:

1. לבדוק האם הצורך הרפואי בטיפול **תואם** לכיסוי בתוכנית הביטוח.
2. לאפשר למבוטח ולרופא המטפל **לברר את היקף הכיסוי** בתוכנית הביטוח לפני תחילת הטיפול.
3. לברר את **גובה ההשתתפות העצמית** שיהיה על המבוטח לשלם עבור הטיפול.
4. לברר את **גובה ההחזר** המרבי אשר יקבל המבוטח מ"הפניקס" בנין טיפול שאושר לביצוע אצל רופא שאינו בהסכם.

היכן ניתן לבצע את טיפולי השיניים?

קיימות שלוש אפשרויות לקבלת טיפולים רפואיים:

1. קבלת טיפולים רפואיים אצל אחד מכ – 1,000 רופאי ההסכם (רשימת רופאים מעודכנת נמצאת באתר האינטרנט של הפניקס כמפורט בהמשך).
2. קבלת טיפולים רפואיים אצל רופא שאינו בהסכם. ההחזר עבור טיפולים אלה יהיה עפ"י טבלת ההחזרים כמפורט בהמשך החוברת.
3. קבלת טיפולים רפואיים **במראות הסדר ייחודיות למבוטחי בנק הפועלים, המעניקות הטבות משמעותיות וכיסויים ייחודיים כפי שיפורט בהמשך.**

היכן ניתן למצוא את רשימת רופאי השיניים הנמצאים בהסכם?

רשימת רופאי השיניים בהסכם בפריסה ארצית מפורסמת באתר האינטרנט של הפניקס: www.fnx.co.il

לאן לפנות כאשר מתעוררת בעיה או שאלה?

חברת ביטוח "הפניקס" מעמידה מוקד שיפעל לשירות המבוטחים.

מספר הטלפון של המוקד: **1-700-50-44-90**

המוקד יפעל בימים: א'– ה' בין השעות: 8:00–18:00, וביום ו' בין השעות 8:00–12:00

מוקד השירות יספק מענה לכל פנייה בנושאים הבאים:

- מתן מידע על הכיסויים הקיימים במסגרת פוליסת הביטוח.
- מתן מידע לגבי סכומי ההשתתפות העצמית או ההחזרים הכספיים הקיימים במסגרת הביטוח.
- מתן מידע לגבי הטפסים השונים ותעודות מבוטח.
- ביורור על סטטוס התביעה ו/או הבקשה לאישור מראש.

מרפאות שיניים ייחודיות למבוטחי בנק הפועלים

במסגרת חידוש פוליסת ביטוח השיניים הועמד מסלול ייחודי, בו טיפולים נבחרים ויקרים יינתנו בחינם או יוזלו משמעותית, תוך המשך מתן שירות מעולה ומקצועי למטופלים, מבוטחי בנק הפועלים ובני משפחותיהם. ההטבות יינתנו בשלב ראשון ב- 25 מרפאות ייחודיות ברחבי הארץ.

להלן ההטבות:

שם הטיפול	עלות רגילה במרפאת הסדר או באופן פרטי	ההשתתפות העצמית לתשלום בפועל (*)
כתר חרסינה / כתר על שתל	(במקום 485 ₪ במרפאות הסדר אחרות)	199 ₪
החלפת כתר על שתל	485 ₪	295 ₪
טיפול אורתודונטי מלא	25%	3,655 ₪
הרמת סינוס (ע"י רופא מורשה)	(במקום 11,000 ₪ בתביעה פרטית)	6,000 ₪
השתלת עצם בביצוע שתל בודד (ע"י רופא מורשה)	(במקום 2,000 ₪)	800 ₪
כתר זירקוניה - כתחליף לכתר שאושר מראש.	(במקום 4,200 ₪)	1,750 ₪
ציפוי חרסינה (למינייט) לשיניים קדמיות - כתחליף לכתר שאושר מראש.	(במקום 4,200 ₪)	2,200 ₪
תותבת וואלפלסט - כתחליף לתותבת שאושרה	(במקום 8,500 ₪)	3,890 ₪
צילום פנורמי / נשך / פריאפיקלי	במרפאה בה קיים מכשיר פנורמי פעיל, ללא הגבלה (על פי החלטת הרופא המטפל)	

הטיפולים דורשים קבלת אישור מראש על פי תנאי הפוליסה.

(*) ההשתתפויות העצמיות במרפאות ייחודיות צמודות למדד ונכונות למדד הבסיס אשר פורסם ביום 15.6.2026.

רשימת מרפאות השיניים הייחודיות למבוטחי בנק הפועלים

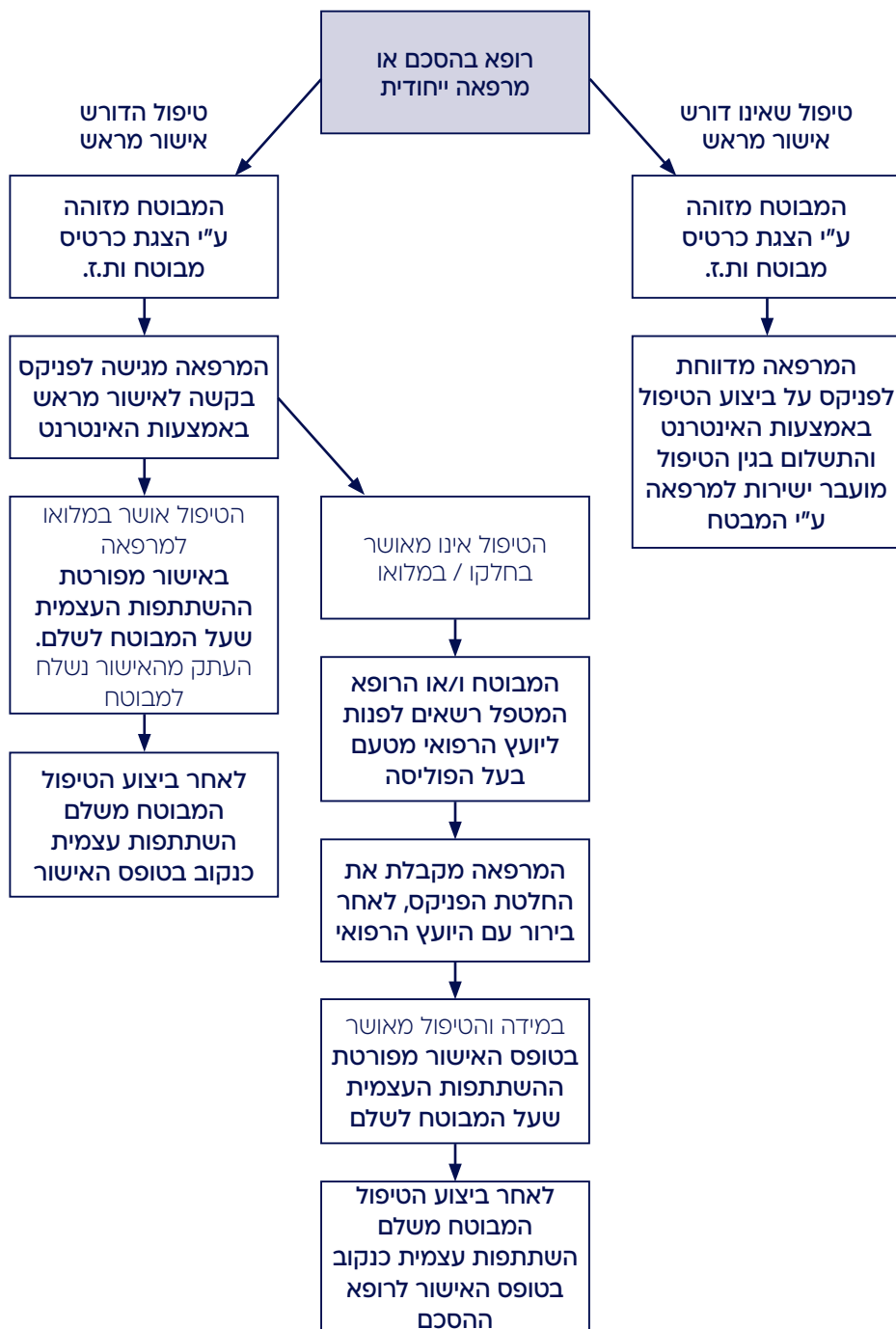
עיר	כתובת	טלפון	האם קיים מכשיר פנורמי במרפאה?
אילת	סמטת ארנון 393/2	08-6458787	קיים
אשדוד	הקליטה 1 (ככר אילן רמון)	08-8551210	קיים
אשקלון	בן גוריון 11	08-6993776	קיים
באר-שבע	הרצל 16	08-6234421	קיים
בני ברק	רבי עקיבא 94	03-6181122	קיים
בת ים	יוספטל גיורא 112	03-5528139	
דימונה	מד' המעפילים 125	08-6550084	סמוך
חדרה	תרנ"א 35	04-6247711	קיים
חיפה	יגאל אלון 9	04-6233683	קיים
יבנה	דואני 18 (קניון לב יבנה)	08-9437676	סמוך
ירושלים	רבקה 11, בקעה	02-5868498	קיים
ירושלים מרכז	בן יהודה 32 (מגדל העיר)	02-6256139	קיים
כרמיאל	החרושת 9	04-9989125	
מודיעין	לאה אמנו 1 (מוריה סנטר)	08-9164888	קיים
מעלה אדומים	הרכס 31 מרכז קרסו	02-5822228	
נהריה	גולומב 2 (מרכז העיר)	04-8334401	קיים
נתיבות	בעלי מלאכה 13 (פריז סנטר)	08-6860988	קיים
נתניה	האורזים 2 (בנין אינטרו)	09-7468520	קיים
פתח תקווה	מוטה גור 7 (פארק אולימפיה)	03-9048060	קיים
צפת	העליה ב' 13 (ליד סראייה)	04-6974505	קרוב
קרית גת	דרך הדרום 9 (יוסף סנטר)	08-6287807	קיים
ראשון לציון	רוטשילד 28-30 (סמטת ברקוביץ)	03-7744011	קיים
רעננה	ז'בוטינסקי 3 (מרכז גירון)	09-7932505	סמוך
שהם	דקל 30, שוהם Market	03-9735000	קיים
תל-אביב	ציטלין 1 (ככר רבין)	03-5359115	סמוך

הגשת תביעה אצל נותן שירות בהסכם

נותן השירות בהסכם הינו רופא שיניים **או** רופא שיניים מומחה בתחום דנטלי ספציפי **או** מרפאת שיניים **או** מכון צילום, אשר הגיע להסכם כספי עם חברת הביטוח בנוגע למתן שירות למבוטחים.

ההסכם הכספי מתבצע בין נותן השירות ל"פניקס" (למעט ההשתתפות העצמית כנקוב בטבלת ההחזרים שבסוף החוברת עבור כל טיפול).

כל האדמיניסטרציה לרבות טפסי בקשה לאישור מוקדם, טפסי תביעה וצילומי רנטגן נדרשים, מועברים ישירות מנותן השירות אשר בהסכם ל"פניקס". תשובת "הפניקס" מועברת ישירות לנותן השירות אשר בהסכם ולמבוטח.



הגשת תביעה אצל נותן שירות שאינו בהסכם

ניתן לקבל טיפול גם אצל רופאי שיניים פרטיים שאינם בהסכם עם ה"פניקס". במקרה זה חובה על המבוטח להגיש בעצמו את טפסי ה"אישור המוקדם" למבטח בגין הטיפולים שיש להגיש עבורם בקשה לאישור ע"י תנאי הפוליסה, כאשר תוכנית הטיפול מפורטת בהם, הטפסים חתומים ע"י הרופא הרלוונטי, וכן מצורפים צילומים עדכניים לפי הצורך. ניתן להתחיל בטיפול רק לאחר קבלת אישור בכתב של המבטח.

בתום הטיפול, יגיש המבוטח טופס תביעה מפורט, חתום ע"י הרופא, בצירוף צילומים וממצאים לפי הצורך ובצירוף חשבונית המעידה על התשלום בפועל.

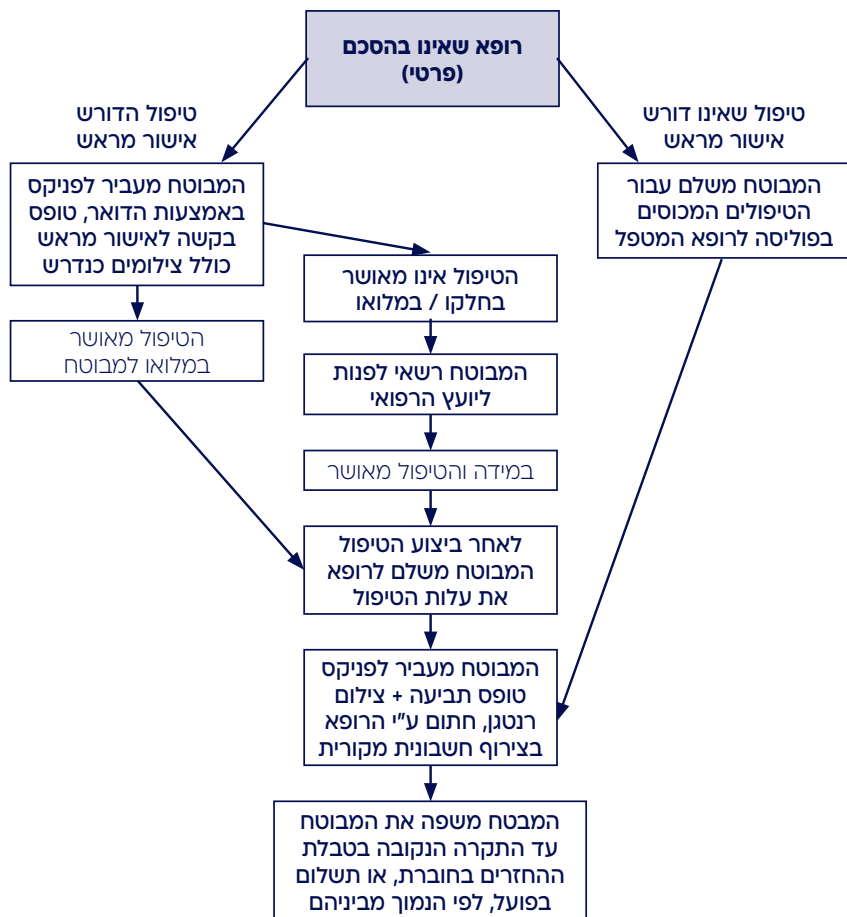
המבטח ישלם למבוטח עבור הטיפולים שאושרו ושבוצעו בפועל.

גובה התשלום למבוטח יהיה על פי ההוצאה של המבוטח **בפועל** ולא יותר מהסכום הנקוב בטבלת החזרים המצורפת בסוף החוברת.

התשלום למבוטח עבור טיפול מאושר יבוצע תוך 7 ימי עבודה ממועד קבלת המסמכים הדרושים במשרדי המבטח. התשלום יועבר ישירות לחשבון הבנק, והודעה על כך תשלח למבוטח.

ניתן להגיש את המסמכים בצורה מקוונת בטופס התביעה הדיגיטלי:

<https://forms.fnx.co.il/cv-form-studio/he/form?f=2000311>



פרטים כלליים על הפוליסה / דף גילוי נאות

נושא	סעיף	תנאים
כללי	1. שם הביטוח	פוליסה לביטוח שיניים קבוצתי לעובדי בנק הפועלים ובני משפחותיהם
	2. שם בעל הפוליסה	ארגון עובדי בנק הפועלים – הועד הארצי, בנק הפועלים בע"מ
	3. סוג הביטוח	ביטוח שיניים קבוצתי
	4. תיאור הביטוח	תמורת תשלום פרמיה, תשפה החברה את המבוטח ו/או תשלם לספק השירות עבור הוצאות המוכרות בגין מקרה ביטוח, במשך תקופת הביטוח, בנבולות אחריות החברה.
	5. הכיסויים בפוליסה	ר' טבלת הכיסויים מטה
	6. משך תקופת הביטוח	5 שנים – מיום 1/9/2026 ועד 31/8/2031
	7. המשכיות	ללא
	8. תנאים לחידוש אוטומטי	אין
	9. תקופת אכשרה (אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול)	אין
	10. תקופת המתנה (אחרי כמה זמן מקרות מקרה הביטוח המבוטח יהיה זכאי לתגמול)	אין
	11. השתתפות עצמית	קיימת- ר' פירוט בנספח ב' לפוליסה. טבלת השתתפות עצמית
שינוי תנאים	12. שינוי תנאי הפוליסה במהלך תקופת הביטוח	במידה ויחולו שינויים מהותיים בענף ביטוחי השיניים ובהתאם לבקשת בעל הפוליסה כמפורט בסעיף 9 לפוליסה
פרמיות	13. גובה הפרמיה	כמפורט בדף פרטי הביטוח וסעיף 3.1 לפוליסה
	14. מבנה הפרמיה	קבועה (צמודת מדד)
	15. שינוי הפרמיה במהלך תקופת הביטוח	אין, פרט למנגנוני ההצמדה ולהגדרות סעיף 3 לפוליסה.

תנאים	סעיף	נושא
מאחת הסיבות המפורטות בסעיף 5 לתנאי הפוליסה ובהתאם לתנאים המפורטים שם. בנוסף, מבטוח רשאי לבטל את הפוליסה בכל עת, בלא תנאי, למעט דרישת החזר כספי כמפורט בסעיפים 1-2 להלן: 1. מבטוח רשאי לדרוש החזר כספי ממבטוח שביטל פוליסה, בכפוף לכל התנאים המצטברים שלהלן: א. המבטוח ביטל את הפוליסה במהלך שלוש השנים הראשונות ממועד צירופו לפוליסה לראשונה או במהלך תקופה המסתיימת בחלוף שלושת רבעי תקופת הביטוח שהוגדרה בפוליסה בעת צירופו לראשונה, לפי המוקדם ביניהם (להלן- "התקופה הקובעת"). לעניין זה, במקרה של חידוש הפוליסה לתקופה נוספת אצל אותו מבטוח או אצל מבטוח אחר (להלן- "חידוש הפוליסה"), שבמסגרתו נוסף לפוליסה סל טיפולים שלא היה קיים לפני החידוש - יראו את חידוש הפוליסה כמועד צירופו של המבטוח לפוליסה לראשונה. במקרה של חידוש פוליסה שלא נוסף במסגרתו סל טיפולים שלא היה קיים לפני החידוש - לא יראו במועד חידוש הפוליסה כמועד צירופו של המבטוח לפוליסה לראשונה. ב. סך תגמולי הביטוח גבוהים מסך הפרמיות ששולמו בגין הפוליסה. בחינת הסכומים כאמור תיערך רק ביחס למבטוח שלגביו הוגשה בקשה לביטול במהלך התקופה הקובעת, ללא קשר למבטוחים אחרים בפוליסה. גובה ההחזר הכספי האמור בסעיף 1, לא יעלה על הנמוך מבין ההפרש בין סך תגמולי הביטוח לבין סך הפרמיות ששולמו בגין הפוליסה או מכפלת הפרמיה החודשית שמשולמת בגין המבטוח שלגביו הוגשה בקשת הביטול במספר החודשים שנותרו עד תום התקופה הקובעת. לעניין חישוב גובה ההחזר הכספי יוגדרו - "סך תגמולי הביטוח" - סך תגמולי הביטוח ששילם המבטוח במהלך התקופה הקובעת בגין תביעות מכוח הפוליסה של המבטוח שלגביו הוגשה בקשת הביטול. אם התקופה הקובעת היא מיום חידוש הפוליסה כאמור בפסקה 1.א, חישוב ההחזר הכספי יהיה על פי תגמולי הביטוח ששילם המבטוח בגין סל הטיפולים החדש בלבד. המבטוח יהיה רשאי לכלול בתגמולי הביטוח הוצאות בגין ניהול תביעות בשיעור שייקבע בפוליסה, שלא יעלה על עשרה אחוזים מסך תגמולי הביטוח. "סך הפרמיות" - סך הפרמיות ששולמו בשל המבטוח שלגביו בקשת הביטול במהלך התקופה הקובעת. אם התקופה הקובעת היא מיום חידוש הפוליסה כאמור בפסקה 1.א. הפרמיות לצורך חישוב ההחזר הכספי יהיו הפרמיות ששולמו בגין סל הטיפולים החדש בלבד.	16. תנאי ביטול הפוליסה ע"י המבטוח	תנאי ביטול

נושא	סעיף	תנאים
	17. תנאי ביטול הפוליסה ע"י המבטח	בעת אי גילוי עניין מהותי או במקרה של אי תשלום דמי הביטוח בהתאם להוראות חוק חוזה ביטוח (סעיף 5.5 לפוליסה)
חריגים	18. החרגה בגין מצב רפואי קיים	אין
	19. סייגים לחבות המבטחת	סעיף 8 לפוליסה סעיפים 1.4, סעיף 5.19, 6.22-6.19 לנספח א
	20. האם קיימים כיסויים חופפים בביטוח המשלים של קופות החולים	חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי בריאות נוספים של קופת החולים
	21. כפל ביטוח	חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה

ריכז השינויים בפוליסה ביחס לתקופת הביטוח הקודמת

1 תנאים כלליים	1.1. תנאי וכיסויי הפוליסה החדשה לא יפלו מתנאי וכיסויי הפוליסה הנוכחית. 1.2. השירות ימשיך להינתן במתכונתו הנוכחית. 1.3. העבר הביטוחי של מבטחי הפוליסה שיבחרו להמשיך להיות מבטחים, ימחק ולא ישפיע על תנאי כיסוי הפוליסה בחוזה הביטוח החדש. 1.4. מבטחי הפוליסה הנוכחית יצורפו לפוליסה החדשה למעט מבטחים שיבחרו לפרוש ממנה במועד סיומה. 1.5. אין שינוי בפרמיה המשולמת. 1.6. תקופת הפוליסה – 5 שנים. 1.7. יפתח חלון הצטרפות למבטחים חדשים במועד תיקוף פוליסת הביטוח החדשה, על פי המתווה בפוליסה הנוכחית. 1.8. יתרת הקרן לכיסוי טיפולים לפני משורת הדין ביום 31.8.2026 עוברת בשלמותה לרשות בעלת הפוליסה - לתקופת הביטוח החדשה. 1.9. פניות רפרנטית ביטוח השיניים בארגון העובדים ו/או היועץ הרפואי - לנציגות חברת הביטוח מכל סוג, לסיוע בטיפול בפניות מבטחים ויישום החלטותיו (של היועץ הרפואי) יענויבתצעו ע"י המבטחת בתוך 2 ימי עסקים.
2 הרחבת כיסויים	2.1. העלאת תקרת גיל הכיסוי לטיפול יישור שיניים ל - 18 שנה (הארכתו עד גיל 20 כפוף לתנאי טיפול בלתי צפויים - באישור היועץ הרפואי) ובכפוף לכך שתוכנית הטיפול אושרה והחלה לפני גיל 18. 2.2. הרחבת הכיסוי להחדרת שתלי שן ל - 9 שתלים לתקופת ביטוח ובסמכות היועץ הרפואי יאושר שתל נוסף מסיבות רפואיות דנטליות בלבד. 2.3. הרחבת הכיסוי להחדרת שתל שן באתר שן טוחנת תחתונה מס' 36,46 ל 2 שתלים משיקול דנטלי בלבד - באישור היועץ הרפואי. השתל הנוסף ייספר מתוך מכסת השתלים הכללית המאושרת. ובכל מקרה יכוסה מבנה אחד וכתר אחד לשן ז. 2.4. בלסת מחוסרת שיניים יורחב הכיסוי הביטוחי כך שמסגרת השתלים תישאר על 6 שתלים בתקופת ביטוח ובסמכות היועץ הרפואי יאושר שתל נוסף מסיבות רפואיות דנטליות בלבד. 2.5. יורחב הכיסוי לגשר תלוי אחורי וקדמי עד לשיניים שישיות, באישור היועץ הרפואי. 2.6. הרחבת הכיסוי לתוספת שיניים מאחזות בביצוע גשר - מסיבות דנטליות, באישור לשיקול היועץ הרפואי. 2.7. יינתן כיסוי לשיקום קבוע ונשלף באותה לסת מסיבות דנטליות באישור היועץ הרפואי. 2.8. בשיניים קדמיות 22-12, 42-32 יינתן כיסוי לכתרי חרסינה מלאה ו/או ציפוי למיניט מחרסינה, באופן פרטי בלבד, כתחליף לכתר המאושר על פי תנאי הפוליסה, רק למבטחים הרגישים למתכת עפ"י אישור אלרגולוג ובאישור היועץ הרפואי. תקרת ההחזר תעמוד על 1850 ₪ בניכוי ה"ע בשיעור 40%.

2.9. ייתן כיסוי להחלפת שיקום קיים להחזרת החסר הדנטלי לקדמותו גם אם מוחרג בפוליסה. 2.10. כיסוי לצילומי סי.טי. לצורך דנטלי מעבר לכיסוי הקיים - באישור היועץ הרפואי.	
1.1. העלאת תקרת ההחזר לטיפול תוספת עצם באתר שן בודדת בעקירתה ל- 650 שו. 1.2. ההשתתפות עצמית בביצוע צילומי סי.טי. באופן פרטי, תופחת ל 40% ובשום מצב לא תעלה עליה. 1.3. ההשתתפות העצמית בביצוע טיפולי שיקום הפה במרפאות הסדר תופחת ותהיה שקולה ל- 25% מעלות הטיפול. 1.4. ההשתתפות העצמית בביצוע טיפולי יישור שיניים לילדים, באופן פרטי תופחת ל 35%.	3 שיניים בלוח התגמולים

טבלת הכיסויים בפוליסה

פירוט הכיסויים בפוליסה	תיאור הכיסוי	שיפוי - גבול אחריות המבטח	צורך באישור המבטח מראש
מעבר לגבולות אחריות המבטח המפורטות מטה בגילוי הנאות- תקרות הכיסוי בסכומי הביטוח מפורטות בנספח ב' לפוליסה			
טיפולים משמרים			
אבחון	בדיקה ראשונית/תקופתית		לא
	חוות דעת שניה ע"י מומחה		לא
	צילומי רנטגן	צילום פנורמי/ סטאטוס	לא
		זוג צילומי נשך	לא
		צילומים פריאפיקליים	לא
מניעה	ניקוי אבנית		לא
	טיפול בפלואוריד		לא
	איטום חריצים		לא
	שומר מקום		כן
סתימות			לא
	השלמת כותרת		לא
כתרים טרומיים			לא
			לא

פירוט הכיסויים בפוליסה	תיאור הכיסוי	שיפוי - גבול אחריות המבטח	צורך באישור המבטח מראש
טיפולים במוך השן	טיפול שורש בשיניים קבועות		לא
	חידוש טיפול שורש	ע"י מומחה - 50% מעל תקרת כן ההחזר	כן
	שן חלב	אחד לכל שן חלב בתקופת הביטוח	לא
טיפולים כירורגיים	עקירה רגילה	אחת לכל שן בתקופת ביטוח	לא
	עקירה כירורגית/שן כלואה	אחת לכל שן בתקופת ביטוח	לא
	קיסוע חוד השן, כולל צילומים	פעם אחת בתקופת ביטוח לכל שן	לא
	עקירת שן חלב	אחת לכל שן חלבית בתקופת ביטוח	לא
	המיסקציה, כולל צילומים	אחת לכל שן בתקופת ביטוח	לא
	הוצאת שתלים	על פי סעיף 2.28	לא
	עקירות ע"י מומחה לכירורגיה	50% מעל לנקוב בטבלת ההחזרים. בכפוף להוראות סעיף 2.29	לא
	מכתשית יבשה	אחת לכל שן בתקופת ביטוח	לא
		עד 3 טיפולים בשנה	לא
עזרה ראשונה			
הרדמה כללית/ סדציה תוך ורידית לילדים ולמבוגרים		פעם אחת בתקופת ביטוח. בבי"ח או מוסד רפואי מוכר. השתתפות עצמית 50%	כן
החזר השתתפות עצמית לילדים בגיל 5-18 שקיבלו טיפולי שיניים במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי			כן
טיפולים כירורגיים נוספים		אחת לתקופת ביטוח	כן
	אלאבאופלסטיקה	אחת לתקופת ביטוח	כן
	פרנקטומי	אחת לתקופת ביטוח	כן
	הוצאת אבן מצינור בלוטת הרוק	אחת לתקופת ביטוח	כן
	ביופסיה	אחת לתקופת ביטוח	כן

פירוט הכיסויים בפוליסה	תיאור הכיסוי	שיפוי - גבול אחריות המבטח	צורך באישור המבטח מראש
טיפולים פריודנטליים			
למבטחים שאינם ילדים (מעל גיל 18 בלבד)			
מניעה	בדיקה פריודנטית	2 בדיקות לתקופת ביטוח. ביקורת מומחה אחת לשנה לאחר ביצוע ניתוח חניכיים.	כן
	הקצאת שורשים	פעם אחת לכל תקופת ביטוח לכל רבע פה	כן
כירורגיה פריודנטלית – ע"י פריודונט מומחה או רופא בהסדר אשר אושר ע"י המבטח	ניתוח כריתת חניכיים או ניתוח מטלית או ניתוחי מטלית כולל הוספת עצם סביב שיניים או לחילופין החדרה כירורגית של תרופות מעודדות ריפוי עצם	פעם אחת לתקופת ביטוח לכל אחד מרבעי הפה החדרה כירורגית של תרופות מעודדות ריפוי תכוסה פעמיים לכל רבע פה בתק' ביטוח.	כן
ניקוז מורסה ממקור פריודונטי		אחד ללסת לתקופת ביטוח	כן
סד מחומר מורכב/אמלגם		אחד ללסת לתקופת ביטוח	כן
סד לילה		3 טיפולים בתקופת ביטוח	כן
הארכת כותרת		אחד לשן בתקופת ביטוח	כן
טיפולים בהחדרת תרופות מקומיות לכיסים פריודנטליים		2 טיפולים לרבע פה בתקופת ביטוח	כן

פירוט הכיסויים בפוליסה	תיאור הכיסוי	שיפוי - גבול אחריות המבטח	צורך באישור המבטח מראש
טיפולים משקמים (פרוטטיים)			
למבטחים שאינם ילדים (מעל גיל 18 בלבד)			
כן	כן	כן	כן
תותבת חלקית קבועה – כתר	***ראה הטבות במסלול מרפאות הסדר ייחודיות	פעם אחת בתקופת ביטוח לכל שן	כן
תותבת חלקית נשלפת	***ראה הטבות במסלול מרפאות הסדר ייחודיות	פעם אחת בתקופת ביטוח לכל לסת	כן
תותבת שלמה	***ראה הטבות במסלול מרפאות הסדר ייחודיות	פעם אחת בתקופת ביטוח לכל לסת	כן
תיקונים בתותבות חלקיות או שלמות	תיקון שבר או סדק בתותבת	אחת ללסת בתקופת ביטוח	כן
	תיקון או החלפה או הוספת שן בתותבת	אחת לשן בתקופת ביטוח	כן
	הוספת או החלפת ווים	2 פעמים ללסת בתקופת ביטוח	כן
	הלחמת תח"ל על בסיס מתכת	אחת ללסת בתקופת ביטוח	כן
	חידוש בסיס תותבת שלמה	אחת ללסת בתקופת ביטוח	כן
	ריפוד קשה	2 פעמים בתקופת ביטוח	כן
	ריפוד רך	2 פעמים בתקופת ביטוח	כן
	מבנה יצוק	1 לשן לתקופת ביטוח	כן
מבנה	מבנה מייד	1 לשן תקופת ביטוח	כן
	מבנה וכתר בודד לילדים עד גיל 18	מבנה אחד וכתר אחד לכל הפה בתקופת ביטוח	כן
החלפת שחזורים		לפי סעיפים 4.23-4.45 בנספח א' ובכפוף לתנאי הפוליסה.	כן
שיקום על גבי שתלים		לפי סעיפים 4.46-4.48 וסעיף 5 בנספח א' ובכפוף לתנאי הפוליסה.	כן

פירוט הכיסויים בפוליסה	תיאור הכיסוי	שיפוי - גבול אחריות המבטח	צורך באישור המבטח מראש
שתלים			
ע"י מומחים לפריודונטיה או לכירורגיה פה ולסת בלבד או רופא בהסדר אשר אושר ע"י המבטח	כן		
כירורגיה של שתלים		בהתאם להוראות פרק 5.	כן
צילומי CT		אחד לכל לסת לתקופת ביטוח בכפוף לביצוע השתלה. בסמכות היועץ הרפואי לאשר צילומים נוספים	כן
השתלת עצם/ הרמת סינוס לצורך ביצוע שתלים	***ראה הטבות במסלול מרפאות הסדר ייחודיות	אחד לכל לסת לתקופת ביטוח. לפי סעיף 5.19.6 בנספח הטיפולים	כן
טיפולים אורתודנטים (יישור שיניים) לילדים			
	יבוצע על ידי מומחים לאורתודנטיה בלבד ***ראה הטבות במסלול מרפאות הסדר ייחודיות	אחד לתקופת ביטוח	כן
שטר ביטחון	נדרש שטר ביטחון/חוב ועל סכום יתרת הפרמיה עד תום תקופת הביטוח הקבוצתי, בכפוף זכותו של המבוטח לביטול הפוליסה על פי תנאיה		
משך האחריות לטיפול המשך לאחר תום הביטוח	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.		
טיפול ייחודי 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 בטיפול ייחודי משמרים לילדים עד גיל 18). שירותים כאמור עשויים להיות חופפים לכיסויים מסוימים בפוליסה.			

פוליסה לביטוח שיניים קבוצתי לעובדי בנק הפועלים 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 בצדם:

1.1 בעל הפוליסה	ארגון עובדי בנק הפועלים – הועד הארצי המצהיר ומתחייב כי: 1.1.1. לענין היותו בעל פוליסה הוא פועל באמונה ובשקיזה לטובת המבוטחים בלבד וכי אין לו ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל פוליסה.
1.2 המבטחת/ המבוטח/ החברה	הפניקס חברה לביטוח בע"מ.
1.3 המבוטח	עובד/ת/ גמלאי של בעל הפוליסה ("מבוטח ראשי"), ובני משפחתו אשר הצטרפו לפוליסה זו בהתאם לתנאי ההצטרפות ושמם נקוב בדף פרטי הביטוח כמבוטחים ומשולמת בינם הפרמיה במלואה.
בן משפחה	בן/בת זוג או ילד של מבוטח ראשי.
גמלאי	מי שהגיע לגיל פרישה המוקדמת (לפי סעיף 5 לחוק פרישה מוקדמת, התשס"ד-2004) או שמשולמת לו אחת מאלה: (1) קצבה המשולמת לעובד בשל פרישה מהעבודה, לפי הסדר בית דין או בהסכם, ולפיו תשולם קצבה מקופת המעסיק, לרבות באמצעות קופת גמל מרכזית לקצבה או קופת גמל מרכזית להשתתפות בפנסיה תקציבית או מאוצר המדינה לעובד או לנושא משרה שיצא לקצבה, במשך כל ימי חייו. (2) תשלום חודשי המשולם לעובד בשל פרישה מעבודה, מקופת המעסיק, או מאוצר המדינה, לכל הפחות, עד הגיעו לגיל הפרישה המוקדמת.
1.4 בן או בת זוג	בן או בת זוג של מבוטח ראשי של בעל הפוליסה לרבות ידועה/ בציבור.
1.5 ילד	ילדי המבוטח הראשי ו/או ילדי בן/בת זוג שגילם מעל 3 שנים ואינו עולה על 18 שנה.
1.6 ילד בוגר	ילדי המבוטח הראשי ו/או ילדי בן/בת זוג שגילם מעל 18 שנה.
1.7 רופא שיניים	רופא בעל רישיון ישראלי תקף המתיר לו לעסוק ברפואת שיניים.
1.8 רופא שיניים מומחה	רופא שיניים בעל רישיון מומחה תקף מטעם משרד הבריאות בישראל, בתחום התמחות מוגדר, או מי שהוכר על ידי המבוטח ובעל הפוליסה ככזה.
1.9 רופא שיניים פרטי/ שאינו בהסכם	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.

1.10	רופא הסכם	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.
1.11	מדד	מדד המחירים לצרכן (המדד הכללי) המתפרסם ע"י הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
1.12	מדד הבסיס	מדד חודש מאי 2026 אשר פורסם ביום 15.6.2026
1.13	הצמדה למדד	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.
1.14	היועץ מטעם בעל הפוליסה / היועץ הרפואי	רופא שיניים, שמונהו מטעם בעל הפוליסה, אשר תפקידו ייצוג המבוטחים בכל עניין רפואי-מקצועי או משפטי וכן בכל עניין אחר הנוגע לתנאי פוליסה זו. מתן הסבר על מהות הביטוח ועל תנמולי 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.
		החלטת המבטחת לדחות חלקית או באופן מלא התייעצות מוקדמת של מבוטח, תועבר לעיון מוקדם של היועץ הרפואי טרם שליחתה למבוטח.
1.15	רופא בודק	רופאי שיניים מטעם המבטח, אשר יבצעו עבור המבטח ועל חשבונם בדיקות מבוטחים במקרה הצורך. מרפאות רופאי הבודק תהיינה בפיזור המאפשר נגישות למבוטח ו/או לבני משפחתו. מוסכם כי רופאי הבודק יאושרו גם על ידי בעל הפוליסה.
1.16	ישראל	מדינת ישראל, לרבות השטחים תחת שלטון ישראל.
1.17	מקרה הביטוח	ביצוע טיפול שיניים למבוטח הנזקק לטיפול השיניים על פי אמות מידה רפואיות מקובלות וטיפול השיניים מכוסה במסגרת פוליסה זו ובוצע בתקופת הביטוח.
1.18	הכיסוי הביטוחי	1.18.1 הכיסוי הביטוחי למבוטחים שהינם ילדים כולל את כל הטיפולים המכוסים בפוליסה זו למעט טיפולים משקמים, טיפולי חניכיים ושתלים. 1.18.2 הכיסוי הביטוחי של מבוטחים שאינם ילדים כולל את כל הטיפולים המכוסים בפוליסה זו למעט טיפולים אורתודונטיים.
2 תקופת הביטוח		

מיום 1.9.2026 ועד ליום 31.8.3031 (5 שנים)

דמי הביטוח יהיו כדלקמן:

סטאטוס	דמי הביטוח החודשיים
עובד/ת	81.15 ₪ במימון המעסיק
פורש/ת	81.15 ₪
גמלאית	81.15 ₪
בן/בת זוג	89.83 ₪
ילד	51.43 ₪ (ילד שלישי ואילך בחינם)
ילד בוגר	89.83 ₪

3.2 דמי הביטוח יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן אשר פורסם ביום 15.6.2026.

3.3 דמי הביטוח ישולמו למבטחת מידי חודש בחודשו ולא יאוחר מיום 5 לחודש העוקב.

3.4 בכפוף לאישור המבוטח, דמי הביטוח ינוכו על ידי בעל הפוליסה חודש בחודשו ויועברו בגביה מרוכזת למבטחת ובכפוף למילוי טופס הצטרפות.

3.5 נוהל חל"ד/חל"ת בעל הפוליסה מתחייב לשלם למבטח את הפרמיה החודשית גם עבור עובד/ת ובני משפחתו המבוטחים שיצאה לחל"ת (חופשה ללא תשלום לתקופה של 3 חודשים ומעלה ללא ניתוק יחסי עובד מעביד וללא קבלת שכר ממעבידו) ו/או עבור עובדת ובני משפחתה המבוטחים שיצאה לחל"ד (חופשה של 14 שבועות שבהם המבוטחת שהינה בהריון נעדרת מעבודתה).

3.6 אופן התשלום השוטף של הפרמיה החודשית יהיה באמצעות מסמך דרישה המוגש לגביה, לארגון עובדי בנק הפועלים - הועד הארצי, ואולם אם מסיבה כלשהי לא שולמה הפרמיה החודשית, אין הדבר פוטר את בעל הפוליסה מהחיוב לשלמה והוא יחשב כמי שלא פרע את הפרמיה החודשית במקרה זה.

4 הצטרפות לביטוח

4.1 המבוטחים יצורפו לביטוח על פי פוליסה זו, במועד תחילת עבודתם אצל בעל הפוליסה או בתאריך תחילת תקופת הביטוח, לפי המאוחר מביניהם.

כל העובדים ובני משפחותיהם אשר היו מבוטחים בביטוח השיניים הקודם אצל המבטחת, יועברו אוטומטית לפוליסת הביטוח החדשה ללא צורך במילוי טופס הצטרפות.

4.2 במועד תחילת תקופת הביטוח ובמהלך 90 יום, ייפתח חלון לצירוף בני משפחה בכפוף לתנאים המפורטים בסעיף הצטרפות זה.

4.3 המבוטח הראשי יכול לצרף בן/בת זוג בתנאי שהצטרף בעצמו.

4.4 המבוטח הראשי יכול לצרף את ילדיו מגיל 3 ואילך בתנאי שהצטרף בעצמו וצרף בן/בת זוג. יובהר כי בצירוף ילדים בגיל 3-18 יש לצרף את כל הילדים לפוליסה.

4.5 צירוף בני המשפחה ייעשה בכפוף למילוי טופס הצטרפות על ידי המבוטח הראשי ואישורו לניכוי דמי הביטוח משכרו.

המבוטח הראשי יצורף לביטוח בתוך 90 יום ממועד תחילת עבודתו אצל בעל הפוליסה ("מבוטח ראשי חדש"), או בתוך 90 יום ממועד קבלת קביעות במקום העבודה. צירוף בן משפחה של מבוטח ראשי חדש ייעשה בתוך 90 יום ממועד תחילת עבודתו אצל בעל הפוליסה ובלבד שהמבוטח הראשי החדש צורף לפוליסה.	4.6
מבוטח ראשי שנישא במהלך תקופת הביטוח יוכל לצרף את בן/ת זוגו בתוך 90 יום ממועד הנישואין.	4.7
מקום בו מוטלת על מבוטח לפי תנאי פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי חובה אחת מאלה: (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 1ד(ג) לחוק עובדים זרים; (2) לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה; 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. הוראות סעיף 4.9 לא יחולו על פוליסה שתחודש לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר, אם התקיימו תנאים אלה: (1) הפוליסה הקבוצתית היתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה; (2) חידוש הפוליסה הקבוצתית נעשה, בין באותם תנאים ובין בתנאים שונים, תוך שמירה על רצף ביטוחי לגבי כיסוי ביטוחי שהיה בתוקף עד מועד החידוש ושנכלל בפוליסה לאחר אותו מועד; לעניין זה, "שמירה על רצף ביטוחי" – שמירת הרצף בלא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם ובלא תקופת אכשרה. פחת מספר המבוטחים בקבוצה מ-50, לא תחודש הפוליסה במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.	4.8
מבטח ימסור עם תחילת תקופת הביטוח, לכל יחיד מקבוצת המבוטחים, בין בהצטרפותו לראשונה ובין במועד חידוש הביטוח לתקופה נוספת, העתק פוליסה, טופס גילוי נאות לפי הנחיות המפקח, דף פרטי ביטוח וכן מסמכים נוספים שיורה עליהם המפקח; 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 ויצוין- (1) כי הוארכה תקופת הביטוח ולא חלו שינויים בתנאי הכיסוי הביטוחי (2) את האפשרות של המבוטח לקבל העתק ממסמכי הפוליסה (3) את האפשרות של המבוטח לעיין במסמכי הפוליסה תוך מתן פירוט היכן הדבר ניתן. "שינוי בדמי הביטוח" – לרבות שינוי בחלק היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבוטח, ולמעט שינוי בדמי הביטוח	4.9 מתן מסמכים למבוטח

הנובע מהצמדה 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 מהחוזה שבין המבטוח ובין בעל הפוליסה, בתוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבטוח. נקבע כי בעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח, במלואם, ישלח המבטוח למבטוח, לפי דרישתו, העתק מן החוזה שבין המבטוח ובין בעל הפוליסה, בתוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבטוח, ואולם המבטוח רשאי שלא לשלוח למבטוח הוראות בחוזה האמור לעניין גובה דמי הביטוח והתאמת דמי הביטוח.	
5 תום הביטוח/ ביטול הביטוח התחייבות המבטחת על פי הסכם זה תסתיים במועד תום תקופת הביטוח או בתום הביטוח או ביום ביטולו על ידי המבטוח או המבטוח 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 המבטוח במהלך תקופת הביטוח, ובכל מקרה לא יאוחר מבתוך 90 יום שלאחר סיומו של הביטוח לגבי אותו מבטוח.	5.1
בכל אחד מהמקרים הבאים יגיע הביטוח לסיומו, הן לגבי המבטוח הראשי והן לגבי בני משפחתו: 5.2.1 אובדן זיקה של המבטוח הראשי לבעל הפוליסה: סיום העסקת המבטוח הראשי אצל בעל הפוליסה. 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. 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). 5.2.3 פטירה: פטירתו של המבטוח הראשי. 5.2.4 תום תקופת הביטוח לכלל המבטחים על פי פוליסה זו. 5.2.5 מלאו לילד 18 שנה, ימשיך הביטוח לגביו, אלא במידה ויבקש לבטל את הביטוח כבן משפחה בוגר. לא יאוחר משלושה חודשים לפני הגיע ילד מבטוח לגיל 18, ישלח המבטוח לעובד/גמלאי המבטוח הודעה על אפשרות ביטול הביטוח כבן משפחה בוגר בדגש על רצף הביטוח באותם תנאי ביטוח של עובד/ גמלאי ובהדגש על שינוי דמי הביטוח כבן משפחה בוגר. בעל הפוליסה או המבטוח ימלא מסמך המאשר את הביטול מהסיבות הנקובות בסעיפים 5.2.1-5.2.5 לעיל, ויעבירו למבטחת. תקופת הביטוח תגיע לסיומה עם מסירת תעודת הביטוח והאישור למבטחת, או הצהרה בכתב של העובד. בכל מקרה של הפסקת הביטוח בשל אחת מהסיבות המפורטות בסעיף 5.2 לעיל, יהיה בעל הפוליסה או המבטוח, לפי העניין, חייב בתשלום דמי הביטוח בגין החודש בו הגיעה תקופת הביטוח לסיומה.	5.2 תום הביטוח לגבי מבטוח

הפוליסה לא תפקע לגבי מבטוח לפני תום תקופת הביטוח, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבטוח דמי ביטוח בעד המבטוח בשל כיסויים אלה.	
בנוסף לכל אחד מהמקרים המנויים לעיל, מבטוח יהיה רשאי להפסיק ולהיות מבטוח בפוליסה לפי הסכם זה ולבטלה בכל עת. ביטל מבטוח את הפוליסה בהתאם לסעיף זה ושלא לפי אחד המקרים האחרים המנויים לעיל, יהיה המבטוח רשאי לדרוש החזר כספי מהמבטוח שביטל את הפוליסה, בכפוף לכל התנאים המצטברים כמפורט להלן: 5.3.1 המבטוח 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"). לענין זה יובהר כי, במקרה של חידוש הפוליסה לתקופה נוספת אצל אותו מבטוח או אצל מבטוח אחר (להלן: "חידוש פוליסה") שבמסגרתו נוסף לפוליסה סל טיפולים שלא היה קיים לפני החידוש, אזי יראו את החידוש הפוליסה כמועד צירופו של המבטוח 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 המבטוח לפוליסה הראשונה. 5.3.2 סך תגמולי הביטוח גבוהים מסך הפרמיות ששולמו בגין הפוליסה. יודגש, כי בחינת הסכומים כאמור תיערך רק ביחס למבטוח שלגביו הוגשה בקשה לביטול במהלך התקופה הקובעת, ללא קשר למבטוחים אחרים בפוליסה. 5.3.3 גובה ההחזר 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 המבטוח שלגביו הוגשה בקשת הביטול במספר החודשים שנותרו עד תום התקופה הקובעת. 5.3.4 לענין חישוב גובה ההחזר הכספי יוגדרו: א. "סך תגמולי ביטוח" – סך תגמולי הביטוח ששילם המבטוח במהלך התקופה הקובעת בגין תביעות מבטוח הפוליסה של המבטוח שלגביו הוגשה בקשת הביטול. ב. המבטוח יהיה רשאי לכלול בתגמולי הביטוח הוצאות בגין ניהול תביעות בשיעור שלא יעלה על 10% מסך תגמולי הביטוח ששולמו. ג. "סך הפרמיות" – סך הפרמיות ששולמו בשל המבטוח שלגביו הוגשה בקשת הביטול במהלך התקופה הקובעת. 5.3.5 הוראות סעיף 5.3 לא יחולו במקום של ביטול לפי הוראות סעיף 5.2 לעיל.	5.3 ביטול הביטוח על ידי המבטוח
5.4.1 חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבטוח כאמור בפסקה השנייה בסעיף 4.10, והודיע המבטוח למבטוח או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי הענין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבטוח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח	5.4 ביטול הביטוח לגבי מבטוח מסוים

או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שאירע בתקופת 60 הימים כאמור. 5.4.1.2 חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בסעיף 4.9 לעיל ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד חידוש הביטוח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין; בוטל הביטוח כתקנת 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 4.9 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. 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; ואולם אם בעל הפוליסה הוא מעביד, מבטח יהיה רשאי שלא לבטל את הביטוח כאמור עד תום תקופת הביטוח הנקובה בפוליסה, בכפוף להסכמת המבוטח. 5.4.2 על ביטול לפי סעיף 5.4 יחולו הוראות סעיף 5.3 בנוסף.	
5.5.1 במקרה של אי גילוי עניין מהותי בהתאם להוראות סעיף 8-6 לחוק חוזה הביטוח, התשמ"א-1984. 5.5.2 במקרה של אי תשלום דמי הביטוח: לא שולמו דמי הביטוח או חלק מהם במועדם 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.	5.5 ביטול על ידי המבטח
6 הגשת תביעה ותשלום תגמולי הביטוח בקורות מקרה הביטוח, תשלם המבטחת תגמולי ביטוח כדלקמן:	
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.	6.1
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. 6.2.2 בביקור הראשון אצל רופא שיינים או אצל רופא ההסכם תיערך למבוטח בדיקת פה ראשונית. על המבוטח לקבל אישור מראש מהמבטח לתוכנית הטיפולים שניתנה לו על ידי הרופא, למעט אם צוין אחרת בפוליסה זו.	6.2 רופא /מכון שבהסכם עם המבטחת

6.2.3 רופא ההסכם יעביר באמצעות הפורטל האינטרנטי של חברת הביטוח את כל המידע והמסמכים הרפואיים הנדרשים לצורך קבלת אישור המבטח לביצוע הטיפול ואו לצורך סילוק התביעה לאחר ביצוע הטיפול. 6.2.4 אישור המבטח לתוכנית הטיפול ייעשה בתוך 7 ימי עבודה מהיום שבו נמסרו למבטח כל המסמכים הנדרשים לברור חבותה של המבטחת. במידה ונדרש לעבור מרופא בהסכם לרופא אחר וקיימת תכנית בתוקף, יש להגיש מכתב ויתור מהמפראה שהגישה את התוכנית ובקשה חדשה מהרופא הנבחר.	
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, חשבוניות מס מקוריות בלבד. בהעדר חשבוניות מס מקוריות, על המבוטח להציג העתק של חשבוניות המס בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ואישור של אותו גורם בגין הסכום ששילם למבוטח בגין מסמכים אלו, או בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ופירוט הסיבה שאין ביכולתו להמציאם. 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. 6.3.3 בביקור הראשון אצל רופא השיניים תיערך למבוטח בדיקת פה ראשונית. על המבוטח לקבל אישור מראש מהמבטח לתוכנית הטיפולים שניתנה לו על ידי הרופא למעט אם צוין אחרת בפוליסה זו. 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. 6.3.5 כמו כן עליו לקבל מהרופא ולצרף לטופס התביעה צילומים שבוצעו לו, לשלם עבור הטיפול ולקבל חשבונית מס - מקור בגין התשלום.	6.3 רופא /מכון שאינו בהסכם עם המבטחת
על המבוטח (המקבל טיפול במרפאה שאינה בהסדר) או לחלופין על מרפאת ההסדר, להגיש למבטחת בשלב האישור מראש (אם נדרש לפי תנאי הפוליסה) ובגמר כל טיפול את המסמכים הבאים: 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. 6.4.2 טופס תביעה שבו צוין הרופא סוג הטיפולים שהמבוטח קיבל, באיזו יום הם בוצעו ואת התשלום עבורם.	6.4 מסמכים

6.4.3 צילומי רנטגן אשר נעשו למבטוח בגין הטיפולים המפורטים להלן: עקירה – צילום לפני הטיפול . עקירה כירורגית – צילום לפני הטיפול. קיטוע חוד השן (אפיסקטומי) – צילום לפני ואחרי הטיפול. המיסקציה – צילום לפני ואחרי הטיפול. טיפול שורש / חידוש טיפול שורש – צילום לפני הטיפול ולאחריו. קיטוע מוך חי – צילום לפני הטיפול. מבנה (שאושר מראש) – אם לא בוצע צילום לאחר הדבקת המבנה, ניתן להציג את צילום כיפת המתכת. כתר (שאושר מראש) – צילום כיפת מתכת שתל (שאושר מראש) – צילום לאחר הטיפול בנוסף לכל האמור לעיל, כל צילום רנטגן אשר בוצע למבטוח, לצורך בניית תוכנית טיפול הדורשת קבלת אישור מראש, יועבר למבטח וכן כל צילום בגינו תובע המבטוח ו/או מרפאת ההסכם קבלת תגמולי ביטוח מן המבטח. 6.4.4 לא תאושר תביעה בגין אחד מהטיפולים הנ"ל אם לא צורף לתביעה צילום רנטגן. 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 מהמבטוח 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 המבטוח על ידי המבטחת בגין התביעה ייעשה באמצעות העברה בנקאית לחשבון המבטוח.	6.6
לצורך בירור חבותה ותשלום תביעה המבטחת תהיה רשאית לדרוש מהמבטוח לעבור בדיקה רפואית אצל רופא שיניים מטעמה ועל חשבונה. לא עמד המבטוח בדרישה זו, תהיה המבטחת פטורה מתשלום התביעה.	6.7
על המבטוח 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 המבטוח 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 קיומה או קיומה 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	
7.1 תעודת ביטוח המבטחת תנפיק עם תחילת תקופת הביטוח, תעודת ביטוח לכל מבטח הנושא את פרטי המבוטח. תעודת הביטוח תוצג בפני הרופא טרם תחילת הטיפול ולפני כל טיפול ובנוסף המבוטח יצרף מסמך מזהה.	
7.2 מוסכם על הצדדים כי כל מחלוקות שיתגלו ביניהם באשר למילוי או אי מילוי חייבים העולים מהוראות הפוליסה, יובאו לניסיון ליישובן בפני היועץ הרפואי.	
7.3 כפל ביטוח 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. 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. 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. הוראות סעיף זה לא יחולו לגבי כיסויים המוגדרים כפיצוי ולא כהחזר הוצאות-טיפול.	
תקופת ההתיישנות של תביעה על פי פוליסה זו היא חמש שנים מיום קרות מקרה הביטוח.	7.4 התיישנות
7.5 מתן הודעות למבוטח 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. 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 מבטח בה ערב מועד תחילת השינוי, עד 60 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי; נדרשה הסכמתו המפורשת של מבטח, כאמור בסעיף 4.9 לעיל, תיכלל בהודעה כאמור פסקה לעניין ההסכמה המפורשת הנדרשת של המבוטח ובהעדרה המשמעות של העדר הרצף הביטוחי;	

(2) לא התקבלה הסכמתו המפורשת של המבוטח כאמור עד למועד תחילת השינוי, ימסור המבטח למבוטח בתוך 21 ימים, ולא יאוחר מ- 45 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה שנייה בדבר הצורך בקבלת הסכמתו המפורשת של המבוטח; הודעה שנייה תימסר באמצעים אחרים משליחה בדואר רגיל, לרבות, בדואר רשום או שיחת טלפון. 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. 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. 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. 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.	
החל מיום 1.9.2026 העבר הביטוחי של מבוטחי הפוליסה שיבחרו להמשיך להיות מבוטחים, ימחק, בשום מקרה לא יחריג טיפולים המכוסים בפוליסה החדשה.	7.6
במקרה בו טיפולים שבוצעו במרפאות ומכונים הנמצאים בהסכם עם המבטחת - נכשלו דנטלית על פי <u>קביעת היועץ הרפואי</u>, הזכאות הביטוחית עבורם תחודש במרפאה המטפלת או מרפאת הסדר אחרת.	7.7
ביצוע טיפולים המכוסים בפוליסה המוגבלים לביצוע ע"י רופאים מומחים, יתאפשר באישור <u>היועץ הרפואי</u> גם לרופאים שאינם מומחים בין אם בהסדר ובין אם פרטיים, בתנאים זהים. ככל שטיפול יאושר ע"י היועץ לביצוע אצל רופא פרטי תהיה ההוצאה של המבטח זהה להוצאה שהיתה משולמת בהסדר.	7.8
8 חריגים וסייגים לחבות המבטחת	
המבטחת לא תהיה אחראית בנין פעולות ו/או שירותים ו/או טיפולים שבוצעו במבוטח על ידי מי שאינו מורשה על ידי הרשויות המוסמכות לעסוק כרופא שיניים/שינינית.	8.1
מבלי לגרוע מהאמור לעיל ובנוסף, תהיה המבטחת פטורה מחבות בכל אחד מהמצבים הבאים: 8.2.1 הוצאות שהוציא המבוטח עבור טיפול שיניים מעבר לנקוב בפוליסה זו.	8.2

8.2.2 טיפולים שבוצעו במבטח מעבר לתוכנית הטיפולים אשר אושרה על ידי המבטחת. 8.2.3 הוצאות ו/או טיפולים אשר אינם נכללים בפוליסה זו. 8.2.4 תרופה שהמבטח נזקק לה בקשר לטיפול השיניים. 8.2.5 הוצאות ו/או טיפולים אשר לגביהם נתן המבטח מידע כוזב או פעל בדרך של רמיה. 8.2.6 המבטח אינו אחראי לכל מחדל או נזק שנגרם למבטח עקב טיפול שיניים שנעשה אצל רופא הסכם או רופא פרטי. 8.2.7 טיפולים שנעשו שלא ע"י רופא שיניים למעט טיפול להורדת אבן. 8.2.8 טיפול שיניים שניתן מחוץ לישראל למעט טיפולי חרום של עובדי בנק מבטחים, באישור היועץ הרפואי.	
אחריות המבטחת לתשלום בגין טיפולים פרוטטיים בהגשת תוכנית טיפולים ע"י המבטח ובצרוף צילומים לפני ואחרי הטיפול ובאישורה המוקדם של המבטחת לביצוע התוכנית.	8.3
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.	8.4
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 שיישלחו דרך האינטרנט יאושרו לא יאוחר מ- 7 ימי עבודה מהיום שבו נמסרו למבטחת כל המסמכים הנדרשים לבירור חבותה של המבטחת.	8.5
כל טיפול משמר, פריודונטלי, פרוטטי, השתלות שיניים ואורתודונטיה המוגדר ברשימת הטיפולים בפוליסה זו, יניתן פעם אחת בתקופת הביטוח בכל משטח, בכל שן או בכל לסת לפי סוג הטיפול, אלא אם כן מצוין אחרת.	8.6
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 הדעה הקובעת.	8.7
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 היגיינה אוראלית/דנטלית לקויה, מחלות חניכיים פעילות, נטילת תרופות בעלות השפעה על בריאות הפה והחניכיים, עישון מאסיבי, סכרת, איכות עצם גרועה.	8.8
היועץ הרפואי רשאי להורות למבטח לשאת בתשלומים עבור טיפול שיניים אם הטיפול הזה לא אושר ו/או הוכר על ידי המבטח כמפורט להלן בסעיף התביעות.	8.9

9.1	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 ייחקק 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 שתניתן לבעל הפוליסה אופציה לסיום הסכם זה.
9.2	בתום שנת הביטוח הראשונה תוכל בעלת הפוליסה לנהל מו"מ עם הפניקס לשיפורים בתנאי החוזה כנגד העלאת הפרמיה.

10 טיפולי שיניים לילדים במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתית

קיימים שירותים מסוימים בתחום רפואת השיניים עבור ילדים בסל הבריאות מכח חוק ביטוח בריאות ממלכתי (נכון למועד הפוליסה, המדובר בטיפול שיניים משמרים לילדים עד גיל 18). שירותים כאמור עשויים להיות חופפים לכיסויים מסוימים בפוליסה.

11 שירות למבוטחי בנק הפועלים

11.1	באחריות בעל הפוליסה להעביר למבטח את רשימת עובדי הבנק ופרטיהם, ואת רשימת ופרטי בני המשפחה המצורפים.
11.2	רשימת רופאי/מרפאות/מכונים ההסכם תהיה בפריסה ארצית ותכלול מרפאות/מכונים על פי פריסה גיאוגרפית נאותה, כאשר ברשימת רופאי ההסכם תהיה לפחות רשת מרפאות אחת בפריסה ארצית.
11.3	המבטח ישתתף בסדנאות הסברה בנושא פוליסת השיניים שיאורגנו ע"י בעל הפוליסה.
11.4	המבטח יעמיד פקיד/ה שירות קבוע/ה לטיפול במבוטחי פוליסה זו למשך תקופת ח"י הפוליסה.
11.5	פניות פרנטית ביטוח השיניים בארגון העובדים ו/או היועץ הרפואי - לנציגת חברת הביטוח מכל סוג, לסיוע בטיפול בפניות מבטחים ויישום החלטותיו (של היועץ הרפואי) יענויותבצעו ע"י המבטחת בתוך 2 ימי עסקים.
11.6	המבטח יעמיד במוקד השרות שלו מספר טלפון ייחודי למבוטחי בעל הפוליסה זמין לשירותם בשעות פעילות מוקד השירות שלו. פרטי כל שיחה בין מוקד השרות מבטח יוקלדו וישמרו במאגר המידע של המבוטח בדרך שתאפשר נגישות מידית אליהם.
11.7	מדי שנה (שנת ביטוח) יעביר המבטח לבעל הפוליסה סיכום של סכום הפרמיה ששולמה עבור כלל מבוטחי הפוליסה, סכום התביעות ששולמו בפרוט של תחומי הכיסוי: משמרת, יישור שיניים, מחלות חניכיים, שיקום הפה והחדרת שתלי שיניים ואת סיכום סכום התביעות ששולמו, מעבר לכיסוי בפוליסה, על פי הוראת המפקח על הביטוח.
11.8	המבטח יעמיד תיבת דואר אלקטרוני וטופס תביעה דיגיטלי, באמצעותם יהיו רשאים המבוטחים לשלוח בקשות לאישור טיפולים ותביעות בנין טיפולי שיניים. קליטת חומר שגשול ע"י מבטח או מי מטעמו למבטחת, תאשר ע"י המבטחת בהודעת sms. תשובות המבטח יישלחו אוטומטית אל האזור האישי באתר האינטרנט של הפניקס.

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 פרוטטי	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. איבחון	
שירות אבחון - התייעצות מוקדמת לעקירות וטיפול שורש ניתנת למבטח האפשרות להגיש תוכנית טיפול לענין השיניים המיועדות לטיפול שורש ואו עקירה על מנת שידע מראש היקף הכיסוי הצפוי.	
2.1 בדיקה ראשונית	בדיקה המתבצעת לפני תחילת הטיפול הראשון במבטח. בדיקה זו תלווה על פי החלטת הרופא המטפל בזוג צילומי נשך, קריאים ותקנים, שיועברו לעיונו של המבטח, רישום מלא של הממצאים הדנטליים והאורליים על גבי טופס מיפוי פה של המבטח, יחד עם, רישום מצבים כלליים הנוגעים לבריאות הכללית של המתרפא ואשר עשויה להיות להם השלכה על הטיפול הדנטלי, מילוי טפסי בדיקה בסימון המקובל (CHARTING), כך שיציג (הרישום) תמונה מושלמת של מצב הפה והשיניים של המבטח ותוכנית הטיפול קודם למתן הטיפול וכן צילום פוטוגרפי. לכיסוי בדיקה כנ"ל מתחייב המבטח להציג למבטח צילומי רנטגן אם בוצעו.
2.2 בדיקת שגרתית / תקופתית	בדיקה תקופתית תכוסה אחת לשנת ביטוח. יכוסו 2 בדיקות בתקופת ביטוח ע"י מומחה לקבלת ייעוץ ואו "חוות דעת שניה" (SECONDED OPINION).
2.3 צילומי רנטגן	צילומי רנטגן יבוצעו אך ורק על פי בדיקה בפועל והפנייה של הרופא המטפל. בשום מקרה לא יישלח מבטח לצילום ע"י כוח עזר דנטלי או מנהלי בלי שנבדק קודם ע"י רופא שיניים שקבע את הצורך בהם. בבדיקה ראשונה של המבטחים יבוצעו רק צילומי נשך וצילומים פריאפיקליים בודדים (שיניים קדמיות למשל) צילומים אלו ישמשו לצורך אבחון טיפולים משמרים, ויוכלו לשמש גם כצילום "שלפנו" טיפול שורש (הנדרש עפ"י תנאי הפוליסה בעת הגשת הדרישה לתשלום בגין טיפול שורש - ראה סעיף טיפול שורש להלן). במידה והמבטח נזקק בנוסף לטיפול משמר לטיפול משקם (פרוטטי) או חניכיים (פריודונטלי) או אחר, לאחר שהושלמו כלל הטיפולים המשמרים, יכוסו עד שני צילומי סטטוס או לחילופין צילומים פנורמיים או שילוב שלהם (כאמור בסעיף 2.3.1), או במקרים שבהם לפי שיקול דעתו של הרופא יש צורך בצילומים אלו.

כל הצילומים משמשים ומבוצעים כעזר אבחנתי, לכן המבטח עומד על כך שהצילומים יהיו קריאים וניתנים לפיענוח ובעלי ערך אבחנתי. המבטח שומר לעצמו הזכות לדרוש להעביר לעיונו ו/או לרשותו את הצילומים בכל עת שידרוש זאת באמצעות רופא שיניים. 2.3.1 צילום פנורמי או צילום סטטוס - כיסוי המבטח מוגבל לשתי סדרות של 14 צילומים פריאפיקלים (סטטוס) של שתי הלסתות, עליונה ותחתונה, או לחילופין שני צילומים פנורמיים של הפה או שילוב שלהם לתקופת הביטוח. בסמכות היועץ הרפואי לאשר צילומים נוספים מעבר לקצוב לעיל על פי שיפוטו במצבים דנטליים מיוחדים. 2.3.1.1 בכל מקרה שלמבטח נעשה צילום סטטוס או צילום פנורמי יש להעבירו לעיון המבטח. במסגרת הסטטוס ירשם שם המתרפא, שם הרופא או המכון, תאריך צילום, ומספר תעודת הזהות של המתרפא. 2.3.1.2 צילום פנורמי לילדים מתחת לגיל 15 טעון אישור מראש למעט בטיפול יישור שיניים. 2.3.1.3 לא יכוסה צילום סטטוס אצל מבוגרים חסרי שיניים לחלוטין. 2.3.2 צילומי נשך - צילום המראה את כותרות השיניים - הטוחנות והמלתעות. כיסוי המבטח מוגבל לשני זוגות צילומים לכל שנת ביטוח. 2.3.3 צילומים פריאפיקלים - צילום המראה קבוצה של 2-3 שיניים במלואן כולל העצם המאחזת. במקרים בהם קיים צורך בביצוע צילומים פריאפיקלים בודדים למטרות אבחון או טיפול, בתנאי שאינם נעשים בקשר לביצוע טיפול שורש ו/או טיפולים כירורגיים (כולל עקירת שן כירורגית ועקירת שן כלואה). כיסוי המבטח מוגבל ל - 2 צילומים פריאפיקליים למשך שנת ביטוח, זאת בנוסף לכיסוי סטטוס פריאפיקלי. 2.3.4 צילום סיגרי - צילום המבוצע בזווית של 90 מעלות ללסת ומדגים את המשטח הלעיסה של השיניים בלסת ואת רקמות התמיכה הגרמיות שלה. יינתן כיסוי ל- 2 צילומים בתקופת ביטוח.	
2.4.1 למבטחים עד גיל 18 תאושר ישיבה אחת לשנת ביטוח. 2.4.2 למבטחים מעל גיל 18 תאושרנה 2 ישיבות בשנת ביטוח וכן 2 ישיבות ניקוי אבנית ע"י פרידונט (כמפורט בפרק הטיפולים הפרידונטליים) כשבין טיפול לטיפול תהיה המתנה של לפחות 4 חודשים. 2.4.3 ישיבה הינה טיפול של 30 דקות בהסרת אבנית בלבד. 2.4.4 חינוך לבריאות והדרכה בצחצוח שיניים מכוסה וכלול בחשבון 30 הדקות של הסרת האבנית.	ב. מניעה 2.4 הסרת אבנית
לילדים עד גיל 14 בלבד ופעם אחת בשנת ביטוח.	2.5 טיפול בפלואוריד

2.6 איטום חריצים	לילדים עד גיל 14 בלבד טיפול מניעתי, האיטום נעשה במשטחי הלעיסה של השיניים האחוריות (מלתעות וטוחנות) נשירות וקבועות בחומר מרוכב במטרה למנוע היווצרות עששת. הכיסוי מוגבל ל 2 איטומים לשן לתקופת ביטוח, בוצע טיפול זה, ובטרם חלפו 24 חודש מיום הטיפול וחפצים לבצע סתימה בשן, יהיה המבטח זכאי לקזז את עלות איטום החריצים.
2.7 שומר מקום	יאושר אחד לתקופת ביטוח באישור מראש.
ג. סתימות (מאמלגם ומחומרים מרוכבים)	
שחזור שן שנפגעה בעששת (בכלל זה עששת צוארית) באמצעות חומר קבוע כולל אלחוש מקומי, הכנת חלל, הסרת העששת, הנחת מצע, הנחת חומר הסתימה, גילוף לפי האנטומיה של השן, שחזור מגע השן עם השן או השיניים השכנות ועם השיניים בלסת נגדית.	
2.8	כאשר בשן אחת קיים נגע עץ של עששת, שחזור הנגעים באותה ישיבה ייחשב כסתימה אחת – בין אם הסתימה בין הנגעים המשכית ובין אם לאו. יכוסו סתימות בשיניים שבוצעו וכוסו בהן סתימות ונוצר צורך בסתימה נוספת במשטח שונה.
2.9	הכיסוי הביטוחי הינו לסתימה אחת לכל שן בכל 2 שנות ביטוח.
2.10	מכוסה סתימה בשן שעברה טיפול שורש שאין כוונה לשקמה במבנה וכתר. במידה וידרש בשן כנ"ל שיקום במבנה וכתר וטרם חלפו שנתיים מביצוע הסתימה, יקוזז מסכום ההחזר השיפוי בעבור הסתימה.
2.11	בעת תביעה לתשלום יש לצרף זוג צילומי נשך שבוצעו אם בוצעו למעלה מ- 6 סתימות ו/או צילום פריאפיקלי קדמי אם בוצעו למעלה מ- 5 סתימות בשיני חזית ו/או צילום פוטוגרפי של האזור המטופל.
2.12 סתימה עם פינים	שיחזור שן על ידי סתימה מחוזקת בפינים כאשר לדעת הרופא שיקולים של חיזוק הסתימה מצריכים חיזוקה על ידי פינים אשר יוכנסו בחומר הקשה של השן (פרהפולפרי). בכלל זה לא יחזקו ולא יבוצעו סתימות בשיניים שעברו טיפול שורש. אין הגבלה במספר הסתימות המחוזקות על ידי פינים למבטח לתקופת הביטוח בכפוף לסעיף 2.9 לעיל. אין תוספת תשלום בעבור פינים.
2.13 סתימה זמנית	סתימה זמנית אינה מכוסה במסגרת פוליסה זו.
2.14	ייתכן כיסוי לביצוע סתימה בשיניים מכותרות או מועמדות להכתרה. הכיסוי הינו אחד לשן בכל 3 שנות ביטוח.
2.15 סתימה יצוקה	(מזהב מתכת חצי אצילה, חומר מרוכב או כל חומר אחר) ניתן לבצע סתימות יצוקות, באישור מראש. תקרת ההחזר תהיה בגובה 150% מסתימת חומר מרוכב, מכוסה סתימה כנ"ל לכל שן אחת לתקופת הביטוח.
ד. כתרים טרומיים (מפלדת אל חלד ו/או חומר מרוכב)	
2.16	שיחזור שיניים נשירות בכתרים טרומיים ייעשה כאשר לדעת הרופא המטפל אין אפשרות לשחזר את השן על ידי סתימה. המבטח זכאי לכתר טרומי אחד לכל שן חלבית.
2.17	יאושרו כתרים טרומיים בשיניים קבועות, כתחליף לשיקום בכתר קבוע ובכפוף לאישור היועץ הרפואי.

הפוליסה מכסה טיפול שורש המבוצע בעקבות פגיעה עששתית במוך השן אשר גרמה לפגיעה דלקתית, נמק או מורסה ואשר ניתן לראותה בצילום אבחנתי שבוצע לפני הטיפול, טיפול שורש שנעשה מסיבות פריודונטליות וטיפול שורש שנעשה מאבחנה רפואית אחרת או מטעמי טיפול משקם עתידי, מכסה באישור היועץ הרפואי. מכסה טיפול שורש בשן נשירה אם קיים חוסר מלידה של השן הקבועה בעמדתה.

2.18.1. הכיסוי הוא לטיפול שורש אחד לכל שן קבועה או נשירה כפוף להוראות סעיף 2.18, בתקופת הביטוח.

2.18.2. הטיפול כולל: הוצאת מוך שן במלואו, ניקוי, הרחבה, שיוף ושטירת תעלות השורש ובכלל זה ניקוז מורסה דרך השן, מילוי התעלות בחומר מלוי קבוע, שטיפות בחומרים שונים וסתירת השן בחומר סתימה זמני.

2.18.3. תנאי מוקדם לתשלום בגין טיפול שורש הוא צירוף צילומי רנטגן פריאפיקליים שבוצעו, של השן בה מבוצע הטיפול, אחד לפני הטיפול, והשני של סיום טיפול השורש במלואו.

2.18.4. הצילומים הנדרשים כלולים בסכום ההחזר לטיפול השורש.

אפקסיפיקציה – יינתן כיסוי לעד 3 ישיבות אפקסיפיקציה למבטח בתקופת ביטוח. תבוצע הפרדה בין ישיבה ראשונית לבין 2 ישיבות ההמשך.

חידוש טיפול שורש ישולם רק אם יוכח צורך רפואי דנטלי המוגדם בצילום רנטגן. הכיסוי הינו אחד לשן לתקופת הביטוח. **על המבטח להגיש בקשה לאשור הטיפול לפני התחלתו.**

2.19.1. הוראות סעיף טיפול שורש 2.18 לעיל חלים על פרק זה.

2.19.2. לא יכוסו חידושי טיפולי שורש בשיניים בהן טיפול השורש בוצע בתקופת הביטוח ושולמה תמורתו ע"י המבטח אלא אם חלפו לפחות 3 שנים מיום הביצוע.

במקרים בהם הרופא המטפל אינו מבצע את הטיפול והוא מפנה לרופא מומחה לטיפול שורש (אנדודונט), אזי תוספת השיפו בגין טיפולי השורש או חידוש טיפול השורש שאושר ובוצע אצל מומחה תהא בשיעור 50% מעבר לנקוב בטבלת ההחזרים, אלא אם הטיפול מבוצע ע"י אנדודונט מומחה בהסדר.

ביצוע הטיפול אצל רופא מומחה יאושר במקרים הבאים:

1. קיים מבנה שבור בתעלת השורש.

2. טיפול השורש הינו בשיניי בינה.

3. קיימת הסתיידות של תעלות ו/או תעלות השן;

4. תעלת השן כפופה עם חשש לפרפורציה.

5. מכל סיבה רפואית אחרת המאושרת ע"י היועץ הרפואי.

הטיפול אצל מומחה בביצוע חידוש טיפול שורש יועבר לאישור המבטח בכפוף למכתב מהרופא המטפל המסביר את הצורך הרפואי בביצוע הטיפול אצל מומחה.

הוצאת חלק כותרתי ממוך שן נשירה (חלב) והנחת חומר מקבע של הרקמה הרכה השאירית בתעלות השורש. 2.21.1. קטוע מוך לשן מוגבל לאחד לתקופת בטוח. 2.21.2. עם הגשת התביעה לתשלום יש לצרף צילום רנטגן שבוצע לפני הטיפול.	2.21 קטוע מוך
1. טיפולי סכירוגיי ם עקירות כללי - עקירת שן מכוסה כאשר נפגעה בפגיעה עששתית או פריודונטלית או כל פגיעה אחרת אשר בינה לא ניתן לטפל בה בטיפול משמר או משקם אחר. הטיפול כולל אלחוש מקומי, תפרים במידת הנדרש והוצאתם, ביקורת לאחר עקירה, מתן מרשמי תרופות וכן הסברה ויעוץ לפני ואחרי העקירה. צילום עדכני שבוצע טרם העקירה הוא תנאי מוקדם לתשלום עבורה והוא נכלל בסכום ההחזר עבור העקירה.	
הוצאת שן ללא צורך בהפשלת מתלה רקמה רכה הסרת או החלקת עצם.	2.22 עקירה רגילה
הוצאת שן אשר אין אפשרות להוציאה אלא בפרוצדורה כירורגית ואשר לצורך הוצאתה יש לחתוך ברקמה הרכה, להפשיל מתלה רקמה רכה ו/או לסלק באופן חלקי או מלא עצם לרבות תפירת האזור בתום הטיפול.	2.23 עקירה כירורגית
הוצאת שן בינה, ו/או כל שן אחרת כלואה ו/או חשיפת שן אשר לצורך הוצאתה/חשיפתה יש לחתוך ברקמה הרכה להפשיל מתלה רקמה רכה, ו/או לסלק רקמה גרמית המכסה את השן באופן מלא או חלקי לרבות תפירת האזור בתום הטיפול.	2.24 עקירת שן כלואה ברקמה רכה או בעצם, חשיפת שן
חיתוך הרקמה הרכה, כולל הפשלת מתלה רקמה רכה והסרת רקמה רכה ו/או גרמית, הוצאת חלק משורשי השן, כולל אלחוש מקומי, תפרים, סתימה רטורגאדית במידת הנדרש, טיפול, ייעוץ והסברה לפני ואחרי טיפול. בכלל זה ביקורת, הוצאת תפרים ומתן מרשמי תרופות ו/או תעודה רפואית. קטוע חוד שורש השן ייעשה בתנאים הבאים: 2.25.1. מילוי התעלה או התעלות עבר את חוד השן והחומר מהווה גירוי לרקמה שסביב חוד השן. 2.25.2. ה- 1/3 האפיקלי של התעלה לא מולא בחומר המילוי בשל כיפוף השורש או בשל היצרות חלק זה של השורש. 2.25.3. שבר בקצה השורש שאין להגיע אליו בצורה אנדודונטלית. 2.25.4. מכשיר נשבר ב- 1/3 האפיקלי של התעלה. 2.25.5. פרפורציה ב- 1/3 האפיקלי של התעלה. 2.25.6. במידה ומתברר מצילומי הרנטגן או שהסימפטומים מצביעים על כישלון טיפול השורש. 2.25.7. מכל סיבה דנטלית אחרת. 2.25.8. אין הגבלה במספר השיניים הזקוקות לקטוע חוד שורש השן אך קטוע חוד השורש באותה שן מוגבל לאחד לתקופת ביטוח. 2.25.9. בעת הגשת התביעה יש לצרף צילומי רנטגן שבוצעו לפני הטיפול ובעת סיומו. 2.25.10. סכום ההחזר עבור קטוע חוד שורש השן כולל את סכום ההחזר בגין הצילומים.	2.25 קטוע חוד השן - (APISECTOMY)

תאושר כאשר חלה תחלואה דנטלית פריודונטלית או אחרת שבעקבות הביצוע תאפשר שיקום שארית השן ושמירתה ברמה פונקציונלית בפה.	2.26 המיסקציה
2.27.1. ניקוז מורסה דרך השן ישולם רק כטיפול עזרה ראשונה. 2.27.2. ניקוז מורסה כיורוני יאושר רק אם לא ניתן היה לטפל במורסה בדרך אחרת, או שלא ניתן היה לנקזה דרך השן.	2.27 חתוך רקמה רכה וניקוז מורסה דנטואלבאלרית (מהשן והרקמה הגרמית סביבה)
הוצאת שתל תאושר ותתומחר כעקירה רגילה. במקרים בהם שתלים נכשלו מסיבה שיקומית ואשר הוצאתם מחייבת הרמת מתלה וקידוח בעצם האלבאלרית – תאושר ההוצאה בגובה עקירת שן כלואה.	2.28 הוצאת שתל
במקרים בהם הרופא המטפל אינו מסוגל לבצע את העקירה ונדרשת הפניית המבוטח באמצעות הפניה כתובה ומנומקת לביצוע הטיפול ע"י רופא מומחה לכיורוגית פה ולסת, ההחזר בגין עקירה כיורוגית ו/או עקירת שן כלואה יהיה בשיעור 50% מעל לנקוב בטבלת ההחזרים.	2.29 ביצוע עקירות ע"י מומחה לכיורוגיה
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.	2.30 מכתשית יבשה (DRY - SOCKET)
ז. עזרה ראשונה	
2.31.1. פריקורוניטיס – דלקת בחניכיים באזור מסביב לשן הבינה. 2.31.2. דלקת חניכיים חריפה עם כיבים (A.N.U.G). 2.31.3. הרפס – פצע בגבול השפה והעור. 2.31.4. פפיליטיס עקב דחיסת מזון – דלקת בחניכיים באזור שבין השיניים. 2.31.5. הורדת נקודות לחץ של תותבות שלמות וחלקיות נשלפות בתנאי שלא מדובר בתותבת שהותקנה על ידי אחד הרופאים באותה מרפאה בתוך 6 חודשים מההתקנה. 2.31.6. מצבים דלקתיים חריפים. 2.31.7. הדבקת שחזורים. 2.31.8. סיבה אחרת לפי מכתב מהרופא ובתנאי שיאושר על ידי המבטח כטיפול העונה לקריטריונים רפואיים של עזרה ראשונה. בכל מקרה יוכר טיפול כטיפול של עזרה ראשונה בתנאי שהמתרפא הופיע לעזרה ראשונה בלבד ולא זמן מראש. 2.31.9. אין לפצל דווח על טיפול שורש לשתי ישיבות כשעזרה ראשונה מדווחת בישיבה ראשונה וגמר טיפול שורש בישיבה שניה. טיפול ראשוני זה יהווה חלק בלתי נפרד מטיפול השורש ואין לדרוש תשלום בגין עזרה ראשונה במקרה זה, אלא אם כן העזרה הראשונה בוצעה במרפאה אחרת. 2.31.10. בכל המקרים הנ"ל יש לציין בדיוק את תיאור הטיפול, בעת הדיווח על עזרה ראשונה בטופס התביעה, לדוגמא עזרה ראשונה – הורדת נק' לחץ בתותבת עליונה. 2.31.11. לא תכוסה תביעה לעזרה ראשונה אם תופיע בצירוף לטיפולים בשיניים אחרות באותו ביקור. 2.31.12. עזרה ראשונה תכוסה בכל מקרה של טיפול בכאב או תופעה שנגרמה עקב טיפול במרפאה אחרת.	2.31 שיוך כאב יוכר כעזרה ראשונה במקרים הבאים

2.31.13. התשלום בגין עזרה ראשונה מוגבל ל- 3 פעמים בשנה. למען הסר ספק לא יכסה המבטח כל טיפול שאינו מוגדר במפורש בנספח זה כטיפול מכוסה.	
ח. הרדמה כללית / סדצה תוך ורידית	
המבטחת תכסה הוצאות סדציה תוך ורידית או הרדמה כללית בילדים ומבוגרים לצורך טיפול שיניים ובהשתתפות עצמית בגובה 50%. הכיסוי יינתן בבי"ח או מוסד רפואי מוכר, בכפוף להפניה מנומקת של הרופא המטפל ולאישור מראש של המבטחת. תקרת ההחזר להרדמה כללית למבוגרים תועלה ל-1,412 ש"ח לשעת הרדמה ראשונה ו-882 ש"ח לכל שעה נוספת ותורחב לכיסוי טיפולים במבטחים מבוגרים. ט. טיפול משקם של מבנה וכתר לילדים עד גיל 18 ילדים עד גיל 18, אשר באישור רופא מומחה לשיקום או באישור היועץ הרפואי ועל פי מדדים דנטליים מקובלים, נדרשים לבצע מבנה וכתר על גבי שן קבועה בה בוצע טיפול שורש, יהיו זכאים לביצוע מבנה אחד + כתר אחד בכל הפה בתקופת ביטוח. 2.33.1. יודגש כי הכיסוי הינו למבנה אחד ולכתר אחד בשן קבועה אחת בתקופת ביטוח. 2.33.2. הטיפול יינתן בכפוף להגשת בקשה לאישור מראש לחברת הביטוח, הכוללת צילום סופי של טיפול השורש בשן המיועדת לטיפול. 2.33.3. בעת ביצוע הטיפול במרפאת הסדר יהיה על המבוטח לשלם השתתפות עצמית ע"ס 243 ש"ח עבור המבנה ו-974 ש"ח עבור הכתר. 2.33.4. בעת ביצוע הטיפול במרפאה פרטית תעמוד תקרת ההחזר על 487 ש"ח בגין המבנה ו-730 ש"ח בגין הכתר ובכפוף לניכוי השתתפות עצמית בשיעור 30%.	2.32 2.33
י. טיפולי שיניים לילדים במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי	
ילדים בגיל 5-18, המבטחים במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי והזכאים לקבלת טיפולי שיניים משמרים ואשר מבטחים במסגרת הפוליסה, יהיו זכאים לקבלת החזר בגין ההשתתפות העצמית אשר תשולם למרפאות השיניים של קופות החולים. החזר כאמור לעיל יינתן בכפוף להצגת חשבונית המעידה על תשלום ההשתתפות העצמית לטיפולים הנדרשים. יובהר כי ההחזר בגין כל טיפול לא יעלה על סכום ההשתתפות העצמית המוגדר בחוק. ילדים בגיל 5-18, המתקשים לשתף פעולה במהלך טיפול שיניים ואשר נדרש עבורם ביצוע טיפול שיניים באמצעות סדציה, יינתן כיסוי לביצוע טיפולי שיניים משמרים (על פי הכיסוי הקיים בפוליסה) ע"י מומחים לפדודונטיה (רפואת שיניים לילדים) בעלי רישיון מומחה מטעם משרד הבריאות הישראלי, בתוספת שיפוי של 50% מעל לתקרת ההחזר הקיימת. 2.35.1. הטיפול יינתן על פי המלצת היועץ הרפואי או המלצה מנומקת של רופא מומחה לפדודונטיה. 2.35.2. הטיפולים יינתנו באופן פרטי בלבד ולא במסגרת מרפאות ההסדר. 2.35.3. יובהר כי תוספת השיפוי לא תינתן עבור הסרת אבנית, טיפול בפלואוריד.	2.34 2.35

יא. טיפולים כירורגיים נוספים - ע"י רופאים מומחים לכירורגיות פה ולסת בלבד	
2.36 אלבאופלסטיקה	החלקת עצם מקומית/החלקת רכס, פעולה כירורגית פרה פרוטטית לשיפור אי רגולריות בעצם כהכנה לתותבת מיידית או לתותבת עתידית קבועה. הזכאות הביטוחית הינה אחת לתקופת ביטוח ללסת. פעולה זו מבוצעת לפי חלוקה ל- 1/4 פה.
2.37 פרנקטומי	פירושו חיתוך הפרנולום, לשחרור הרקמות הרכות שנמשכות ויוצרות בעיה פריודונטלית או פונקציונלית. הזכאות הביטוחית הינה אחת לתקופת ביטוח.
2.38 הוצאת אבן מצינור בלוטת הרוק	במידה ובלוטת הרוק נחסמת עקב אבנית יכוסה הטיפול הנ"ל. הטיפול מוגבל לאחת לתקופת ביטוח.
2.39 ביופסיה	תכוסה הוצאת רקמה מחלל הפה ע"י פעולה כירורגית, ובתנאי שיבוצע ע"י מומחה לכירורגית פה ולסת ויאושר אחת לשלוש שנות ביטוח. כמו כן, תכוסה בדיקת הרקמה במעבדה.
יב. הוראות כלליות	
2.40	אלחוש מקומי נכלל במחיר הטיפול. תרופות - תרופות אשר על המבוטח לקחת לפני, במשך או לאחר הטיפול, אינן נכללות במסגרת הביטוח והוצאותיהן חלות על המבוטח.
יג. טיפולי סנסופי ם	
2.41	השלמת כותרת בשיניים קדמיות ע"י חומר מרוכב - 1 לשן קדמית (-13 23, 43-33) לתקופת ביטוח.
2.42	הבהרת שיניים ויטליות - פעם אחת ללסת לתקופת ביטוח, באופן פרטי בלבד, בהשתתפות עצמית של 30%.
2.43	הבהרת שן לא ויטלית - פעם אחת לשן לתקופת ביטוח, באופן פרטי בלבד, בהשתתפות עצמית של 30%. לא יינתן כיסוי למבנה בשן זו.
2.44	כיסויי פרק המשמרת יורחבו גם לטיפולים בשתלי שן.
טיפולים ו/או הוצאות שלא פורטו לעיל אינם מכוסים במסגרת פוליסה זו.	
3 טיפולים פריודונטליים	
א.הוראותכלליות	
3.1	טיפולים פריודונטליים יכוסו על ידי פריודונטים - מומחים למחלות חניכיים בעל תעודת מומחיות מטעם משרד הבריאות הישראלי, או ע"י רופאים בהסדר אשר בהסכמת המבטחת והיועץ הרפואי רשאים לבצע טיפולים אלה.
3.2	מבוטח האמור לקבל טיפול חניכיים חייב לקבל אישור המבטח לטיפול לפני ביצוע טיפול פריודונטלי כלשהו המכוסה במסגרת תכנית זו, כמפורט להלן.
3.3	הטיפולים יכוסו למבוטחים מעל גיל 18 בלבד.
3.4	במידה ומתבצע טיפול שמרני בחניכיים כגון ניקוי אבנית, קיורטז' עמוק, הקצעת שורשים (ROOT PLANING), יש להתיר זמן של 3 חודשים לרפוי ולבצע הערכה מחדש של הצורך בניתוח מלא או חלקי בפה.

3.5	יש לסיים את כל הטיפולים המשמרים טרם תחילת טיפולי החניכיים. לא ניתן לקבל אישור המבטח לניתוחי חניכיים לפני השלמת הטיפול המשמר.
3.6	לצורך קבלת האישור יגיש רופא ההסכם או המבוטח (במידה והינו מטופל בידי רופא פרטי), רישום מפורט של ממצאי בדיקת הפה, אליו יצורפו צילום או צילומים פריאפיקלים בודדים (או סטטוס פריאפיקלי) עדכניים שבוצעו לפני הטיפול, המדגימים את רקמות התמיכה הגרמיות ואת אזור חוד שורש השן של השיניים שהרקמות סביבן תטופלנה.
3.7	בתוך 7 ימי עבודה מיום קבלת החומר יקבל המבוטח את תשובת המבטח לביצוע מלא, חלקי או דחיה של תכנית הטיפולים המוצעת. באישור יפורט גם סכום ההשתתפות העצמית שיהיה על המבוטח לשלם ישירות לרופא ההסכם או שיעורה בטיפול אצל רופא פרטי. העתק האישור ישלח לרופא ההסכם.
3.8	תוקף האישור יפוג לאחר ששה חודשים במידה ולא החלו בטיפול מסיבה כלשהי, ולאחר שנה במידה והחלו בטיפול.
ב. מניעה - הטיפולים המכוסים	
3.9	בדיקה פריודונטית (ע"י פריודונט מומחה) כולל רישום מלא של הממצאים הדנטליים והאורליים, רישום עומק כיסים וניידות שיניים: רישום מצבים כללים הנוגעים לבריאות הכללית של המתרפא ואשר עשויה להיות להם השלכה על הטיפול הדנטלי, רישום מצב הפה ומלוי הטופס לתכנית הטיפולים. מכוסה ביקורת אחת לשנה לאחר טיפול כירורגי פריודונטלי.
3.10	ניקוי אבן על ידי פריודונט למבוטחים מעל גיל 18, בנוסף לניקוי אבנית במסגרת הביטוח המשמר, יכוסו 2 ניקויי אבן נוספים לכל שנת ביטוח, במסגרת הטיפול הפריודונטלי המונע במרפאת הפריודונט בלבד.
3.11	הקצעת שורשים - ROOTPLANING הטיפול כולל: אלחוש מקומי לפי הצורך, כל הדרוש לביצוע וסיום משביע רצון של הטיפול. כמו כן כולל הטיפול, הסברה ויעוץ לפני ואחרי הטיפול בכלל זה, 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. הכיסוי פעם אחת בתקופת ביטוח לכל רבע פה.
ג. כירורגי הפריודונטלי ת	
3.12	מכוסים ניתוחי חניכיים לסוגיהם השונים כולל בין השאר ניתוחים לביטול כיסים, כולל הוספת עצם סביב השיניים, השתלת חניכיים. יכוסה ניתוח אחד לכל אחד מרבעי הפה, פעם אחת בתקופת הביטוח.
3.13	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.
3.14	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.

מכוסה החדרה כירורגית של תרופות מעודדות (כגון אמדוג'ין) שיקום גרמי של הרקמות תומכות שיניים בעת מחלת חניכיים מתקדמת.

3.15

הגבלת המבטח הנה לשני ניתוחים לרבע פה בתקופת ביטוח.

הטיפול כולל: אלחוש מקומי, החדרת התרופה, תפרים, תחבושת פריודונטלית וכל הדרוש לביצוע וסיום משביע רצון של הטיפול. כמו כן כולל הטיפול, הסברה ויעוץ לפני ואחרי הטיפול בכלל זה הוצאת תפרים, מתן מרשמי תרופות ואו תעודה רפואית וביקורת לאחר הטיפול. הטיפול יאושר רק כאשר קיימת תחלואה פריודונטלית ברקמות הרכות ורקמות התמיכה של השן המהוות אינדיקציה לביצוע.

הכיסוי בפרק זה הוא אלטרנטיבי לכיסוי בפרק ג "כירורגיה פריודונטלית" לעיל. בשום מקרה לא יכוסו ניתוחי חניכיים כאמור בפרק ג' לעיל כאשר יכוסה טיפול של החדרה כירורגית של תרופות כמתואר בפרק ד'.

ה. ניקוז מורסה ממקור פריודונטי

פעולה אשר הינה במסגרת נפרדת מתוכנית הניתוחים ומבוצעת במסגרת נפרדת מתוכנית הטיפול הפריודונטית. מוגבל לטיפול אחד ללסת לתקופת ביטוח.

3.16

ו. סד מחומר מורכב /אמלגם (ספלינט)

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. יובהר כי מטרת הספלינט הדנטלי היא ייצוב שיניים.

3.17

ז. סד לילה

מכשיר שמטרתו למנוע לחץ ממוקד על שיניים בודדות ושחיקת שיניים במהלך היום או הלילה.

3.18

מכשיר זה הינו חלק מטיפול פריודונטי או למטרת פתרון בעיות סגר. באישור היועץ הרפואי - הטיפול יאושר גם ע"י רופא שיניים כללי. יינתן כיסוי ל-3 טיפולים בתקופת ביטוח

ח.הארכת כותרת

פעולה כירורגית המתבצעת כשלב להכנה שיקומית. יינתן כיסוי לטיפול גם ע"י רופא שיניים כללי.

3.19

במקרים בהם יש צורך בטיפול תחזוקתי לפה הכולל שתלים ושיניים טבעיות כגון הסרת אבנית או הקצעות שורשים, יאושר הטיפולם בהתאם לזכאות במשנן טבעי.

3.20

יובהר כי הכיסוי כאמור יכלול טיפולי תחזוקה בלבד, הסרת אבנית והקצעת שורשים אך ורק במקרים בהם על פי הפריודונט המטפל מוגדרת הפרוגנוזה של השתלים המטופלים כ - Treatable כלומר לאחר הכנה ראשונית קיים סיכוי סביר שפרוגנוזה השן תהיה טובה.

(במקרים בהם הפרוגנוזה היא - Hopeless השתל מיועד להוצאה, או Questionable - פרוגנוזה השתל אינה ברורה ותקבע בתום הכנה ראשונית, לא יינתן כיסוי).

טיפולים בהחדרת תרופות מקומיות מתכלות לכיסים פריודונטלים מכוסה החדרת תרופות לכיסים פריודונטליים שטחיים לצורך טיפול בגורמים פטוגניים והקטנת עומקם של הכיסים. מכוסים 2 טיפולים לרבע פה בתקופת הביטוח.	3.21
יכוסו טיפולי חניכיים לילדים מבטחים הסובלים ממחלת חניכיים מולדת בכפוף לחו"ד מומחה ובאישור היועץ הרפואי.	3.22

4 טיפולים משקמים (טיפולים פרוטטיים)

כללי

1. המבטח יכסה הוצאות טיפולים משקמים (פרוטטיים) למבטחים מעל גיל 18 בלבד.
2. על המבטח להגיש את תכנית הטיפול המשקמים לאישור מראש של המבטח. נקבעה בנספח התגמולים לגבי אותו טיפול אצל רופא הסכם, חובת תשלום השתתפות עצמית, ישלם המבטח לרופא ההסכם את סכום ההשתתפות העצמית.
3. המבטח לא ישלם עבור טיפולים ושירותים משקמים אשר התחיל בהם המבטח בטרם קבלת אישור מוקדם של המבטח.
4. יש לסיים את כל הטיפולים המשקמים (עקירות, טיפולי שורש, סתימות, ניקוי אבן, וכו') לפני התחלת הטיפול הפרוטטי. לא ניתן לקבל אישור המבטח לביצוע טיפולים משקמים טרם השלמת הטיפול המשמר.
5. יכוסו טיפולים משקמים אשר הצורך בביצועם נוצר בעת תקופת הביטוח ו/או בתקופה שקדמה לה.
6. תכוסה החלפת שחזורים (כתרים, גשרים, מבנים יצוקים וישירים, תותבות חלקיות נשלפות ותותבות שלמות) במידה וקיים צורך רפואי-דנטלי להחלפתם, וכאשר לא ניתן על ידי תיקון מעבדתי להביאם למצב שמיש, כמפורט בפרק ה-החלפת שחזורים ופרק ו- סייגים והגבלות.
7. המבטח יכסה הוצאות טיפולים משקמים על גבי שתלים, כמפורט בנספח זה בין אם אושרו טרם תקופת הביטוח או אושרו ושולמו ע"י המבטח בתקופת הביטוח או הוחלפו ע"י המבטח בתקופת הביטוח.
8. במקרה של טיפול משקם אשר אושר ע"י המבטח, ובינתיים בוצע בפיו של המבטח טיפול משמר באותה לסת בין מתן האישור וביצוע הטיפול המשקם ואשר יש בו להשפיע על תוכנית הטיפול או על סוג התותבת הנדרש, יש להגיש מחדש את תכנית הטיפולים לאישור המבטח.
9. תוקף אישור המבטח יפוג לאחר שישה חודשים במידה ולא הוחל בטיפול מסיבה כלשהי, ולאחר שנה במידה והחלו בטיפול. לאחר שנה מיום הוצאתו יהיה על המבטח לבקש הארכת תוקף האישור. החברה עשויה לבקש הסבר לסיבות שהביאו לאי השלמת הטיפול בתוך פרק זמן זה.
10. אם בשל סיבה שאינה תלויה ברופא השיניים, הטיפול אינו יכול להסתיים (למשל כאשר המתרפא חלה במחלה קשה או מסרב להמשיך לקבל ולסיים את הטיפול) ישלח רופא השיניים תביעה על אותו חלק של תכנית הטיפול שבוצע והושלם ויפרט הסיבות לכך שאינו יכול להשלים את הטיפול במתקדם. במידה ואינו יכול לקבל חתימתו של המתרפא על הטופס (בשל אי הופעתו של המתרפא להמשך טיפולים) יציין הרופא על הטופס עובדה זו.
11. בכל מקרה לא תחול אחריות על המבטח אם תותבת ששולם עבורה על ידי החברה אבדה למבטח מסיבה כלשהי.
12. שתלים יבוצעו על ידי רופא מומחה בעל תעודת מומחיות מטעם משרד הבריאות בכירורגית פה ולסת או מומחה למחלות חניכיים או רופא בהסדר אשר בהסכמת המבטח והיועץ הרפואי רשאים לבצע טיפולים אלה.
13. לצורך קבלת אישור מראש יגיש טרם תחילת הטיפול רופא ההסכם או המבטח (במידה והינו מטופל בידי רופא שאינו בהסכם), רישום מפורט של ממצאי בדיקת הפה, אליו יצורפו צילום או צילומים פריאפיקלים בודדים (או סטטוס דנטלי) עדכניים אשר בוצעו בסמוך לכתיבת תוכנית הטיפול (לא יותר מאשר חודשיים לפני כן) ואת תכנית הטיפול המפורטת על טפסים יעודיים של החברה - למבטח.

14. לאחר טיפול ועיבוד החומר אצל המבטח יקבלו המבוטח ורופא ההסכם אישור מהמבטח לביצוע מלא או חלקי של תכנית הטיפולים המוצעת או הודעה על דחייתה. באישור יפורט גם סכום ההשתתפות העצמית בכל טיפול מאושר שיהיה עליו לשלם ישירות לרופא ההסכם או שיעורה בטיפול אצל רופא פרטי.
15. בתום הטיפול יש לצרף לטופס התביעה **חשבונית מס מקורית** עבור תשלומים ששולמו כהשתתפות עצמית לרופא ההסכם או ששולמו לרופא פרטי וכן צילומים שבוצעו ומסמכים הדרושים למבטח לשם יישוב התביעה.
16. כל מבטח יהיה זכאי לשיקום ע"י כתרים, גשרים, מבנים, תותבות וכד' **אחת לתקופת ביטוח**.
17. במקרים בהם יבצע המבוטח את **טיפול השיניים המשקם** אצל רופא מומחה לפרוטטיקה (שיקום הפה) בעל רישיון מומחה מטעם משרד הבריאות הישראלי ועל פי הגדרת היועץ הרפואי הטיפול השיקומי יוגדר כטיפול מורכב ומסובך, יינתן כיסוי לביצוע טיפולי שיניים משקמים (על פי הכיסוי הקיים בפוליסה), בתוספת שיפוי של 50% מעל לתקרת ההחזר הקיימת.
- 17.1. הטיפול יאושר על פי המלצת היועץ הרפואי ובאישור רופא מומחה בודק מטעם המבטח.
- 17.2. הטיפולים יינתנו באופן פרטי בלבד ולא במסגרת מרפאות ההסדר.
- 17.3. יובהר כי תוספת השיפוי לא תינתן עבור טיפולים משמרים ואו פרוידונטליים ואו השתלות שיניים ואו אורתודונטיים.
18. יורחב הכיסוי לשיקום שתלים גם לשיקום שתלים שלא שולמו ע"י המבטח ובוצעו לפני כניסת הפוליסה לתוקפה.
19. יינתן כיסוי לשיקום קבוע ונשלף באותה לסת מסיבות דנטליות באישור היועץ הרפואי.
- להלן הטיפולים המכוסים:

א. תותבת חלקית קבועה - כתרים

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

4.1	כתר ו/או כתרים ו/או חיפויים ממתכת כלשהי או מחרסינה (עם או בלי בסיס מתכת) אם כבודדים ו/או ע"ג שיניים מאחזות ו/או כיחידות בגשר בין אם השיניים המאחזות הנן שיניים טבעיות או שהשיקום נסמך על שתלי שן למעט שיקום המחבר בין שן/שיניים טבעיות ושתלי שן אלא אם אושר ע"י היועץ הרפואי.
4.2	במקרה של תכנית טיפול הכוללת שחזור שן בודדת באמצעות שתל שן שאינו מכוסה בפוליסה, ביצוע השתל על חשבון המבוטח יקנה לו כיסוי לשיקום השתל שבוצע באמצעות מבנה וכתר.
4.3	התשלום עבור תותבת חלקית קבועה (כתר) כולל את הכנת השחזת השיניים/הכנת שתלי שן והכנתם להרכבת התותבת, שחזורים זמניים (למעט במקום בו צויין אחרת), עבודת המעבדה, מחיר החומרים והמתכת, מדידות, הכנסת התותבת לפה והדבקתה וההתאמות הדרושות לתפקוד מלא.
4.4	תותבת חלקית קבועה תשולם רק פעם אחת בתקופת הביטוח עבור כל שן.
4.5	שיקום שן באמצעות onlay או inlay, יכוסה בגובה הכיסוי לכתר ועל פי תנאי פרק הטיפולים הפרוטטיים.

4.6 מסלול מרפאות הסדר ייחודיות	4.6.1 יכוסה שיקום באמצעות כתר/גשרי זירקוניה בהשתתפות עצמית משופרת, וכן הטבות משמעותיות בביצוע כתרים, תותבות ואלפלדאסט ושתלים – הכל במסגרת מרפאות הסדר ייחודיות ששמותיהן מפורט בחוברת הפוליסה וכמפורט בגילוי הנאות ובלוחות התגמולים. יובהר כי רשימת המרפאות הייחודיות עשויה להשתנות מעת לעת. 4.6.2 בשיניים קדמיות 12-22, 32-42 יינתן כיסוי לכתרי חרסינה מלאה ו/או ציפוי למיניט מחרסינה, באופן פרטי בלבד, כתחליף לכתר המאושר על פי תנאי הפוליסה, רק למבטחים הרגישים למתכת עפ"י אישור אלרגולוג ובאישור היועץ הרפואי. תקרת ההחזר תעמוד על 1850 ₪ בניכוי ה"ע בשיעור 40%.
ב. תותבות (חלקיות נשלפות / שלמות נשלפות) חבות המבטחת על פי סעיף זה מותנית באופן מפורש בקבלת אישור מראש של המבטח.	
4.7	תותבת מחומר כלשהו (אקריל ו/או אקריל מחוזק ברשת מתכת ו/או על בסיס קרום קובלט) שייכול המתרפא לשלפה מפיו ולחזור ליציבה במקומה ו/או מהודקת לשתלי שן.
4.8	הטיפול כולל הכנת הפה והשיניים לתותבת, תכנון התותבת, שחזור זמני (למעט במקום בו צויין אחרת), עבודות המעבדה, מחיר החומרים והמתכת, תשלומים לטכנאי, הכנסת התותבת לפה וההתאמות הדרושות. מכוסה תותבת אחת ללסת בתקופת הביטוח למעט ביצוע תותבת מיידית כטיפול בעקירה סדרתית של שארית השיניים בלסת ומעבר ללסת מחוסרת שיניים. הכיסוי במקרה זה הוא לתותבת מיידית אחת ללסת בתקופת הביטוח ובתום חצי שנה תותבת קבועה אחת לאותה לסת – בתקופת הביטוח.
4.9	תשלום עבור הטיפולים שפורטו לעיל כולל התאמות נדרשות במשך 6 חודשים לאחר הכנסת התותבת.
4.10	אישור עבור תוספת ווים על שיניים טבעיות לצורך חיזוק תותבת חלקית להוצאה יינתן גם במידה והתותבת נתנה שלא במסגרת הביטוח.
4.11	כאשר גשר קבוע ותותבת חלקית להוצאה מתוכננים לאותה לסת, ישלם המבטח רק עבור התותבת החלקית להוצאה למעט שילוב גשר קדמי (באזורים הבין ניבים) ותח"ל ובאישור היועץ הרפואי.
4.12	יינתן כיסוי לתח"ל זמני, לפני ביצוע שיקום אשר מכוסה בפוליסה, גם לצורך שיקום זמני של משנן אחורי בעקירת שן טוחנת ראשונה ושן טוחנת שנייה (יחד). הכיסוי יינתן אחת ללסת לתקופת ביטוח. תותבת חלקית זמנית מסוג "פליפר" – תאושר בעקירת שיני חזית ולשחזור עד לחסר שיניים חמישיות (כולל).
4.13 תותבת שלמה	תותבת מאקריל ו/או אקריל מחוזק ברשת מתכת אשר מכסה במלואה לסת חסרת שיניים. 4.13.1 הטיפול כולל את הטיפול במרפאה, עבודות המעבדה, מחיר החומרים ותשלומים לטכנאי, הכנסת התותבת לפה וההתאמות הדרושות. 4.13.2 תשלום עבור התותבות שפורטו לעיל כולל ריפודים והתאמות נדרשות במשך 6 חודשים לאחר הכנסת התותבת.

4.14 מסלול מרפאות הסדר ייחודיות	יכוסה שיקום באמצעות תותבות ואלפלאסט בהשתתפות עצמית משופרת, במסגרת מרפאות הסדר ייחודיות ששמותיהן מפורט בחוברת הפוליסה וכמפורט בגילוי הנאות ובלוחות התגמולים. יובהר כי רשימת המרפאות הייחודיות עשויה להשתנות מעת לעת.
ג. תיקונים בתותבות חלקיות או שלמות	
4.15	הכיסוי כולל את כל סוגי התיקונים כגון: תיקון שבר או סדק בתותבת, הוספת שיניים לתותבת חלקית נשלפת לשחזור שיניים שנעקרו, החלפה והוספת ווים שבורים בתותבת חלקית, ריפוד תותבת שלמה או חלקית נשלפת, וכו'.
4.16 4.17	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. ריפוד תותבת חלקית נשלפת או שלמה ששולם עבורה ע"י החברה - מוגבל לאחת לתקופת הביטוח.
ד. מבנה	
יכוסו מבנים מהסוגים הבאים:	
4.18	בורג מוכן מראש או יצוק ממתכת אצילה או חצי אצילה להשלמת כותרת שן שעברה טיפול שורש.
4.19	מבנה יצוק ממתכת חצי אצילה, או אצילה.
4.20	מבנה טרומי - מבנה ישיר (בורג מוכן מראש מכל סוג וחומר מילוי המבוצע במרפאה)
4.21	מבנה על גבי שתל.
4.22	כפה טלסקופית מכל סוג (ההחזר כולל "זכר" ו"נקבה")
ה. החלפת שחזורים	
יכוסו הוצאות החלפת השחזורים בתנאים כדלקמן:	
4.23	בכל מקרה בו נעקרת שן מאחזת לגשר, תאושר החלפתו במידה וניתן לבצעו בתוספת שן מאחזת ובלבד שמספר המאחזות לא יעלה על 2 שיניים למעט אם אושרו מאחזות נוספות ע"י היועץ הרפואי, ומספר השיניים החסרות ברצף לא יעלה על שלוש או ארבע באזור הבין נבי.
4.24	החלפת שחזור כתר או גשר קיים, תאושר במידה ונראית עשיית בצילום רנטגן או כל אמצעי אחר טרם הסרת השחזור או אחריו, המצריכה החלפת הכתר או הגשר
4.25	חשיפת שולי כתר או כתרים בשל נסיגת חניכיים או לאחר טיפול או ניתוח חניכיים, ללא פגיעה עששיתית שניתנת להדגמה, שכתוצאה ממנה נוצר צורך רפואי להחלפת השחזור, ההחלפה תאושר באישור היועץ הרפואי.
4.26	תאושר החלפת שחזור, מסיבה רפואית - דנטלית סבירה ומקובלת, לרבות משבר בחרסינה ו/או במתכת הבסיס הניתנת להדגמה, ו/או כתוצאה מחדירה לנ"ל כחלק מטיפול משמר, לרבות החלפת שחזורים על גבי שתלים אשר אושרו ובוצעו בתקופת הביטוח הקודמת.

4.27	תאושר החלפת שחזור המבוסס על מספר יחידות מולחמות בשלמותו גם אם הנגע בעקבותיו נוצר הצורך הטיפולי קיים רק באחת מהשיניים או הכתרים.
4.28	תאושר החלפת תח"ל, בעקבות עקירת שיניים, והחלפת תח"ל ו/או תותבת שלמה, כתוצאה משבר שאינו ניתן לתיקון מעבדתי, שבר במחבר מדויק, שינוי משמעותי ברקמות הפה ו/או מסיבה אחרת על פי החלטת היועץ הרפואי.
4.29	תאושר החלפת תח"ל ו/או תותבת שלמה לתותבות כנ"ל מהודקות לשתלי שן שהוחדרו בתקופת הביטוח ושולמו ע"י המבטח למעט אם השיקום המוחלף בוצע בתקופת הביטוח ושולם ע"י המבטח.
4.30	החלפת מבנה ישיר ו/או יצוק ו/או מחבר מדויק/חצי מדויק מכל סוג תאושר כאשר הופיע תהליך עשיתי הנראה בצילום רנטגן, סביב המבנה הקיים, ו/או כאשר בוצע חידוש טיפול שורש, שאושר ושולם על ידי המבטח ו/או כתוצאה משבר. אישור הנ"ל יינתן כפוף להדגמת הנזק בצילום רנטגן ו/או כל אמצעי אחר.
4.31	בכפוף לאישור היועץ הרפואי – במצב בו מכוסה החלפת שיקום אשר נכשל כהגדרתו בפוליסה, יכוסה הטיפול.
4.32	בכפוף לאישור היועץ הרפואי – יכוסה טיפול המחליף שיקום נשלף, אשר בוצע בתקופת הביטוח הקודמת ונכשל על פי תנאי הפוליסה.
ו. סייגי מוהגב לות	
בנוסף לסייגים בפוליסה יחולו גם הסייגים והמגבלות הבאות:	
4.33	הכיסוי לטיפול משקם מוגבל לטיפול אחד לשן בתקופת הביטוח כולל החלפת שחזורים.
4.34	שחזורים זמניים (למשל כתרים או גשרים זמניים) כלולים בהחזר בגין השחזור הקבוע, ולא יכוסו בנפרד בכל מקרה למעט תותבת מימית על פי הוראות סעיף 2 תותבות לעיל ולמעט תח"ל אקריל זמני ו/או תח"ל אקריל מסוג "פליפר" בעקירת שן/שיניים קדמיות באזור הבין ניבי ו/או החדרת שתל/י שן באזור הבין ניבי שיאושרו בנפרד. הכיסוי לתותבת חלקית מסוג פליפר יורחב עד לחסר שיניים חמישיות, כולל
4.35	יכוסה גשר תלוי אחורי באישור היועץ הרפואי בלבד.
4.36	גשר תלוי קדמי מכוסה כולל החלק התלוי על פי הוראות סעיף 4.35 לעיל ובאיזור הבין ניבי גם אם נסמך על שן מאחזת אחת באישור היועץ הרפואי.
4.37	תותבת חלקית קבועה (גשר או כתר) תשולם רק פעם אחת לכל שן בתקופת הביטוח.
4.38	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.
4.39	המבטח לא ישלם שנית עבור תותבת ששולם עבורה על ידי החברה ואשר אבדה למתפרא מסיבה כלשהי.

4.40	שני כתרים בלבד ישמשו לשחזור השיניים המאחזות להשענות גשר ולתמיכה בחלקי הביניים. לא יאושר גשר כאשר קיים חוסר רציף של 4 שיניים (פרט לאזור הבין ניבי) למעט באישור היועץ הרפואי.
4.41	תותבות המשמשות להגבהת VERTICAL DIMENSION מכוסות בגובה תח"ל אקריל.
4.42	הכיסוי לתותבת רוכבת כולל הכנות מכל סוג לגדמי שיניים או שתלים עליהם תסמך.
4.43	טיפול משקם כתוצאה מעקירת שן חלב ו/או חסר מולד של שיניים מכוסה.
4.44	מכוסים כתרים לשיקום שיניים שעברו שחיקה באישור היועץ הרפואי.
4.45	המבטחת תהיה פטורה מכיסוי ו/או שיפוי המבוטח בגין כל אחד מהמצבים הבאים: 4.45.1 בגין טיפולים שאינם מפורטים ברשימות הטיפולים המשמרים והפרוטטיים במסגרת הכיסוי בפוליסה. קיבל מבוטח טיפול כאמור אצל רופא הסכם – מתחייב המבוטח לשלם לרופא את עלות הטיפול. 4.45.2 בגין כל נזק שנגרם לגופו או לרכושו של המבוטח תוך כדי או עקב טיפול לקוי או רשלני שניתן לו ע"י רופא שיניים כל שהוא לרבות רופא הסכם. 4.45.3 בגין תשלום עבור טיפולים פרוטטיים ושירותים פרוטטיים שהוחל בהם בטרם היות המבוטח מכוסה על פי פוליסה זו. 4.45.4 בגין הוצאות שהוציא עבור טיפולים שבוצעו ע"י אדם שאינו רופא שיניים בהגדרתו בסעיף ההגדרות בפוליסה זו.
ז. שיקום על גבי שתלים (בנוסף למפורט בפרק 5 שלהלן)	
4.46	בלסת מחוסרת שיניים לחלוטין (שיניים ו/או שתלים) יינתן כיסוי לביצוע עד 6 שתלים לכל היותר, על כל אחד מהם יינתן כיסוי לביצוע מבנה וכתר – ללא חלקי ביניים. מסגרת הכיסוי כפופה לכמות השתלים המאושרת בפוליסה לפי פרק 5- שתלים שלהלן.
4.47	לא יאושר חיבור שיקומי בין שיניים טבעיות לשתלים.
4.48	יינתן כיסוי לשיקום שתלים אשר אושרו ובוצעו לפני תקופת הביטוח הנוכחית.
ח. יישור שיניים למבוגרים – כהנה לטיפולים פרוטטיים – שיקום הפה	
4.49	יינתן כיסוי ליישור שיניים, למטרות פרוטטיקה בלבד, למבוגרים.
4.50	יובהר כי הכיסוי לפי סעיף זה לא מאפשר טיפול שמטרתו אורתודונטית-אסתטית ו/או למטרות אורתוגנציה, אלא למקרים כגון uprighting לצורך ביצוע גשר בעקבות הטיית שן טוחנת, או הבקעה מאולצת כתחליף להארכת כותרת וכדומה.
4.51	הכיסוי יינתן באופן פרטי ע"י אורתודונט מומחה, בכפוף לתשלום השתתפות עצמית בשיעור 50% ובתקרת החזר של 1,035 ₪, או לחילופין במסגרת המרפאות הייחודיות
4.52	הכיסוי מוגבל לטיפול אחד למבוגר בתקופת ביטוח.

א. כללי

טיפול כירורגי של שתלים להלן **"השתלה"** יכוסה רק במידה ומצב העצם, הרקמות הרכות, מצב המנשך והסגר ניתנים לטיפול כמפורט להלן.

השתלות יכוסו למבוסחים מעל גיל 18 בלבד.

המבטחת תשלם החזרים בגין השתלה בגובה שלא יעלה על האמור בנספח ב' טבלת הגמלאות וזאת על פי התנאים הבאים:

כל הטיפולים והשירותים הכירורגיים של השתלות שיניים יבוצעו רק על ידי רופאים מומחים בכירורגית פה ולסת או בפריודונטיה, בעלי תעודת מומחיות מטעם משרד הבריאות הישראלי לעסוק כמומחים בתחומים האמורים לעיל, או רופאים בהסדר אשר בהסכמת המבטחת והיועץ הרפואי רשאים לבצע טיפולים אלה.	5.1
יש לסיים את כל הטיפולים המשמרים (עקירות, טיפולי שורש, סתימות, סילוק אבנית וכו') והטיפולים הפריודונטלים לפני התחלת הטיפול. לא ניתן לקבל אישור המבטח לתכנית הטיפולים להשתלות לפני השלמת הטיפולים המשמרים והפריודונטליים. יובהר כי בין מועד עקירה לבין מועד ביצוע ההשתלה יש להמתין לפחות 3 חודשים.	5.2
מבוסח המועמד לטיפול כירורגי של השתלה חייב לקבל אישור מראש מהמבטחת לביצוע הטיפול לפני שיבוצע טיפול כירורגי כלשהו, אותו זכאי המבוסח לקבל במסגרת הביטוח ועבורו הוא עשוי לבקש החזר כספי.	5.3
לצורך קבלת האישור מראש יגיש הרופא המומחה שבהסכם או הרופא מומחה שאינו בהסכם באמצעות המבוסח, רישום מפורט של ממצאי הבדיקה בפה (CHART) אשר בוצעה למבוסח לא למעלה מ-3 שבועות קודם להגשת התוכנית בצירוף צילום או צילומים פריאפיקלים בודדים של כל השיניים הקיימות בפה (סטטוס דנטלי) בצירוף צילום פנורמי עדכני שיבוצעו לפני הטיפול, המראים את רקמות התמיכה הגרמיות (העצם האלביאולרית) ואת אזור חוד שורש השן (אפקס) של השיניים שהרקמות סביבן טטופלנה. אין להתחיל בטיפול ההשתלה לפני קבלת אישור המבטחת.	5.4
בלסתות מחוסרות שיניים לחלוטין יאושרו מקסימום 6 שתלי שן ללסת ויאושר שיקומן באמצעות תותבות מוצמדות או ע"י 6 מברגים ו- 6 כתרים ללא חלקי ביניים ויחידות תלויות. יובהר כי בכל מקרה מס' השתלים המקסימלי אשר יאושר למבוסח בתקופת ביטוח יהיה 9 שתלים לכל הפה. בסמכות היועץ הרפואי לאשר שתל נוסף מסיבות רפואיות-דנטליות בלבד.	5.5
בתוך 7 ימי עבודה מקבלת החומר במלואו יקבל המבוסח 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 שיעור ההשתתפות העצמית וסכום ההחזר ע"י המבטחת במקרה של טיפול ע"י רופא שאינו בהסדר.	5.6
האישור ישלח לרופא ההסכם. במקרה של רופא שאינו בהסכם האישור ישלח למבוסח לפי הכתובת המצויה במשרדי המבטח.	5.7

5.8	במקרה של צורך בברורים נוספים, אישור חלק מתכנית הטיפול, או דחיית ההצעה תשלח על כך הודעה מפורטת לרופא הסכם, במקרה של רופא שאינו בהסכם האישור ישלח למבוטח לפי הכתובת המצויה בחברה.
5.9	תוקף אישור המבטח יפוג לאחר ששה חודשים במידה ולא החל בטיפול ולאחר שנה במידה והחל בטיפול לאחר שנה מיום הוצאתו יהיה על המבוטח לבקש הארכת תוקף האישור. החברה עשויה לבקש הסבר לסיבות שהביאו לאי השלמת הטיפול בתוך פרק זמן זה.
5.10	יש להמציא צילום שבוצע בתום החדרת השתל ובתום התקנת השחזור עליו.
5.11	המספר המקסימלי של שתלים לאדם לתקופת ביטוח עומד על 9 שתלים לפה, למעט במקרה של לסת מחוסרת שיניים כאמור בסעיף 5.5 לעיל, בכפוף לתנאי נספח זה, ולרשימת הטיפולים המכוסים במסגרת החדרת שתלי שן. בסמכות היועץ הרפואי לאשר שתל נוסף מסיבות רפואיות-דנטליות בלבד.
5.12	הכיסוי להחדרת שתלים יורחב גם להחלפת שתלים על פי קריטריונים דנטליים מקובלים באישור היועץ הרפואי.
ב. הטיפולים המכוסים במסגרת השתלת שיניים	
המבוטח יהיה זכאי לטיפול כירורגי של השתלת שיניים בכפוף לתנאים הבאים:	
בדיקה ותוכנית הטיפול	
5.13	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, רישום כיסים, ניידות שיניים ומילוי הטופס לתוכנית הטיפולים. כיסוי המבטח מוגבל לבדיקה אחת בתקופת הביטוח.
כירורגיה של שתלים	
5.14	במקום כל שן/שיניים חסרה/ות כולל מלידה ושן/שיניים אלו או אזור זה טרם שוחזר למעט אם שוחזר בתותבת נשלפת שלא שולמה ע"י המבטח, יהיה המבוטח זכאי להחדרה כירורגית של שתלי שן לרקמת העצם והחניכיים. הכיסוי מוגבל ל 9 שתלי שן בתקופת הביטוח למעט בלסת מחוסרת שיניים שם הכיסוי מוגבל ל 6 שתלי שן. בסמכות היועץ הרפואי לאשר שתל נוסף מסיבות רפואיות- דנטליות בלבד.
5.15	הטיפול כולל: אלחוש מקומי, הפשלת מטלית רקמה רכה, החדרת שתל/ שתלים, תפרים, תחבושת פריודונטלית, שחזור זמני (למעט הנאמר בפרק טיפולים משקמים סעיף ו' סעיף קטן 4.34) וכל הדרוש לביצוע וסיום משיביע רצון של הטיפול.
כמו כן כולל הטיפול חשיפה של השתל לאחר פרק הזמן שנקבע לאחיה וקליטה בעצם והכנתו לתחילת הטיפול המשקם. הטיפול כולל גם הסברה ויועץ 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.	

5.16 שתלים במקום שיניים בודדות	5.16.1 השתלה להחלפת שן בודדת (SINGLE TOOTH REPLACEMENT) תאושר ותבוצע אך ורק כאשר באחת מהשיניים הסמוכות או שתיהן אין טיפולי שורש ו/או שמתוכנן ביצוע טיפול שורש ו/או שאחת מהן או שתיהן מכותרות וכאשר לא קיימת מחלה פריודונטלית או קיימת מחלה פריודונטלית שמידת חומרתה אינה עולה על מצב של PERIODONTITIS EARLY, (עד אבדן עצם של 20%-30%) וכאשר המרחק בין שולי השתל המתוכנן לבין השיניים הסמוכות הינו בן 2 מ"מ ומעלה. 5.16.2 השתלת שתל במקרה של שן בודדת, יהיה מסוג המונע רוטציה של הכתר. 5.16.3 שחזור שן בודדת בעזרת שתל בודד, לא יתבצע דיסטלית לשן טוחנת שניה. 5.16.4 יכוסה טיפול להחדרת שתל שן בודד בין שיניים שאינן אינטקטיות. השתל ושיקומו יכוסו בהשתתפות עצמית בשיעור 50%. אישור הטיפול יהיה על פי קריטריונים המקובלים על רופא החברה והיועץ הרפואי. 5.16.5 באתר שן טוחנת תחתונה מס' 36, 46 יתאפשר כיסוי 2 שתלים משיקול דנטלי בלבד - באישור היועץ הרפואי. השתל הנוסף ייספר מתוך מכסת השתלים הכללית המאושרת. ובכל מקרה יכוסה מבנה אחד וכתר אחד לשן זו.
5.17 שתלים במקרה של חוסר שיניים מוחלט בלסת-	בלסתות מחוסרות שיניים לחלוטין יאושרו מקסימום 6 שתלי שן ללסת ויאותר שיקומן באמצעות תותבות מוצמדות או ע"י 6 מבנים ו- 6 כתרים ללא חלקי ביניים ויחידות תלויות. יובהר כי בכל מקרה מס' השתלים המקסימלי אשר יאושר למבטח בתקופת ביטוח יהיה 9 שתלים לכל הפה. בסמכות היועץ הרפואי לאשר שתל נוסף מסיבות רפואיות-דנטליות בלבד.
5.18 שתלי שיניים בחוסר רציף של 2 שיניים ומעלה למעט לסת מחוסרת שיניים	5.18.1 מכוסה החדרת שתלי שיניים במקום כל שן חסרה כולל ברצף עד 9 שתלי שן בתקופת הביטוח. 5.18.2 החדרת שתל שן בעמדת שן בינה אינה מכוסה למעט באישור רופא האמון במצבים דנטליים מיוחדים שהחדרת שתל כנ"ל הכרחית להצלחת הטיפול.
5.19 הגבלות וסייגים לחבות המבטחת	5.19.1 לא יאושרו יותר מ- 9 שתלים לכל הפה בתקופת הביטוח. 5.19.2 לא ישולם עבור החדרת שתלי שיניים שהחלו בה לפני שהביטוח נכנס לתוקפו. 5.19.3 לא ישולם עבור החדרת שתלי שן/שיניים שלא קבל עבודה המבטח אישור מוקדם של המבטח למעט באישור היועץ הרפואי. 5.19.4 צילום C.T יכוסה באם אושרה תכנית להחדרת שתלי שן. הכיסוי הינו לצילום CT אחד לכל לסת בתקופת ביטוח. במקרה בו מכון צילום שבהסדר ייתן הנחה על מחירון המכון לביצוע צילומי CT, שיעור ההנחה יחול גם על גובה ההשתתפות העצמית הנקובה בפוליסה. בסמכות היועץ הרפואי לאשר צילומי CT לצורך דנטלי מעבר למכסה הקבועה בפוליסה הנוכחית, לצורך החדרת שתלים.

5.19.5 במקרים בהם יש צורך בטיפול תחזוקתי לפה הכולל שתלים ושיניים טבעיות, כגון הסרת אבנית או הקצעות שורשים, יאושרו הטיפולים בהתאם לזכאות במשנן טבעי. יובהר כי הכיסוי כאמור יכלול טיפולי תחזוקה בלבד, הסרת אבנית והקצעת שורשים אך ורק במקרים בהם על פי הפריודונט המטפל מוגדרת הפרוגנוזה של השתלים המטופלים כ - Treatable כלומר לאחר הכנה ראשונית קיים סיכוי סביר שפרוגנוזת השן תהיה טובה. (במקרים בהם הפרוגנוזה היא - Hopeless השתל מיועד להוצאה, או Questionable - פרוגנוזת השתל אינה ברורה ותקבע בתום הכנה ראשונית, לא יינתן כיסוי). 5.19.6 יינתן כיסוי לביצוע השתלת עצם או הרמת סינוס: 5.19.6.1 הכיסוי הינו אך ורק בעת ביצוע השתלה דנטלית אשר אושרה ע"י המבטח בלבד. 5.19.6.2 הכיסוי הינו לטיפול אחד לכל רבע פה בתק' ביטוח. 5.19.6.3 ניתן לבצע את הטיפול במרפאות פרטיות בלבד ולקבל את הנמוך מבין תקרת ההחזר המפורטת להלן או התשלום בפועל בניכוי השתתפות עצמית בשיעור 50%. 5.19.6.4 תקרת ההחזר להשתלת עצם או הרמת סינוס תעמוד על 2,353 ₪. 5.19.6.5 בהשתלת שתל בודד בלבד, תקרת הכיסוי להחזר עבור השתלת עצם תעמוד על 650 ₪, בכפוף לכיסוי המפורט בסעיפים 5.19.6.1-5.19.6.4 לעיל. 5.19.6.6 תכוסה תוספת עצם לאחר עקירה וזאת במקרים בהם האזור מיועד להשתלה והבקשה לתוספת העצם הוגשה לאישור המבטח טרם ביצוע העקירה. 5.19.7 אלוש מקומי - נכלל במחיר הטיפול. 5.19.8 לא יינתן כיסוי בגין תרופות מכל סוג שהוא אותן נוטל המבוטח או ניתנה המלצה רפואית לנטילת תרופה.	
יכוסו טיפולי שיקום וניתוחים להרמת סינוס בהשתתפות עצמית משופרת, במסגרת מרפאות הסדר ייחודיות ששמותיהן מפורט בחוברת הפוליסה וכמפורט בגילוי הנאות ובלוחות התגמולים. יובהר כי רשימת המרפאות הייחודיות עשויה להשתנות מעת לעת. טיפולים שלא הוזכרו לעיל אינם מכוסים במסגרת הפוליסה.	5.20 מסלול מרפאות הסדר ייחודיות
באישור היועץ הרפואי משיקולים דנטליים/ רפואיים בלבד תבוטל חובת המתנה בין מועד החדרת שתל או שתלים, מועד העקירה/הוצאת שיקומם.	5.21

א.הטיפול המכסימלי

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:

6.1	המבטחת/ה המטופל הנו ילד/ה שגילו (או גילו הדנטלי) ביום תחילת הטיפול אינו עולה על 18. טיפול אורתודנטי יכוסה רק במידה ולקוי הסגר, מצב המנשך והסגר ניתנים לתיקון בהתאם לקריטריונים כפי שיפורטו להלן. משך ביצוע הטיפול אפשרי עד גיל 20 בכפוף לתנאי טיפול בלתי צפויים - באישור היועץ הרפואי ובכפוף לכך שתוכנית הטיפול אושרה והחלה לפני גיל 18.
6.2	הטיפול יאושר ויכוסה רק אם הוא ניתן על ידי רופא מומחה, בעל תעודת מומחיות באורתודנטיה (יישור שיניים ולסתות) מטעם משרד הבריאות בישראל, או רופא בהסדר אשר בהסכמת המבטחת והיועץ הרפואי רשאי לבצע טיפולים אלה.
6.3	תשלום למבטח המטופל אצל רופא אורתודונט שאינו בהסכם ישולם רק לאחר המצאת חשבונית מס מקור על תשלום הסכום אותו שילם המבטח בפועל.
6.4	המבטח זכאי לטיפול יישור שיניים בשלוש רמות: 6.4.1. טיפול בטלב א' - PHASE 1 . 6.4.2. טיפול חלקי. 6.4.3. טיפול מלא.
6.5	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.
6.6	במקרים חריגים בהם יש הפרעה אסטטית, למרות שאינם עונים לדרישות סף אלה יהיה בסמכות היועץ הרפואי לאשר הכיסוי. (לדוגמא: צפיפות או רווח של 3 מ"מ המרוכזים בין שתי שיניים קדמיות). קביעת רמת הטיפול בסמכות האורתודונט המטפל - בכפוף לאבחנה שנקבעה על ידו ואישור המבטח. בכל מקרה בו אין התאמה בין הרמה שהוגדרה ע"י האורתודונט המטפל לבין המבטח יכריע היועץ הרפואי.
6.7	6.7.1. טיפול שלב א' הוא טיפול מוקדם במשנן מעורב שמטרתו לפתור בעיות פונקציונליות, וכן התערבות שתמנע או תקל משמעותית על ליקוי הסגר והטיפול העתידי. כמו כן נכללים בסעיף זה : עקירת שיניים נשירות כחלק מעקירות סידוריות, עקירת שיניים עודפות, ליקוי מסוג 3 CL או במקרים עם סגר עובר אופקי גדול שמהווה גורם סיכון לטראומה לשיניים. 6.7.2. טיפול חלקי הינו טיפול בלסת אחת שמשך הטיפול הפעיל בו מוערך בכ- 10-12 חודשים. 6.7.3. טיפול מלא הוא טיפול בשתי לסתות שמשך הטיפול הפעיל בו מוערך בתקופה שעולה על 12 חודשים.

6.8 צילומים ועזרי אבחנה מכוסים	בהפניית רופא האורתודנט יופנה המבוטח למכון צילום לצורך ביצוע הצילומים: 6.8.1 צילום פנורמי - הינו צילום רנטגן המשקף חזיתית את כל חלל הפה והשיניים, צילום זה הינו תנאי להגשת תוכנית הטיפול. יינתן בנוסף לכיסוי המשמר ולא יותר מ- 2 צילומים בתקופת ביטוח. בסמכות היועץ הרפואי לאשר צילום פנורמי נוסף במסגרת הפרק האורתודונטי 6.8.2 צילומי פוטו - סדרת צילומים במצלמה רגילה בתשליל צבעוני. יינתן פעם בשנתיים ולא יותר מ- 2 צילומים בתקופת ביטוח. 6.8.3 צילום צפלומטרי - שהינו צילום רנטגן של הגולגולת בפרופיל. יינתן אחד לשנתיים ולא יותר מ- 2 צילומים בתקופת ביטוח. 6.8.4 אנליזה ממוחשבת - שהינה פעולה ממוחשבת להערכת ממצאים אורתודנטים מסויימים. תינתן אנליזה אחת בתקופת ביטוח.
ב. הנחיות למבוטח ומגבלות המבטחת	
6.9	מבוטח המועמד לקבלת טיפול אורתודנטי חייב לקבל אישור מראש של המבטחת לביצוע הטיפול. אין להתחיל בטיפול אורתודנטי לפני קבלת אישור המבטחת.
6.10	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. בדיקת מומחה כאמור תאושר אחת לשנתיים – מקסימום 2 בדיקות בתקופת ביטוח.
6.11	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.
6.12	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.
6.13	המבטחת תהיה רשאית להפנות את המבוטח לצורך התייעצות לרופא יועץ מטעמה לפני מתן האישור וקבלת ההחלטה בעניין.
6.14	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 אורתודנטי מטעמה, אשר יחוזה דעתו גם בלי בדיקה של המבוטח.
6.15	תוקף האישור מראש יפוג לאחר 12 חודשים במידה ולא החלו בטיפול מסיבי כלשהי, ולאחר 24 חודש במידה והחלו בטיפול. לאחר 24 חודשים מיום הוצאתו יהיה על המבוטח לבקש הארכת תוקף האישור.

6.16	הכיסוי הוא לטיפולים אורתודונטים גם אם מבוצעים בשלבים ולא ברצף זמנים כפועל יוצא מהאבחנה ותכנית הטיפול, ובלבד שסך ההחזר לא יחרוג מתקרת ההחזר. סך זה אינו כולל ההחזר עבור עקירת שיניים מסיבות אורתודונטיות ואמצעי העזר האבחנתיים. תשלום עבור הטיפול האורתודונטי המלא יתבצע בשלוש פעימות. תשלום ראשון בהכנסת המכשיר האורתודונטי לפה, תשלום שני לאחר 8 חודשי טיפול, ותשלום שלישי בסיום הטיפול, כל תשלום כפוף להצגת צילום של כרטיס הטיפולים.
6.17	החברה תשלם החזרים בגין טיפול אורתודונטי בגובה שלא יעלה על הנקוב בלוח הנימלאות.
6.18	צילום פנורמי אחד נוסף במהלך או לקראת סיום הטיפול, כעזר לקביעת פרטי סיום או בקביעת הרטנסיה, מכוסה על פי אישור מראש.
6.19	למבטחת לא תהיה כל אחריות בגין טיפולים שבוצעו במבטוח.
6.20	ההסכם מבטיח כיסוי לטיפול אורתודונטי פעיל (אקטיבי) לתקופה שלא תעלה על 24 חודשי החל מיום הכנסת המכשיר האורתודונטי הראשון (או היחיד) לפה. וכן לטיפול אורתודונטי 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.
6.21	הכיסוי הינו לטיפול אחד למבטוח בתקופת הביטוח. לא יכוסה טיפול חוזר מכל סיבה שהיא אלא בהתאם להוראות סעיף 8.8 לתנאי הפוליסה.
6.22	הכיסוי מוגבל לטיפול אורתודונטי 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.
7 תגמולי הביטוח	
המבטחת תכסה ותשפה את המבטוח בגין ההוצאות שהוציא בקרות מקרה הביטוח כדלקמן:	
7.1	עבור כל טיפול משמר, פריודונטי, פרוטטי, השתלות שיניים ואורתודונטי הכלול בפוליסה, שיקבל המבטוח אצל אחד מרופאי ההסכם, תשלם המבטחת ישירות לרופא ההסכם ובלבד שהיקף הטיפולים מאותו סוג לא יחרוג ממספר הטיפולים ותגמולי הביטוח הנקובים בפוליסה ובכפוף לסייגים ולמגבלות הפוליסה. הפנית המבטוח 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 המבטוח אצל רופא שיניים שאינו בהסכם, תשפה המבטחת את המבטוח בגין הוצאתו בגבולות הסכום הנקוב בנספח ב' (להלן: "טבלת תגמולי הביטוח") ובתנאי שהמבטוח שילם עבור הטיפול לרופא.
7.3	במקרה של קבלת טיפול פריודונטי המכוסה בביטוח, אצל רופא ההסכם, יהיה המבטוח 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 המבטוח את חשבון הטיפול למבטחת ויקבל החזר מהמבטחת על פי הנקוב בנספח ב'.

במקרה של קבלת טיפול פרוטטי המכוסה בביטוח, אצל רופא שיניים הסכם 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'.	7.4
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. אצל רופא שיניים שאינו בהסכם יציג המבוטח את חשבון הטיפול למבטחת ויקבל החזר מהמבטחת על פי הנקוב בנספח ב'.	7.5
במקרה של קבלת טיפול אורטודנטי 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.	7.6
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.	7.7

נספח ב' - טבלת תגמולי הביטוח/השתתפות עצמית

1 טיפולים משמרים

קוד משרד הבריאות	תיאור הטיפול	רופא הסכם	רופא שאינו בהסכם
		השתתפות עצמית ב-ש	תקרת תגמולי הביטוח
D0150000	הערכה מקיפה של הפה - מטופל חדש/מוכר	אין	132
D0210000	צילום סטטוס מלא	אין	339
D0220000	צילום פריאפיקלי	אין	22
D0270000	צילום נשך אחד	אין	22
D0330000	צילום פנורמי	אין	191
D0240000	צילום אוקלזלי	אין	52
D1203000	הנחה מקומית של פלואוריד לכל הפה - ילד	אין	87
D1351000	איטום חריצים, לכל שן	אין	69
D1510000	שומר מקום קבוע - התקנה	אין	658
D2140000	שחזור אמלגם - משטח 1, משנן ראשוני או קבוע	אין	219
D2150000	שחזור אמלגם - 2 משטחים, משנן ראשוני או קבוע	אין	219
D2160000	שחזור אמלגם - 3 משטחים, משנן ראשוני או קבוע	אין	219
D2161000	שחזור אמלגם - 4 משטחים, משנן ראשוני או קבוע	אין	219
D2330000	שחזור מרכב על בסיס שרף/אקריל - משטח 1, קדמי	אין	309
D2331000	שחזור מרכב על בסיס שרף/אקריל - 2 משטחים, קדמי	אין	309
D2332000	שחזור מרכב על בסיס שרף/אקריל - 3 משטחים, קדמי	אין	309
D2335010	שחזור מרכב על בסיס שרף/אקריל - 4 משטחים או יותר, קדמי	אין	309
D2390000	שחזור מרכב על בסיס שרף/אקריל, קדמי (השלמת כותרת)	אין	515
D2391000	שחזור מרכב על בסיס שרף/אקריל - משטח 1, אחורי	אין	309
D2392000	שחזור מרכב על בסיס שרף/אקריל - 2 משטחים, אחורי	אין	309
D2393000	שחזור מרכב על בסיס שרף/אקריל - 3 משטחים, אחורי	אין	309
D2394000	שחזור מרכב על בסיס שרף/אקריל - 4 משטחים או יותר, אחורי	אין	309
D2930000	כתר טרומי מפלדת אל חלד - שן נשירה	אין	341

קוד משרד הבריאות	תיאור הטיפול	רופא הסכם	רופא שאינו בהסכם
		השתתפות עצמית ב-ש	תקרת תגמולי הביטוח
D2931000	כתר אל חלד טרומי - שן קבועה	אין	341
D2932000	כתר טרומי משרף/אקריל	אין	341
D3220000	קיסוע מוך שן נשירה או קבועה, לא כולל סתימה סופית	אין	341
D3310000	טפול שורש - שן קדמית, לא כולל שחזור סופי	אין	661
D3320000	טפול שורש - שן מלתעה, לא כולל שחזור סופי	אין	775
D3330000	טפול שורש - שן טוחנת, לא כולל שחזור סופי	אין	953
D3339000	טפול שורש - 4 תעלות, לא כולל שחזור סופי	אין	1084
D3346000	חידוש טפול שורש - שן קדמית	אין	774
D3347000	חידוש טפול שורש - שן מלתעה	אין	951
D3348000	חידוש טפול שורש - שן טוחנת	אין	1258
D3349000	חידוש טפול שורש - 4 תעלות	אין	1338
D3351000	אפקסיפיקציה	אין	292
D3352000	חיוד - טפול ביניים	אין	141
D3410000	כריתת חוד השורש, אפיקואקטומי - שן קדמית, כולל סתימה רטרוגרדית	אין	910
D3421000	כריתת חוד השורש, אפיקואקטומי - שן מלתעה, שורש ראשון, כולל סתימה רטרוגרדית	אין	910
D3425000	כריתת חוד השורש, אפיקואקטומי - שן טוחנת, שורש ראשון, כולל סתימה רטרוגרדית	אין	910
D3450000	כריתת שורש	אין	650
D3920000	המיסקציה	אין	650
D7140000	עקירה, שן שבקעה או שורש חשוף, שן אחת	אין	279
D7140020	עקירה, שן שבקעה או שורש חשוף, כל שן נוספת באותה ישיבה	אין	195
D7210000	עקירה כירורגית - שן שבקעה לחלל הפה, הדורשת הרמת מתלה	אין	573
D7220000	עקירה כירורגית - שן כלואה ברקמה רכה	אין	853
D7240000	עקירה כירורגית - שן כלואה במלואה ברקמה קשה	אין	853
D7285000	ביופסיה של חלל הפה - רקמה קשה, עצם, שן	95	414
D7286000	ביופסיה של חלל הפה - רקמה רכה	95	414
D7510000	חיתוך וניקוז מורסה - רקמה רכה בחלל הפה	אין	462
D9110000	עזרה ראשונה - טפול בכאב שיניים	אין	275

קוד משרד הבריאות	תיאור הטיפול	רופא הסכם	רופא שאינו בהסכם
		השתתפות עצמית ב-ש	תקרת תגמולי הביטוח
D9220000	הרדמה כללית לטיפול שיניים, בנוכחות מרדים - עד שעה <u>טיפול בילדים</u>	באופן פרטי בלבד בכפוף לניכוי השתתפות עצמית בשיעור 50%	1218
	הרדמה כללית לטיפול שיניים, בנוכחות מרדים - עד שעה <u>טיפול במבוגרים</u>		1412
D9221000	הרדמה כללית לטיפול שיניים מורכב, בנוכחות מרדים - מעל שעה <u>טיפול במבוגרים</u>	באופן פרטי בלבד בכפוף לניכוי השתתפות עצמית בשיעור 50%	882
D9241000	סדציה/אנלגזיה הכרתית במתן תוך ורידי - עד שעה	באופן פרטי בלבד בכפוף לניכוי השתתפות עצמית בשיעור 50%	1218
D9310000	בדיקת רופא שיניים מומחה (second opinion)	0	220
D9930000	טיפול בסיבוכים, לאחר נתוח, כגון מכתשית יבשה	אין	317
D9972000	הלבנת שיניים חיצונית - לקשת	באופן פרטי בלבד בכפוף לניכוי השתתפות עצמית בשיעור 30%	890
D9974000	הלבנת שיניים פנימית - לשן בודדת	באופן פרטי בלבד בכפוף לניכוי השתתפות עצמית בשיעור 30%	706
D4355000	הטריה והסרה של פלאק ואבנית בכל הפה לשם הערכה ואבחון מקיפים	אין	191
D7320000	אלבואולופלסטיקה ללא עקירות, רבע פה	351	802
D7960000	פרנולקטומי	351	802
D7980000	הוצאת אבן מבלוטת/צנור הרוק	139	548

קוד משרד הבריאות	תיאור הטיפול	רופא הסכם	רופא שאינו בהסכם
		השתתפות עצמית ב-ש	תקרת תגמולי הביטוח לאחר ניכוי השתתפות עצמית בשיעור 30%
D0180000	הערכה פריודונטלית מקיפה - מטופל חדש/מוכר	61	189
D4355000	הטריה והסרה של פלאק ואבנית בכל הפה לשם הערכה ואבחון מקיפים - ע"י פריודונט	73	189
D4240000	הרמת מתלה עם החלקת שורשים - 4 שיניים ויותר, רבע פה	438	1103
D4241000	הרמת מתלה עם החלקת שורשים - 1-3 שיניים, רבע פה	438	1103
D4265000	מדיאטורים ביולוגיים לטיפול רגנרטיבי של רקמה גרמית/רכה (אמדוגנין)	371	1207
D4249000	הארכת כותרת	אין	451
D4320000	קיבוע תוך כותרתי לשיניים נידות	195	585
D4321000	קיבוע חוץ כותרתי לשיניים נידות	195	585
D4341000	סילוק אבנית והקצעת שורשים - 4 שיניים ויותר, לישיבה, 30 דקות	73	189
D4342000	סילוק אבנית והקצעת שורשים - 1-3 שיניים, לישיבה, 30 דקות	73	189
D5937000	סד לילה, טריסמוס	219	570
D4381010	טיפול באמצעות פרוצ'יפ	38	95

קוד משרד הבריאות	תיאור הטיפול	רופא הסכם	רופא שאינו בהסכם
		השתתפות עצמית ב-ש	תקרת תגמולי הביטוח לאחר ניכוי השתתפות עצמית בשיעור 30%
D2740000	כתר חרסינה, כולו מחרסינה "כתר זירקוניה" - שירות מיוחד במרפאות ייחודיות בלבד כתחליף לכתר שאושר מראש	1750 במרפאות ייחודיות בלבד	---
D2751000	כתר חרסינה מאוחה למתכת בסיס כתר חרסינה מאוחה למתכת בסיס שירות מיוחד במרפאות ייחודיות בלבד	485	1353
D2952000	מבנה יצוק בתוספת לכתר	199 במרפאות ייחודיות בלבד	---
D2954000	יתד טרומית ותווך בנוסף לכתר	165	469
D2962000	ציפוי שן מחרסינה בצד השפתי labial - במעבדה שירות מיוחד במרפאות ייחודיות בלבד כתחליף לכתר שאושר מראש	2200 במרפאות ייחודיות בלבד	---
D5110000	תותבת שלמה - לסת עליונה	607	1727
D5120000	תותבת שלמה - לסת תחתונה	607	1727
D5130000	תותבת מיידיית - לסת עליונה	394	1138
D5140000	תותבת מיידיית - לסת תחתונה	394	1138
D5199000	תותבת שלמה לסת עליונה - שלד מתכת, כולל ווים ונחות	758	2198
D5199000	תותבת שלמה לסת עליונה - שלד מתכת, כולל ווים ונחות- החלפה	776	2313
D5199010	תותבת שלמה לסת תחתונה - שלד מתכת, כולל ווים ונחות	810	2313
D5199010	תותבת שלמה לסת תחתונה - שלד מתכת, כולל ווים ונחות - החלפה	776	2313
D5211000	תותבת חלקית בלסת העליונה - על בסיס שרף, כולל ווים מקובלים, נחות ושיניים, כולל בסיס שרף אקרילן עם ווי שרף או תיל מלופף	591	1704
D5212000	תותבת חלקית לסת תחתונה - על בסיס שרף/ אקריל, כולל ווים ונחות	591	1704

קוד משרד הבריאות	תיאור הטיפול		רופא הסכם	רופא שאינו בהסכם
			השתתפות עצמית ב-ש	תקרת תגמולי הביטוח לאחר ניכוי השתתפות עצמית בשיעור 30%
D5213000	תותבת חלקית לסת עליונה - נשלפת מוילטליום, כולל ווים ונחות		765	2179
D5214000	תותבת חלקית לסת תחתונה - נשלפת מוילטליום, כולל ווים ונחות		765	2179
D5299000	תותבת חלקית ולפלסט לסת עליונה - על בסיס שרף/אקריל, כולל ווים ונחות שירות מיוחד במרפאות "יחודיות בלבד" כתחליף לתותבת שאושרה		3890 במרפאות "יחודיות בלבד"	---
D5299010	תותבת חלקית ולפלסט לסת תחתונה - על בסיס שרף/אקריל, כולל ווים ונחות שירות מיוחד במרפאות "יחודיות בלבד" כתחליף לתותבת שאושרה		3890 במרפאות "יחודיות בלבד"	---
D5510000	תיקון שבר בבסיס תותבת שלמה		0	487
D5520000	החלפת שן שבורה או חסרה בתותבת שלמה, לכל שן		0	109
D5620000	תיקון שלד יצוק של תותבת		0	268
D5630000	תיקון או החלפת וו בתותבת קיימת		0	268
D5640000	החלפת שן שבורה בתותבת חלקית, לכל שן		0	109
D5650000	הוספת שן לתותבת חלקית קיימת		0	109
D5660000	הוספת וו לתותבת חלקית קיימת		0	268
D5710000	חידוש בסיס תותבת שלמה עליונה		188	627
D5711000	חידוש בסיס תותבת שלמה תחתונה		188	627
D5720000	חידוש בסיס תותבת חלקית עליונה		188	627
D5721000	חידוש בסיס תותבת חלקית תחתונה		188	627
D5730000	ריפוד תותבת שלמה עליונה במרפאה		128	426
D5731000	ריפוד תותבת שלמה תחתונה במרפאה		128	426
D5740000	ריפוד תותבת חלקית עליונה במרפאה		128	426
D5741000	ריפוד תותבת חלקית תחתונה במרפאה		128	426
D5750000	ריפוד תותבת שלמה עליונה במעבדה		109	426

קוד משרד הבריאות	תיאור הטיפול	רופא הסכם	רופא שאינו בהסכם
		השתתפות עצמית ב-ש	תקרת תגמולי הביטוח לאחר ניכוי השתתפות עצמית בשיעור 30%
D5751000	ריפוד תותבת שלמה תחתונה במעבדה	109	426
D5760000	ריפוד תותבת חלקית עליונה במעבדה	109	426
D5761000	ריפוד תותבת חלקית תחתונה במעבדה	109	426
D5820000	תותבת ביניים חלקית נשלפת, פליפר - לסת עליונה, כולל ווים ונחות	204	584
D5821000	תותבת ביניים חלקית נשלפת, פליפר - לסת תחתונה, כולל ווים ונחות	204	584
D5860000	תותבת על שתלים	887	2538
D5860000	תותבת על שתלים - החלפה	878	2500
D6055010	תמיכה באמצעות מחבר בצורת מוט, דולדר בר, Dolder bar	206	588
D6056000	מבנה טרומי לשתל דנטלי	198	573
D6057000	מבנה מעבדתי לשתל דנטלי	198	573
D6066000	כתר חרסינה מאוחה למתכת נתמך שתל	485	1353
	כתר חרסינה מאוחה למתכת נתמך שתל	199	---
	שירות מיוחד במרפאות ייחודיות בלבד	במרפאות ייחודיות בלבד	
	כתר חרסינה מאוחה למתכת נתמך שתל -	295	---
	החלפת כתר שירות מיוחד במרפאות ייחודיות בלבד	במרפאות ייחודיות בלבד	
D6975000	כיפת מתכת כשחזור סופי \ כתר טלסקופי	167	487
D9951000	איזון סגר - מוגבל (השחזה סלקטיבית)	0	244

קוד משרד הבריאות	תיאור הטיפול	רופא הסכם	רופא שאינו בהסכם
קוד משרד הבריאות	תיאור הטיפול	השתתפות עצמית בש"ח	תקרת תגמולי הביטוח לאחר ניכוי השתתפות עצמית בשיעור 50%
D0365000	טומוגרפיה ממוחשבת עם קרן קונית ופענוח - ביצוע ופענוח של לסת תחתונה (סי.טי)	135	262 לאחר ניכוי השתתפות עצמית בשיעור 40%
D0366000	טומוגרפיה ממוחשבת עם קרן קונית ופענוח - ביצוע ופענוח של לסת עליונה (סי.טי)	135	262 לאחר ניכוי השתתפות עצמית בשיעור 40%
D6010000	החדרה כירורגית של שתל דנטלי, כולל חשיפה וחבור של כיפת ריפוי	1912	2133
D7950000	השתלת עצם בלסת עליונה/תחתונה, חד צדדית (רבע פה)	הטיפול מתבצע באופן פרטי בלבד. בכפוף לניכוי השתתפות עצמית בשיעור 50%	2353
	השתלת עצם בלסת עליונה/תחתונה, חד צדדית (בהשתלת שתל בודד)	הטיפול מתבצע באופן פרטי בלבד. בכפוף לניכוי השתתפות עצמית בשיעור 50%	650
	השתלת עצם בלסת עליונה/תחתונה, חד צדדית (בהשתלת שתל בודד) שירות מיוחד במרפאות ייחודיות בלבד, ע"י רופא מורשה	800 במרפאות ייחודיות בלבד	---
D7952000	הרמת סינוס פתוחה, לרבות השתלת עצם, חד צדדית	באופן פרטי בלבד בכפוף לניכוי השתתפות עצמית בשיעור 50%	2353
	הרמת סינוס פתוחה, לרבות השתלת עצם, חד צדדית שירות מיוחד במרפאות ייחודיות בלבד, ע"י רופא מורשה	6000 במרפאות ייחודיות בלבד	---

קוד משרד הבריאות	תיאור הטיפול	רופא הסכם	רופא שאינו בהסכם
		השתתפות עצמית בש"ח	תקרת תגמולי הביטוח לאחר ניכוי השתתפות עצמית בשיעור 35%
D9310000	בדיקת רופא שיניים מומחה (בדיקת אורתו)	85	165
D0340000	צילום צפלומטרי	109	158
D0350000	צילומי פה/פנים	86	121
D0391010	פענוח של צילום צפלומטרי, לא קשור לביצועו	109	158
D8030000	יישור שיניים חלקי למשנן עלומים	4044	4264
D8080000	יישור שיניים מלא למשנן עלומים, גילאי 12-18, עלות לשנת טפולים, עד 3 שנים <u>חלק 1</u>	1673	2157
D8089000	קוד דווח להמשך טפול במהלך השימוש בקוד D8080 <u>חלק 2</u>	1673	2157
D8089000	קוד דווח להמשך טפול במהלך השימוש בקוד D8080 סיום טיפול חלק 3	1673	2157
D8080000	יישור שיניים מלא למשנן עלומים, גילאי 12-18, עלות לשנת טפולים, עד 3 שנים שירות מיוחד במרפאות ייחודיות בלבד	3,655 במרפאות ייחודיות בלבד	---
D8210000	טפול בהתקן דנטלי נשלף	1339	1618

**לפרטים נוספים אודות הפוליסה,
ניתן לפנות למוקד ביטוח השיניים
של בנק הפועלים**

בטלפון: 1700-504-490

או באתר:

<https://www.fnx.co.il/collect/bankhapoalim-teeth>