

הראל - חברה לביטוח בע"מ

חלק א' – תנאים כלליים לביטוח שיניים

פרק א' תחולה והגדרות

הראל חברה לביטוח בע"מ (שתיקרא להלן- "המבטח") מתחייבת תמורת תשלום דמי ביטוח, על יסוד הצעה והצהרה שנמסרו על ידי בעל הפוליסה ובכפופות לתנאים, להוראות, לסייגים ולחריגים המפורטים בכל אחד מנספחי הביטוח ולוח הגמלאות, לשפות את בעל הפוליסה ו/או המוטב בקרות מקרה ביטוח.

תחולת חוק

הוראות חוק חוזה הביטוח התשמ"א 1981, יחולו על פוליסה זו.

הגדרות כלליות

בפוליסה זו, פירושם של המונחים יהיה כהגדרתם בסעיף זה כדלהלן:

הפוליסה – מסמך זה ונספחיו המפרט את תנאי הביטוח שבין בעל הפוליסה לבין המבטח כאשר הוא חתום ע"י המבטח, לרבות ההצעה, בין אם היא חתומה על ידי בעל הפוליסה ו/או ניתנה באמצעות הצעה טלפונית לביטוח זה.

בעל הפוליסה – הינו כל אדם שמלאו לו 21 שנה ואשר שמו נקוב ברשימה ובהצעה כבעל הפוליסה והינו הגורם שמשלם את דמי הביטוח עבור המבוטח. מקרה הביטוח הבלעדי לגבי בעל הפוליסה, הינו אבדן מוחלט של כושר העבודה שבעטיו פטור בעל הפוליסה מתשלום דמי הביטוח על פי תנאי הפוליסה.

המבוטח – האדם אשר שמו ופרטיו נקובים ברשימה וגילו ביום הצטרפותו לביטוח אינו עולה על 9 שנים ועד להגיעו לגיל 18 שנה.

המוטב – בעל הפוליסה הוא גם המוטב, אם לא נקבע ע"י בעל הפוליסה מוטב זולתו ופרטיו נקובים ברשימה, הזכאי בהתאם לתנאי פוליסה זו לשיפוי מהמבטח בקרות מקרה הביטוח למבוטח.

הרשימה – מסמך ו/או תעודה המצ"ב לפוליסה זו ובו/בהם רשומים הפרטים הרלוונטיים המתחייבים לפוליסה זו.

תחילת הביטוח – תחילת הביטוח כנקוב בדף הרשימה ו/או בתעודה.

תקופת הביטוח – החל מתאריך תחילת הביטוח וכל עוד משולמים דמי הביטוח ברציפות והיא תסתיים בעת שימלאו למבוטח 18 שנה.

שנת ביטוח – תקופה של כל 12 חודשים רצופים, שתחילתה בתאריך תחילת הביטוח כאמור בדף פרטי הביטוח וסיומה 12 חודשים שלאחריו וכן כל תקופה נוספת בת 12 חודשים הבאה לאחר התקופה שלפניה.

דמי ביטוח – הסכום החודשי שעל בעל הפוליסה לשלם למבטח והוא נקבע על פי המועד האחרון בו החל או התחדש הביטוח למבטח.

סכום הביטוח – הסכום המירבי לתגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה בגין מקרה הביטוח.

מקרה ביטוח למבטח – צורך עובדתי נסיבתי רפואי מוכח המפורט בפוליסה זו ומודגם בצילום רנטגן ו/או צילום אחר המקנה זכות לתגמולי ביטוח על פי פוליסה זו בגין טיפול שיניים שניתן למבטח.

אחריות החברה וניהול – הראל חברה לביטוח בע"מ הינה החברה המנהלת בביטוח לפי פוליסה זאת. כל פניה/תביעה לפי פוליסה זאת תימסר אך ורק לחברה המנהלת אשר מתחייבת כלפי בעל הפוליסה לטפל בפניה/תביעה בשם החברות המשתתפות.

מדד – מדד המחירים לצרכן המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ולמחקר או בהעדר פרסום כנ"ל, מדד המתפרסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומו, בין אם יהיה בנוי על אותם נתונים ובין אם לאו.

רופא שיניים – אדם העוסק ברפואת שיניים על פי רישיון כחוק מטעם הרשויות המוסמכות במדינת ישראל.

אבדן השתכרות – בכפוף לתנאי הפוליסה ובחלוף תקופת המתנה ואכשרה, יחשב באחד המקרים הבאים:

- א – נפטר בעל הפוליסה.
- ב – כתוצאה מתאונה ו/או מחלה, איבד בעל הפוליסה באופן מוחלט וקבוע את כושר עבודתו לביצוע כל עבודה שהיא.

תקופת אכשרה - על המבטח, לא תחול חבות בגין שחרור בעל הפוליסה מתשלום דמי ביטוח, באם האירוע שגרם לאבדן השתכרות בעל הפוליסה אירע בטרם חלפו 36 חודשים מעת תחילת תוקף הביטוח ו/או חידוש הביטוח ו/או שינוי בעל הפוליסה.

תקופת המתנה - תקופה בת 90 הימים הראשונים, מהמועד בו נמצא בעל הפוליסה באובדן השתכרות.

גיל מירבי של המבטח – לצורך הצטרפות ו/או חידוש הביטוח יהיה בטרם מלאו לו עשר שנים.

גיל מירבי של בעל הפוליסה – לצורך החלת כיסוי ביטוחי בקרות אבדן השתכרות לבעל הפוליסה, גיל בעל הפוליסה יהיה נמוך מ- 55 שנים בעת כניסת המבטח לביטוח ו/או חידוש הביטוח ו/או שינוי בעל הפוליסה.

מכון צילום – מכון המורשה מטעם הרשויות המוסמכות לעסוק בצילומי רנטגן ו/או צילומי "פוטו" ו/או אנליזות וצילומים אחרים.

רופא מומחה – רופא שיניים בעל תעודת מומחה מטעם משרד הבריאות בתחום דנטלי ייחודי.

השתתפות עצמית – בוצע הטיפול המכוסה באמצעות רופא שיניים, ישא המבוטח בהשתתפות עצמית וכן בסכום ההפרש בין עלות הטיפול לתקרת ההחזר הנקובה בנספח הרלוונטי בגין טיפול זה.

פרק ב' - חובת הגילוי

ניתנה על ידי בעל הפוליסה תשובה שאינה מלאה וכנה ו/או לא הובאו לידיעת המבטח עובדות שהיה בהן כדי להשפיע על המבטח לקבל את המבוטח לביטוח או לקבלו בתנאים שונים מאלו שבהם התקבל, יחולו ההוראות הבאות:

1. נודע הדבר למבטח בטרם קרה ממקרה ביטוח, יהא המבטח רשאי לבטל את הפוליסה בהודעה בכתב למבוטח.
2. נודע הדבר למבטח לאחר שקרה אחד ממקרי הביטוח, ישפה המבטח בגין מקרה הביטוח שהוגש לו, על פי תנאי פוליסה זו, אולם יהא פטור כליל משיפוי בכל אחת מאלה:
 - א. אי גילוי העובדות היה בכוונת מרמה.
 - ב. המבטח לא היה מתקשר עם המבוטח על פי פוליסה זו אילו ידע מראש את העובדות הנכונות.

פרק ג' - חריגים כלליים

חלים על כל פרקי פוליסה זו ונספחיה.

1. **לא תחול חבות כלשהי על פי פוליסה זו בכל אחד מהמקרים הבאים:**

- 1.1 מקרה הביטוח אירע לפני תאריך תחילת הביטוח.
- 1.2 מקרה הביטוח אירע לאחר תום תקופת הביטוח.
- 1.3 מקרה הביטוח נובע ממום או מחלה מולדים, לרבות מחלות תורשתיות.
- 1.4 תאונה ו/או אירוע שצד שלישי כלשהו חייב לכסותם על פי דין או על פי חוזה.
- 1.5 אבדן השתכרות שאירע בתקופת האכשרה ו/או תקופת ההמתנה.
- 1.6 המבטח אינו אחראי לטיב השירותים הרפואיים ו/או האחרים הניתנים למבוטח במסגרת ביטוח זה. המבטח אינו אחראי לכל נזק שיגרם למבוטח באופן ישיר ו/או עקיף בגין קבלת שירותים רפואיים ו/או אחרים ו/או מעשה או מחדל של הנ"ל.
- 1.7 לא תחול על המבטח חבות כלשהי בגין טיפול שהוחל בביצועו בטרם תחילת/חידוש הביטוח.

פרק ד' - תביעות

חבות המבטח תחול באם יתקיימו הוראות פוליסה זו, לרבות ההוראות המפורטות להלן:

1. על פי דרישת המבטח יומצאו לו כל הפרטים והמסמכים הרפואיים הדרושים לברור התביעה לרבות חתימה על כתב ויתור סודיות. אם אין בעל הפוליסה האפוטרופוס החוקי של המבוטח, ידאג הוא להחתמת האפוטרופוס של המבוטח על כתב ויתור סודיות רפואיות כאמור.

2. יומצאו למבטח חשבונית, קבלה, צילומים, סיכומי מחלה, וכל חומר רלוונטי אחר הדרושים למבטח.
- 2.1 לצורך ישוב תביעה ו/או התייעצות מוקדמת יוגשו למבטח טפסי התייעצות מוקדמת ו/או טופסי תביעה של המבטח בלבד, כאשר הם חתומים ע"י נותן הטיפול ומקבל הטיפול (או בא כוחו).
3. ניתן להגיש תביעות לשיפוי הוצאותיו של המבוטח בגין יחידת טיפול שהושלמה.
4. תוך 21 יום מעת קבלת הפנייה במשרדי המבטח, יציין המבטח באישור המוקדם שלפני תחילת הטיפול, את סכום תקרת ההחזר שישולם בתום השלמת הטיפול המכוסה.
5. באם תוכנית הטיפול אינה תואמת את הכיסוי הביטוחי, יציין המבטח בתשובתו את הסיבה לדחיית הבקשה או לאישור הטיפול ו/או עיכובה וזאת תוך 21 יום מעת קבלת הפניה.
6. המבטח יהא זכאי לבדוק, כתנאי ליישוב בקשה ו/או תביעה, את המבוטח על ידי רופא מטעמו.
7. המבטח יישב פניה תוך 21 יום מעת שהתקבלה במשרדו ההתייעצות המוקדמת/התביעה על גבי טופס של המבטח ובכפוף לתנאי פוליסה זו.
8. למען הסר ספק, חבות המבטח לא תחול בגין טיפול ו/או חבות שאינה מוגדרת במפורש בפוליסה זו ו/או טיפול שלא אושר באישור מקדים של המבטח, באם קיימת חובה בגין הטיפול לקבל אישור מוקדם לטיפול.

פרק ה' - אישור מוקדם לביצוע טיפול

בכדי להיות זכאי לשיפוי הוצאות בגין טיפולים שאינם טיפולי שיניים משמרים, חובה לקבל אישור מוקדם בכתב של המבטח לטיפול ולחתום על המסמכים הבאים:

1. טופס התייעצות מוקדמת של המבטח בצירוף צילומי אבחון.
2. כתב ויתור על סודיות רפואית, באם ידרש.
3. הצהרה או כל מידע אחר לו נדרש המבטח לשם ישוב תביעתו, באם נדרש.
 - 3.1 המבטח ישיב לכל פניה לאישור מוקדם ו/או ערעור תוך 21 יום מעת קבלת הבקשה אצל המבטח בשלמותה.
 - 3.2 תוקפו של האישור יפוג בתום 6 חודשים ממתן האישור אם לא הוחל בטיפול, או במועד פרישת המבוטח מהביטוח, המוקדם מבניהם.
 - 3.3 שונתה תוכנית הטיפול לאחר מתן האישור, לא יהיה המבטח חב בשיפוי הוצאות הטיפול בעקבות השינוי אלא אם נתן המבטח אישורו לתוכנית המתקנת בכתב.
4. תקרת ההחזר הכספי בגין טיפול אצל רופא שיניים ביחס לכל טיפול תצוין באישור המקדים של המבטח במקרה בהם קיימת חובה לאישור מוקדם על פי הסכם זה. בטיפול שאין בו חובה לקבל אישור מוקדם, תהא תקרת ההחזר כמתחייב מפוליסה זו.

למרות האמור לעיל, זכאי המבוטח להגיש בקשה להתייעצות מוקדמת בצירוף צילומי אבחון בטרם ביצוע טיפול שורש ו/או עקירות על מנת לוודא את הזכאות הביטוחית.

פרק ו' - השתתפות המבטח בעלות טיפול מכוסה

מבוטח זכאי לשיפוי בגין טיפול משמר מכוסה, עד תקרת המחיר בגין הטיפול בהתאם ועל פי תנאי פוליסה זו, ללא קשר למועד הצטרפותו לביטוח על פי פוליסה זו. שיעור השתתפות המבטח בגין טיפול שיניים מכוסה בפוליסה זו בטיפולים שאינם טיפולים משמרים, יגדל ככל שגיל ההצטרפות לביטוח זה של המבוטח נמוך יותר. צורף המבוטח לביטוח עד מלאות לו שנה אחת, יהיה זכאי לשיפוי מירבי על פי מחיר הטיפול המפורט בפוליסה זו.

הצטרפות המבוטח במועד מאוחר יותר לביטוח, תפחית מהמבוטח את השתתפות המבטח בעלות הטיפול המכוסה בשיעור של 5% לשנה מהמחיר המירבי לטיפול המפורט בפוליסה זו. החבות הכספית המירבית של המבטח היא על פי השיעור היחסי בעלות סכומי הביטוח בגין טיפול מכוסה כמפורט במחירון המבטח על פי פוליסה זו, לו זכאי המבוטח בחודש וישוב התביעה.

פרק ז' - תשלום דמי הביטוח

1. מועד פירעון דמי הביטוח יהיה עד ה-10 לכל חודש.
2. תשלום דמי הביטוח נעשה על ידי הוראת קבע לבנק או כרטיס אשראי. זיכוי חשבון המבטח בבנק או בחברת האשראי יהווה הוכחה לתשלום דמי הביטוח.
3. דמי הביטוח עפ"י פוליסה זו ייקבעו בהתאם לגיל הצטרפות המבוטח לביטוח ויישארו בתוקף כשהם צמודים למדד כל עוד נשמרת רציפות חודשי הביטוח ושולמו דמי הביטוח ברציפות עד מלאות 18 שנה למבוטח.
4. לא שולמו למבטח דמי הביטוח, תפוג תוקפה של פוליסה זו על פי חוק חוזה ביטוח.
5. יחפוץ המבוטח לחדש את תוקף פוליסה זו, לאחר פקיעת תוקפה, יהיו דמי הביטוח והכיסוי הביטוחי בהתאם לגיל המבוטח ביום חידוש הביטוח ובתנאי כי גיל המבוטח אינו עולה על 9 שנים ביום חידוש הביטוח.

פרק ח' - פטור מתשלום דמי הביטוח

על יסוד נכונות הצהרות בעל הפוליסה בהצעת הביטוח (מצב בריאותו וגילו), הפוליסה תשוחרר מתשלום דמי הביטוח במקרה וקרה אירוע פתאומי בלתי צפוי (מחלה, תאונה או פטירה) שאירע לבעל הפוליסה אשר בעטיו נפטר או נמצא בעל הפוליסה במצב אובדן השתכרות כמוגדר בפוליסה זו, בתנאי כי אירוע זה אירע לבעל הפוליסה בחלוף תקופת האכשרה ותקופת ההמתנה כמפורט בהגדרות הפוליסה. בעת מסירת הודעה על היות המבוטח באובדן השתכרות ימסרו למבטח כל המסמכים הרפואיים לרבות כתב ויתור על סודיות רפואית חתום. הפטור מתשלום דמי הביטוח ימשך כל עוד יהיה בעל הפוליסה במצב המוגדר בסעיף אובדן השתכרות, או בהגיע המבוטח לגיל 18, לפי המועד המוקדם מביניהם.

פרק ט' - שיתוף פעולה

בעל הפוליסה ישתף פעולה באופן סביר עם המבטח ויעמיד עצמו ו/או את המבוטח לבדיקה אצל כל גורם רפואי שהמבטח יורה לו לשם ישוב פנייתו / תביעתו.

פרק י' - שינוי בעל הפוליסה או המוטב

בעל הפוליסה רשאי בכל עת להודיע בכתב למבטח על שינוי הבעלים של הפוליסה ו/או שינוי המוטב. נפטר בעל הפוליסה, יהיה בעל הפוליסה המוטב ובהעדר מוטב ישופה האפוסטרופוס הטבעי של המבוטח.

פרק יא' - הצמדה

1. סכומי הביטוח, דמי הביטוח ותקרת חבות המבטח על פי תנאי הפוליסה צמודים למדד הידוע, האחרון שפורסם לפני התשלום הפועל.
2. חישוב ההצמדה יהא ביחס שבין המדד האחרון הידוע, אשר פורסם לפני תחילת הביטוח למדד שפורסם לפני מועד תשלום דמי הביטוח על ידי המבוטח או תשלום תגמולי ביטוח על ידי בעל הפוליסה, הכל על פי העניין.

פרק יב' - מסים והיטלים

בעל הפוליסה חייב לשלם למבטח את דמי הפוליסה ואת המסים הממשלתיים והאחרים החלים על הפוליסה, או המוטלים על דמי הביטוח, על התשלום החודשי ועל כל התשלומים האחרים שהמבטח חייב לשלם לפי הפוליסה, בין אם המסים ו/או ההיטלים קיימים ביום עריכת הפוליסה ובין אם יוטלו במועד שלאחר מכן.

פרק יג' - הודעות

על בעל הפוליסה ו/או המוטב להודיע למבטח על כל שינוי כתובת במכתב רשום. הודעה שתשלח על ידי המבטח לכתובת האחרונה הידועה תחשב כהודעה שנמסרה כהלכה.

פרק יד' - סמכות השיפוט

מקום השיפוט הבלעדי והייחודי בכל הקשור והנובע מפוליסה זו יהא בבתי המשפט שבעיר תל אביב יפו.

בוררות רפואית

היה וקיימת מחלוקת רפואית בנושא בו דנה פוליסה זו, בין הרופא המטפל לרופא האמון של המבטחת, ומחלוקת זו לא יושבה, ימונה בהסכמה הדדית רופא אמון בהתאם למומחיות הרפואית הנחוצה לשם ישוב המחלוקת הרפואית.

חלק ב' - טיפולים בהם קיימת השתתפות כספית של המבטח

פרק טו' - טיפולים משמרים

1. בדיקות וצילומים -

בדיקה ואבחון - בדיקה קלינית חד שנתיית של מצב הפה, לצורך איתור ורישום כל ממצאי התחלואה ברקמות הפה ובשיניים על גבי טופס מיפוי הפה של המבטח. ממצאי הבדיקה יועברו למבטח.

צילומים - צילומים המפורטים בפוליסה זו ואשר יבוצעו על פי הפניה בכתב של הרופא המטפל. צילום סטטוס - סדרה אחת של 14 צילומים בודדים (פריאפיקליים) הנותנת תמונה רנטגנית שלמה של כל השיניים בפה ומבוצעת בתום השלמת כל הטיפול המשמר ובתנאי כי קיימת התוויה לשיקום פרוטטי בפה. התשלום כפוף לקבלת תוכנית טיפול פרוטטית.

צילום פנורמי - צילום הנותן תמונה מלאה של שתי הלסתות (עליונה ותחתונה) הכולל מבנה ומפרקי הלסת, מיקום ומבנה השיניים, מיועד לצורך אבחון אורתודונטי ועל כן ייושב בכפוף לקבלת תוכנית לטיפול אורתודונטי.

צילום זה אינו נועד לאתר תחלואי שיניים.

צילום נשך - צילום הנותן תמונה של כותרות שיניים אחוריות (עליונה ותחתונה), בכל אחד מצידו הפה.

צילומים פריאפיקליים - צילום אבחנתי בודד הנותן תמונה מלאה של שן אחת או של מספר שיניים סמוכות הכולל את רקמות התמיכה של השן. צילומים פריאפיקליים הנעשים בהקשר לטיפול שורש ו/או טיפול כירורגי כלולים בעלות הטיפול.

צילום סי. טי. / טומוגרפיה - צילום לסת, אשר נותן תמונה תלת - ממדית של הלסת ומאפשר לקבוע את עובי העצם לצורך ביצוע השתלת שתל - כפוף לקבלת אישור מוקדם של המבטח. **צילום למטרת יישור שיניים** - לצורך בדיקה וקביעת האבחנה נדרשים לרוב: צילום פנורמי, צילומי פנים ושיניים, תבניות גבס של קשתות השיניים, צילום צפלומטרי ואנליזה ממוחשבת של יחסי הלסתות והשיניים.

הפנייה לביצוע צילומים חייבת להינתן אך ורק ע"י רופא אורתודונט ובאישור מוקדם של המבטח.

2. שרותי מניעה

הסרת אבנית - הסרת אבנית ומשקעים מהשיניים. הפעולה נעשית על ידי רופא שיניים ו/או על ידי שיננית. ישיבה של הסרת אבנית הנה בת 30 דקות טיפול.

כיסוי ביטוחי - מבוטח מעל לגיל 12 זכאי לישיבת הסרת אבנית אחת מדי שישה חודשים. מבוטח מתחת לגיל 12 זכאי לישיבה של הסרת אבנית אחת מידי 36 חודש.

טיפול בפלואוריד - טיפול מונע חד שנתי הניתן לילדים מגיל 6 עד גיל 12, הטיפול כולל אפליקציה מקומית של פלואוריד על השיניים. הטיפול מבוצע ע"י רופא שיניים או שיננית. **איטום חריצים** - טיפול המבוצע לילדים שטרם מלאו להם 16 שנה, בו מצפים את החריצים (שטח לעיסה) בשיניים טוחנות קבועות (5,6,7) עם חומר פלסטי, זכאות מידי 36 חודש, בשיניים שאינן נגועות בעששת, כדי למנוע הצטברות רובד על השן והתפתחות העששת.

3. טיפולים כירורגיים

יכוסו הטיפולים המפורטים להלן בקרות מקרה ביטוח למבוטח והמצב המפורט בטיפול, מודגם בצילום רנטגן לפני תחילת הטיפול.

רצוי להסתייע בהתייעצות מוקדמת בטרם ביצוע הטיפול. לצורך כך, ניתן להעביר טופס התייעצות מוקדמת בצירוף צילומי רנטגן למבטח.

עקירה רגילה – הוצאת שן בעזרת מכשיר עזר ללא צורך בחיתוך הרקמה כאשר השן נגועה בעששת עד קצה חוד השן.

עקירה למטרה אורתודונטית – מכתב וצילום אבחון מהאורתודונט המטפל, המעידים על צורך להוצאת שן למטרת יישור שיניים לפני ביצוע העקירה, הינם תנאי מוקדם לקבלת אישור מוקדם בכתב של המבטח לביצוע עקירה זו.

עקירת שן חלב – אם קיים צורך רפואי בעקירת שן חלב, ובגין שן זו שילם המבטח עבור טיפול שנעשה בששת החודשים שקדמו לעקירה. המבוטח לא יהיה זכאי להחזר בעבור העקירה.

עקירה כירורגית – עקירת שן אשר מחייבת חיתוך והפשלת רקמת החניכיים וביצוע תפרים.

עקירת שן כלואה ברקמה רכה או בעצם – עקירת שן בינה או ניב כלוא המחייב חיתוך והפשלת רקמת החניכיים ולעתים גם הסרת העצם מסביב לשן.

חשיפת שן כלואה למטרת טיפול יישור שיניים – חשיפת שן כלואה מתבצעת כאשר השן לא בקעה לחלל הפה בצורה תקינה והיא כלואה באחת הלסתות. הטיפול מבוצע ע"י רופא כירורג מומחה לאחר קבלת אישור מוקדם של המבטח.

קיטוע חוד שורש השן – (*apicoectomy*) פעולה כירורגית שמטרתה סילוק תהליך דלקתי שנוצר בקצה חוד השורש וסביבו לשן שעברה טיפול שורש. (הטיפול כולל סתימה רטרוגרדית אחורית, במידת הצורך).

אמפוטציה של השורשים/המיסקציה פעולה כירורגית שמטרתה הוצאת השורש הנגוע בתהליך דלקתי ומבלי לגעת בשאר השורשים בשן.

חיתוך רקמה רכה וניקוז מורסה דנטואלביאולרית

א. ניקוז מורסה דרך השן ישולם רק אם אינו חלק מטיפול שורש.

ב. ניקוז מורסה כירורגי יכוסה בתנאי שאינו חלק מטיפול שיניים אחר ו/או טיפול מקדים לטיפול שיניים אחר.

ג. ניקוז מורסה בשיני חלב ישולם כעזרה ראשונה בלבד.

4. טיפולים אנדודונטליים (שורש)

יכוסו הטיפולים המפורטים להלן בקרות מקרה ביטוח למבוטח והמצב המפורט בטיפול, מודגם בצילום רנטגן לפני תחילת הטיפול.

קיטוע מוך בשן חלב

שן שנפגעה מעששת עמוקה אך השן לא איבדה את חיותה וקיים צורך בהוצאת רקמת המוך מלשכת המוך והנחת חומר אשר יעורר ריפוי של חלק מהמוך שנותר בשן.

טיפול שורש בשיניים קבועות

קיים תהליך עששתי אשר חדר עד מוך השן הקבועה או קיים תהליך דלקתי בקצה חוד השן הקבועה - מחייב הדבר הוצאת רקמת המוך הדלקתית מלשכת המוך (שאריות העצב וכלי הדם) ומהתעלות, ניקוי תעלות השן ושטיפתן וסתימתן בחומר איטום מיוחד. יש להמציא צילום בסיום הטיפול.

חידוש טיפול שורש

שן קבועה, שעברה טיפול שורש וקיים צורך בחידוש סתימת השורש הנובע מקיום תהליך דלקתי סביב חוד השורש. יש להמציא צילום בסיום הטיפול.

אפקסיפיקציה

הטיפול מבוצע בשן קבועה בלבד, (למעט שן בינה) לילדים בגילאי 5 עד 18, הטיפול כולל: טיפול תרופתי ממושך למטרות ריפוי וסגירת שורשים פתוחים, ישיבת טיפול ראשונה וביקורת תקופתית אחת לשלושה חודשים בה תנוקה התעלה מחדש ויוחדר בה חומר תרופתי (עד שלוש ישיבות תקופתיות) ובסיומן תבוצע סתימת שורש.

הכיסוי הביטוחי מותנה באישור מוקדם וביצוע הטיפול אצל מומחה לטיפול שורש וכן בצרוף של צילום גמר טיפול.

5. סתימות

כללי

בטיפול סתימה אין צורך להמציא צילום רנטגן, אולם באם יבוצעו תוך 90 יום, למעלה מ- 6 סתימות, יש לצרף זוג צילומי נשך ו/או צילום פריאפיקלי לשיניים קדמיות ו/או צילום אחר אם בוצע. על-פי האמור בהגדרות הכלליות בפוליסה זו בסעיף מקרה הביטוח למבוטח, מותנים הטיפולים בסעיף זה בכך שהצורך בביצוע הסתימה/ות נובע מתהליך עשיתי המתפשט לתוך עומק השן גורם להרס ומתבטא בריקבון חומר השן.

שחזור שן בסתימה (שן אחורית) - הטיפול כולל שחזור השן בסתימה באמצעות חומר מילוי קבוע. בד"כ שחזור מחומר הנקרא: "אמלגם" (בצבע כסף). שחזור השן בסתימה יתקן את כל הנגעים העששתיים בשן באותה ישיבה. כאשר בשן אחת קיימים שניים או יותר נגעים עששתיים והרופא שיחזר רק נגע אחד ועיכב ביצוע שחזור נגע אחר מתוך רצון למעקב, תכוסה סתימה נוספת זאת רק בחלוף 12 חודשים בשן שטופלה באיטום חריצים תכוסה סתימה רק בחלוף 36 חודש מביצוע האיטום באותו משטח שן.

שחזור שיני חזית (שן קדמית) - בשיני חזית בלסת עליונה ותחתונה מניב לניב, קיימת זכאות לביצוע 2 סתימות בכל שן מחומר מרוכב ובלבד שאין שני משטחים המשכיים.

שחזור שן בסתימה בשן חלב - שן חלב זכאית לשחזור השן בסתימה בתנאי ושן זו אינה מיועדת לעקירה תוך 6 חודשים. בסיום סתימת שורש קיימת זכאות לסתימה רק אם היא מהווה את השחזור הסופי של השן, ולא יבוצע בשן מבנה ו/או כתר.

פין פרה פולפריים T.M.S - במקרים בהם חסר חומר שן או דופן שן לתמוך הסתימה, מוחדר פין מתכתי אחד או יותר לחומר השן, באופן אשר ייתן לסתימה נקודת עיגון ואחיזה. **כיפוי מוך ישיר ובלתי ישיר** - טיפול בשן בה נחשף חלק ממוך השן כתוצאה מסילוק עששת ועל מנת לשמור על חיות השן, יונח בקרבת מוך השן החשוף חומר במטרה לעודד את ריפוי המוך ויצירת חומר שן חדש. הטיפול כולל סתימה זמנית אשר תוחלף בסתימה קבועה בתוך שלושה חודשים.

6. טיפולים מיוחדים לילדים

כללי

מקרה ביטוח למבוטח מותנה כי יכוסו הטיפולים המפורטים להלן והמצב המפורט בטיפול, המודגם בצילום רנטגן לפני תחילת הטיפול וצילום "פוטו" בגמר טיפול.

כתר טרומי מפלדת אלחלד - שחזור שיניים חד פעמי בכתרים טרומיים יעשה כאשר אין אפשרות לשחזור כותרת השן באמצעות סתימה קבועה. הטיפול ניתן לילדים עד גיל 16. ניתן לבצע כתר טרומי בשיני חלב (4,5), ובשיניים קבועות (6,7) לאחר ביצוע טיפול שורש או במקרה של הרס כותרתי נרחב.

שומר מקום - מכשיר אשר תפקידו לשמור על מרווח שנוצר בעקבות עקירת ו/או נשירה מוקדמת של שן חלב בכדי לאפשר בקיעת שן קבועה במקומה. התשלום כולל את עבודת ההכנה, המעבדה והרכבת המכשיר.

כיסוי ביטוחי - הזכאות הנה למכשיר אחד ללסת לתקופת ביטוח.
*כמתחייב על פי בתי הספר לרפואת שיניים בישראל.

7. שרותי עזרה ראשונה

טיפול עזרה ראשונה יכוסה עד פעמיים בשנה ובתנאי כי טיפול זה בא לשם שיכוך כאב פתאומי בלתי צפוי מראש למבוטח, ואינו חלק מטיפול אחר שבוצע ו/או יבוצע למבוטח בתקופת 3 חודשים אצל אותו רופא.

פרק טז' - טיפולים פריודונטליים (ניתוחי חניכיים)

כללי

מקרה ביטוח למבוטח, מותנה כי הטיפולים המפורטים להלן והמצב המפורט בטיפול, מודגם בצילום רנטגן לפני תחילת הטיפול על פי תוכנית הטיפול שתוגש לאישור מוקדם של המבטח בטרם תחילת הטיפול, וקבלת אישור מוקדם בכתב של המבטח לטיפול.

1. כיסוי ביטוחי לטיפולי חניכיים

- 1.1 הכיסוי הביטוחי לטיפולי חניכיים מחייב:
קביעת תוכנית טיפול פריודונטלית וביצועה ע"י פריודונט (רופא חניכיים) מומחה, בעל תעודת מומחה בפריודונטיה מטעם משרד הבריאות בישראל.
- 1.2 תנאי מוקדם לכיסוי הטיפול הינו הגשת ממצאי בדיקת החניכיים על גבי טופס המיועד לכך של המבטח, ובצרוף צילומי רנטגן אבחנתיים מעודכנים, המדגימים את מלוא השן ו/או האזור המיועדים לטיפול חניכיים.
אין לבצע כל טיפול פריודונטלי לפני קבלת אישור בכתב של המבטח.
- 1.3 תנאי מוקדם לכיסוי הטיפול הינו קבלת תוכנית טיפול בצירוף צילומים וקבלת אישור מוקדם של המבטח לפני ביצוע הטיפול.
לא אושרה התוכנית לביצוע או בוצעה בניגוד לאישור המוקדם, יהיה המבטח פטור מחבות.

הנחיות כלליות לטיפולים פריודונטליים

1. מצאי בדיקת חניכיים כוללים רישום מלא שיכלול: רישום עומק כיסים, תזוזת שיניים, רישום אבנית, רישום סימני דלקת, איבוד עצם, ורישום האבחנות.
2. רישום הממצאים הדנטליים ומצב הפה יעשו באמצעות מילוי טופס תכנית הטיפולים של המבטח לפי סקסטנטים (שישיות פה). יובהר כי הזכאות הינה לשן מטופלת ותגמולי הביטוח ישולמו בהתאם, לפי יחס השיניים המטופלות.
3. יש לסיים את כל הטיפולים המשמרים (עקירות, סתימות, ניקוי אבן, טיפול שורש) לפני תחילת הטיפול הפריודונטלי.

2. טיפול מונע ע"י פריודונט

הקצעת שורשים P6 – ROOT PLANNING - פעולה אשר מטרתה הסרת הרובד והאבנית ממשטחי השורש. פעולה זו וכן שמירה קפדנית על היגיינת הפה הינה הכרחית במניעת מחלת חניכיים מתקדמת ויכולה למנוע התערבות כירורגית (ניתוח חניכיים).

קורטז' - P6 - פעולה כירורגית שמטרתה הסרת הרקמה הרכה בכיס החניכיים, ברוב המקרים פעולה זו מבוצעת במהלך הקצעת השורשים. פעולה זו יכולה להיות טיפול סופי בשלבים השונים וכן חלק מפעולה לפני כירורגיה.

טיפול שמרני משלים P1 - טיפול חודרני לא כירורגי, נקודתי שבא בעקבות טיפול קורטז' או הקצעת שורשים, הבא לתת מענה נקודתי לאזור שטרם נירפא ואינו מיועד למעורבות כירורגית. **הטיפול יכול להתבצע לאחר 3 חודשים מטיפול של הקצעת שורשים ו/או קורטז'. באם יהיה צורך בטיפול פריודונטלי כירורגי, (על פי נספח זה) הסכום ששולם בגין טיפול זה, יקוזז מהחזר הכספי בגין הניתוח הכירורגי.**

3. טיפול פריודונטלי כירורגי ע"י פריודונט מומחה

במחלת חניכיים מתקדמת – כרונית, נדרש לעיתים טיפול כירורגי לביטול כיסי החניכיים ולשיפור מצב החניכיים והעצם התומכת. ניתוח חניכיים קרי: ניתוח ברקמה רכה, כריתת חניכיים, ניתוח מטלית, השתלת חניכיים מקומית ניתוח מוקוג'נג'י'בלי. הטיפול כולל: אלחוש מקומי, תפרים, תחבושת פריודונטלית, הסבר למתרפא לפני ואחרי הטיפול, בכלל זה הוצאת תפרים, ו/או תעודה רפואית וביקורת לאחר הטיפול. הטיפול יאושר רק כאשר קיימת מחלה פריודונטלית ברקמת החניכיים והעצם התומכות בשן, המחייבת התערבות כירורגית, ובתנאי כי חלפו לפחות 3 חודשים מתום טיפול שמרני משלים.

טיפול פריודונטלי תחזוקתי – לאחר 6 חודשים מסיום הטיפול הכירורגי/פריודונטלי נדרשת פעולה פריודונטלית תחזוקתית על מנת למנוע חזרתה של המחלה. הפעולה כוללת: בדיקה, הסרת אבן והקפדה על היגיינת הפה בהתאם להנחיות השיננית.

ניקוז מורסה ממקור פריודונטלי - טיפול כירורגי לניקוז מורסה ממקור פריודונטלי ובוצע בנפרד מטיפול אחר.

קיבוע לאחר חבלה – אירוע תאונתי, פתאומי ובלתי צפוי מגורם חיצוני, אשר בעטיו נגרם נזק לשן/יים. הטיפול כולל: קיבוע חוץ כותרתי של השיניים ע"י חומר מרוכב (לבן). השיניים נקשרות ע"י חוט מתכת או בשיטת הכרסום והחיבור בתוספת חומר מרוכב.

כיסוי ביטוחי – אירוע אחד לתקופת ביטוח ובתנאי כי אין המבוטח זכאי לשיפוי מצד ג', כפוף לקבלת אישור מוקדם של המבטח.

פרק יז' - טיפולים שיקומיים (פרותטיים)

כללי

מקרה הביטוח למבוטח, מותנה בקבלת תוכנית טיפול פרותטית על גבי טופס התייעצות מוקדמת בצירוף צילום אבחון, לאישור מוקדם של המבטח, לפני תחילת הטיפול. בגמר הטיפול יומצא טופס תביעה וצילום גמר טיפול. יכוסו טיפולים שיקומיים בשיניים קבועות בלבד, אשר הצורך בביצועם הוא תוצאה ישירה והמשך ישיר של טיפולי שורש ו/או עקירה (למעט עקירה שבוצעה למטרת יישור שיניים עקירת שן חלב) שאושרו ושולמו על ידי המבטח ללא סייגים. למען הסר ספק מובהר ומוסכם בזאת כי הכיסוי לכתרים יינתן לשיניים קבועות אשר בהן תהליך בקיעת השן הסתיים בשלמותו.

תוכנית טיפולים

1. בתוכנית הטיפולים יפרט הרופא את סוג הטיפול המבוקש, לפי מספר שן וסוג הטיפול הנדרש.
2. יש לסיים את כל הטיפולים המשמרים (עקירות, סתימות, ניקוי אבן, טיפול שורש) לפני תחילת הטיפול השיקומי.
3. הטיפול כולל את הכנת הפה והשיניים לשיקום, כתרים זמניים, עבודות מעבדה, חומרים ומתכת, התאמת השחזור בפה, איזון מנשך, הדבקות והתאמות נדרשות.

טיפולים שיקומיים:

תותבת חלקית קבועה – פרושה שיקום שן שעברה טיפול שורש באמצעות כתר החובק ותומך בשארית חומר השן הנותר. גשר מורכב ממספר כתרים מחוברים והוא מהווה שחזור קבוע הבא להשלים חוסר של שן או מספר שיניים שנעקרו. סוג הכתר יקבע לפי שיקול הרופא המטפל. יכוסו כתרים מסוג: כתר יצוק מלא, כתר ויניר (פנים משרף אקריל), כתר חרסינה.

שיקום באמצעות שתל - באם קיימת חוות דעת כירורג מומחה המתווה לשיקום השן החסרה באמצעות שתל יהיה זכאי המבוטח בכפוף למילוי הוראת המבטח, לקבלת שובר המזכה אותו בעלות השתל על פי הסדרי המבטח. התנאים לזכאות ביטוחית לשתל הינם התנאים הנהוגים בנספח לשיקום באמצעות שתל הקיים אצל המבטח בפוליסות המשווקות באותה עת לכלל המבוטחים הזכאים לשתל.

גשר תלוי קדמי - נעקרה שן שמספרה מסתיים בספרה 4 ויתרת השיניים האחוריות בלסת קיימות בפה, והתמלאו יתרת התנאים על פי פוליסה זו, יאשר המבטח גשר זה שישלים את השן החסרה ויתמך על השיניים הנמצאות אחוריות לה. **גשרים תלויים אחוריים לא יאושרו ולא יכוסו בביטוח בכל מקרה.**

כתר זמני מבושל - שחזור שן בכתר זמני לתקופת ביניים קצרה - למשך 6 חודשים לפחות בעקבות מקרה ביטוח מכוסה וכאשר לא ניתן משיקול רפואי לבצע שחזור קבוע מייד. השחזור יעשה מחומר פלסטי ויבוצע במעבדה. למען הסר ספק מובהר בזאת במפורש כי לא יכוסו כתרים קבועים בשיניים אלו בטווח הנופל מ - 6 חודשים מביצוע כתר זמני מבושל.

מבנה

מבנה ישיר - החדרת בורג מיוחד לתוך תעלות השורש בשן שעברה טיפול שורש .
הטיפול כולל: החדרת הפין (בד"כ בצורת בורג) ושחזור כותרת השן בעזרת חומרי סתימה.

מבנה יצוק - החדרת בורג יצוק מתכתי לתוך תעלות השורש בשן שעברה טיפול שורש והינה חסרה כותרת השן.

פרק יח' - טיפולים אורתודונטיים - יישור שיניים ולסתות לילדים

טיפול אורתודונטי: ליקוי סגירה, עמדה לא תקינה של השיניים והלסתות - MALOCCLUSIO
על כל תת סעיפי הטיפול כמפורט בנספח זה.

אין להגיש תוכנית טיפול אורתודונטית, בטרם הושלמו הטיפולים המשמרים , אלא אם השן/ים מיועד/ות לעקירה במסגרת הטיפול האורתודונטי.

שמירה על היגיינת פה נאותה במהלך הטיפול האורתודונטי, הינה תנאי מוקדם לחבות המבטח.

חובה לשמור על פרקי הזמן של עד 30 יום מביקור לביקור אצל הרופא המטפל בטיפול האורתודונטי, אי שמירה על פרק הזמן זה עשויה לשחרר את המבטח מחבות בגין החרפת המצב.

אי הגעה בזמן או אי הגעה כלל לטיפול שנקבע, עשויה לחייב את המטופל בתשלום לרופא המטפל בגין אבדן זמנו.

סכום השיפוי המרבי או ההשתתפות העצמית של המבוטח נגזר מאבחנת הטיפול – להלן 7 רמות טיפול אורתודונטיות המאגדות את כל אבחנות הטיפול האורתודונטי.

כל אבחנת טיפול מוגדרת בגיל משוער של הטיפול, בתקופת הטיפול (חודשי טיפול) ובהתאם לכך מספר הטיפולים המאושרים (אחד לחודש ומדי חודש – להלן: יחידות טיפול) וסכום השתתפות החברה בעלות הטיפולים שבוצעו בפועל.
הכיסוי הביטוחי מותנה בהגשת תוכנית טיפול אורתודונטית על גבי טופס התייעצות מוקדמת של המבטח וקבלת אישור מוקדם בכתב של המבטח לתכנית הטיפול. אין להתחיל בטיפול אורתודונטי בטרם קבלת אישור המבטח.

בכל אבחנת טיפול אורתודונטי מפורטת דרך הטיפול המקובלת.
אין במפורט כדרך הטיפול, כדי לחייב את הרופא המטפל לפעול על פי אופן טיפול זה ובלבד שלא יחרוג מאישור שניתן למבוטח ויגדיל עקב כך את חבות המבטח.

1. **SERIAL EXTRACTION** – טיפול זה יעשה כאשר קיים חוסר מקום של מעל 8 מ"מ בכל לסת, על פי אנליזה של משנן מעורב בגיל 7 עד 9 שנים. הטיפול הינו מניעתי ויעשה על ידי עקירות של שיני חלב C ו-D ועקירות שיניים קבועות רביעיות במועדים שיקבעו על ידי האורתודונט. משך המעקב על ידי האורתודונט הינו עד 4 ישיבות מעקב.

רמת טיפול 2 טיפול נקודתי או כחלק מטיפול הנכלל ב- CLASS 1-2-3

2. **CROWN ROTATION** – סיבוב השן על צירה. טפול אסתטי בשיני חלב עליונות קבועות, המבוצע כאשר הסטייה הינה מעל 30 מעלות, המבוצע בגילאים 11 עד 14 שנים. אם הסטייה הינה מעל 60 מעלות, מבוצע הטיפול החל מגיל 9 שנים. הטיפול מבוצע באמצעות טבעות או מכשיר נייד, לתקופה של עד 6 יחידות טיפול שבסופו מבוצע קיבוע מודבק. לאחר 3 חודשים יבוצע מעקב תום טיפול. טיפול הנובע מטראומה הינו פונקציונלי ומטופל מייד ללא תלות בגיל.

רמת טיפול 2 טיפול נקודתי או כחלק מטיפול הנכלל ב- CLASS 1-2-3

3. **CROWN INCLINATION** – סטיית ציר אורך של שיני חזית עליונות (מניב לניב) מ- 3 מ"מ ועד 5 מ"מ מקו המשכי של הקשת. גיל הטיפול מ- 11 עד 14 שנים והינו למטרה אסתטית, מבוצע באמצעות טבעות או מכשיר נייד לתקופה של עד 6 יחידות טיפול. בתום הטיפול מבוצע קיבוע מודבק. לאחר 3 חודשים מתום הטיפול יבוצע מעקב תום טיפול. טיפול הנובע מטראומה הינו פונקציונלי ומטופל מייד ללא תלות בגיל.

רמת טיפול 2 טיפול נקודתי או כחלק מטיפול הנכלל ב- CLASS 1-2-3

4. **EXTRUSION** – שן הנמצאת בבקיעת יתר מעל 2 מ"מ. טיפול אסתטי בשיני חזית עליונות, המבוצע בגיל 9 עד 14 שנים. הטיפול מבוצע באמצעות טבעות לתקופה של עד 6 יחידות טיפול שבסופו מבוצע קיבוע מודבק. בתום 3 חודשים יבוצע מעקב תום טיפול. טיפול הנובע מטראומה הינו פונקציונלי ומטופל מייד ללא תלות בגיל.

רמת טיפול 2 טיפול נקודתי או כחלק מטיפול הנכלל ב- CLASS 1-2-3

5. **INTRUSION** – שן שלא בקעה או נכנסה לעצם המכתשית כתוצאה מטראומה, בעקבות זאת חלה תזוזת השיניים לכיוון עצם המכתשית מעל 2 מ"מ. טיפול אסתטי למעט טיפול פונקציונלי בשיני חזית עליונות. הטיפול מבוצע בגיל 7 עד 14 באמצעות טבעות לתקופה של עד 6 יחידות טיפול, שבסופו מבוצע קיבוע מודבק. לאחר 3 חודשים מתום הטיפול יבוצע מעקב תום טיפול. טיפול הנובע מטראומה הינו פונקציונלי ומטופל מייד ללא תלות בגיל.

רמת טיפול 2 טיפול נקודתי או כחלק מטיפול הנכלל ב- CLASS 1-2-3

6. **SUPERNUMRARY** – שיניים עודפות (בד"כ באזור קדמי עליון), במקרה ומהווה הפרעה לנבט הנראה בצילום. טיפול למטרה אסתטית, המבוצע גיל 7 עד 14 שנים. הטיפול נעשה באמצעות עקירת שיניים עודפות וטבעות לתקופה של עד 6 יחידות הטיפול, שבסופו מבוצע קיבוע עודפות וטבעות לתקופה של עד 6 יחידות הטיפול, שבסופו מבוצע קיבוע מודבק. לאחר 3 חודשים מתום הטיפול יבוצע מעקב תום טיפול.

רמת טיפול 2 טיפול נקודתי או כחלק מטיפול הנכלל ב- CLASS 1-2-3

7. **MIDLINE DIASTEMA** – מרווח בין השיניים החותכות העליונות מעל 2 מ"מ טיפול למטרה אסתטית. הטיפול מבוצע בגיל 11 עד 14 שנים. במידה ובגיל 7 קיים מרווח העולה על 4 מ"מ יטופל בגיל זה, על מנת לאפשר ללטרליות הקבועות לבקוע למקומן. הטיפול כולל טבעות ושיקום באמצעות פסטות מחומר קומפוזיט (באם יש סטייה על שם בולטון-יטופל על פי איפיון טיפול משמר) משך הטיפול עד 6 יחידות טיפול, שבסופו יבוצע קיבוע מודבק. לאחר 3 חודשים מתום הטיפול יבוצע מעקב תום טיפול, בהתאם למספר יחידות הטיפול המאושרות.

רמת טיפול 2 טיפול נקודתי או כחלק מטיפול הנכלל ב- CLASS 1-2-3

8. **FUNCTIONAL CROSS BITE** – מנשך צלבי פונקציונלי, טיפול פונקציונלי. קווי האמצע אינם תואמים, ולסת עליונה צרה יותר, הסטייה מעל 3 מ"מ. הטיפול ניתן במשך המעורב. גיל הטיפול 7 עד 14 שנים. הטיפול בלסת עליונה מבוצע בעזרת מכשיר קבוע, בר טבעתי או מכשיר נייד. (יתכן השחזת ניבי חלב), משך הטיפול עד 6 יחידות טיפול, שבסופו מבוצע קיבוע. לאחר 3 חודשים מתום הטיפול יבוצעו 2 יחידות מעקב תום טיפול.

רמת טיפול 3 טיפול נקודתי או כחלק מטיפול נכלל ב- CLASS 1-2-3

9. **TRUE CROSS BITE** – מנשך צלבי אמיתי, טיפול פונקציונלי. קווי האמצע תואמים, שיניים עליונות מופנות פנימה ביחס לתחתונות גיל הטיפול בין 7 ל- 14 שנים, (בגיל 7, יתכן גם באמצעות הדרכה ותרגול עצמי בלי מכשור), שן ב'דדת במצב זה, באזור 7-6-5 לא תטופל. הטיפול בלסת עליונה מבוצע באמצעות טבעות או בר טבעתי או פלטה ניידת. לעתים מבוצע הטיפול גם בלסת תחתונה באמצעות טבעות או מישור משופע. משך הטיפול עד 6 יחידות טיפול, שבסופו מבוצע קיבוע. לאחר 3 חודשים מתום הטיפול יבוצע 2 יחידות מעקב תום טיפול.

רמת טיפול 3 טיפול נקודתי או כחלק מטיפול הנכלל ב- CLASS 1-2-3

10. **SCISSOR BITE** – מנשך "מספריים", טיפול פונקציונלי, כאשר שן עליונה בקבוצת שיניים מלתעות-טוחנות מוטה החוצה ביחס לשן נגדית תחתונה ואין מגע ביניהן. גיל טיפול 7 עד 14 שנים תוך ביצוע טבעות, או פלטה. משך טיפול עד 6 יחידות טיפול שבסופו מבוצע קיבוע. לאחר 3 חודשים מתום הטיפול יבוצעו 2 יחידות מעקב תום טיפול.

רמת טיפול 4 טיפול נקודתי או כחלק מטיפול הנכלל ב- CLASS 1-2-3

11. **TRANSPOSITION** – שתי שיניים מחליפות מקומן באופן מושלם, שיניים מספר 3,4 בלסת העליונה בגיל 11 עד 14 שנה או שיניים מספר 2,3 בלסת התחתונה בגיל 7 עד 14.

הטיפול בפני עצמו או למטרה אסתטית בעזרת קומפוזיט והשחזה על פי קריטריון לטיפול משמר. כאשר ההחלפה הינה בלתי מושלמת יבוצע הטיפול בעזרת טבעות לכיוון הנוח יותר לביצוע. משך הטיפול עד 12 יחידות טיפול כאשר בסופו יבוצע קיבוע. לאחר 3 חודשים מתום הטיפול יבוצעו 3 יחידות מעקב תום טיפול.

רמת טיפול 4 טיפול נקודתי או כחלק מטיפול הנכלל ב- CLASS 1-2-3

12. **IMPACTION** – שן כלואה, בד"כ ניבים או חותכות בלסת עליונה, ניבים, מלתעות או טוחנות בלסת תחתונה. גיל הטיפול בד"כ הינו בין 9 ל- 14 שנים ונמשך עד 12 יחידות טיפול. טיפול אסתטי ופונקציונלי. הטיפול מבוצע באמצעות טבעות בלבד, שבסופו מבוצע קיבוע. לאחר 3 חודשים מתום הטיפול יבוצעו 3 יחידות מעקב תום טיפול. יתכן צורך בטיפול כירורגי מקדים המבוצע על ידי כירורג פה ולסת למטרת חשיפת השן הכלואה.

רמת טיפול 4 CLASS 1

13. **FLARING** – הטייה מעל 5 מעלות אופקית קדימה של שיני חזית עליונות. טיפול בפני עצמו למטרה אסתטית, ככל שההטייה גדולה הופך להיות טיפול פונקציונלי. גיל טיפול 11 עד 14 שנים. הטיפול מבוצע בעזרת טבעות או מכשיר נייד לתקופה של עד 12 יחידות טיפול, שבסופו מבוצע קיבוע. לאחר 3 חודשים מתום הטיפול יבוצעו 3 יחידות מעקב תום טיפול.

רמת טיפול 4 CLASS 1

14. **OPEN BITE** – חוסר מגע בין השיניים העליונות לתחתונות במימד האנכי, מעל 2 מ"מ בחזית. טיפול למטרה אסתטית המבוצע בגיל 10 עד 14 שנים. באמצעות הדרכה להפסקת הרגל או גדר לשון או טבעות בשתי הלסתות משך הטיפול עד 12 יחידות טיפול שבסופו מבוצע קיבוע. לאחר 3 חודשים מתום הטיפול יבוצעו 3 יחידות מעקב תום טיפול.

רמת טיפול 4 CLASS 2

15. **OVERJET** - שיניים בלסת עליונה הבולטות החוצה מעל 8 מ"מ, במצב זה, יתכן ויוקדם גיל תחילת הטיפול הינו מגיל 7 עד 9. הטיפול במידת הצורך עם מכשיר פונקציונלי או טורו או פלטה + רסן לתקופה של עד 12 יחידות טיפול.
בתום הטיפול יבוצע קיבוע באמצעות רסן או מכשיר נייד, לאחר 3 חודשים מתום הטיפול יבוצעו 3 יחידות מעקב תום טיפול.
במצב שיניים בלסת עליונה הבולטות החוצה מעל 4 מ"מ, בגיל 11 עד 14 שנים, יתכן המשך טיפול באמצעות רסן, פלטת טבעות.
לתקופה של עד 12 יחידות טיפול.
בתום הטיפול יבוצע קיבוע באמצעות רסן או מכשיר נייד, לאחר 3 חודשים מתום הטיפול יבוצעו 3 יחידות מעקב תום טיפול.

רמת טיפול 4 CLASS 3

16. **איפיון ב'** – לסת תחתונה בולטת קדימה ביחס ללסת עליונה בזווית גוניאלית העולה על 135 מעלות. הטיפול הינו למטרה אסתטית בפני עצמו. גיל הטיפול 7-9 שנים, בו מתקנים את **CROSS BITE** הקדמי, תוך עצירת גדילת הלסת התחתונה ומשיכת לסת עליונה קדימה בעזרת **CHIN CAP" FACE MASK** משך הטיפול עד 12 יחידות טיפול שבסופו מבוצע קיבוע. לאחר 3 חודשים מתום הטיפול יבוצע 3 יחידות מעקב תום טיפול.

רמת טיפול 5 CLASS 1

17. **OVERCLOSURE DEEP BITE** - מנשך עמוק. שיניים עליונות מכסות כ- 90% מהשיניים התחתונות באזור החזית ו/או שיניים קדמיות תחתונות נוגעות ברקמת החיך. הטיפול פונקציונלי בשתי הלסתות המבוצע בגיל 11 עד 14 שנים. הטיפול יבוצע באמצעות טבעות או פלטה ניידת בלסת עליונה. משך הטיפול עד 18 יחידות טיפול שבסופו מבוצע קיבוע. לאחר 3 חודשים מתום הטיפול יבוצעו 4 יחידות מעקב תום טיפול.

רמת טיפול 5 CLASS 1

18. **CROWDING** – צפיפות שיניים העולה על 2 מ"מ בלסת עליונה, ו- 3 מ"מ בלסת תחתונה, טיפול אסתטי. גיל טיפול 11 עד 14 שנים. הטיפול בלסת עליונה יבוצע בהעדר עקירות על ידי רסן וטבעות, בלסת תחתונה על ידי השחזת שיניים והתקנת טבעות, משך הטיפול עד 18 יחידות טיפול שבסופו מבוצע קיבוע. לאחר 3 חודשים מתום הטיפול יבוצעו 4 יחידות מעקב תום טיפול.

רמת טיפול 5 CLASS 2

19. **OVERJET** – שיניים בלסת עליונה הבולטות החוצה מעל 4 מ"מ ביחס ללסת תחתונה. טיפול בפני עצמו לעתים מבוצע יחד עם טיפול ב- **CROSS BITE** ו/או **OPEN BITE** למטרה אסתטית עם אלמנט פונקציונלי המבוצע מגיל 11 עד 14 שנים. הטיפול כולל עקירות (באם יש צורך), רסן, פלטה + רסן (טורו) וטבעות, לתקופה של עד 18 יחידות טיפול שבסופו מבוצע קיבוע. לאחר 3 חודשים מתום הטיפול יבוצעו 4 יחידות מעקב תום טיפול.

במקרה שיחס הניבים ב- **OPEN BITE** מתווה ל- **CLASS 2** וקיימת צפופות עליונה, יטופל במסגרת סעיף זה, גם כאשר אינו עולה על 4 מ"מ.

רמת טיפול 5 טיפול נקודתי או כחלק מטיפול הנכלל ב- CLASS 1-2-3

20. **CONGENITALLY MISSING** - חוסר מולד של שן/ים (בד"כ בלסת העליונה של מספר 2, ובלסת תחתונה שן מספר 5), הגורם למרווח מעל 2 מ"מ. הטיפול למטרה אסתטית. הטיפול מבוצע בגיל 11 עד 14 שנים באמצעות טבעות לעתים ב- 2 הלסתות, לצורך סגירת המרווח. משך הטיפול עד 18 יחידות טיפול, שבסופו מבוצע קיבוע. לאחר 3 חודשים מתום הטיפול יבוצעו עד 4 יחידות מעקב תום טיפול.

רמת טיפול 5 CLASS 2

21. **SUB DIVISION** – יחס טוחנות תקין בצד אחד אולם לא תקין בצד השני. טיפול בפני עצמו למטרה אסתטית המבוצע בגיל 11 עד 14 שנים. הטיפול כולל עקירת שן קבועה (רביעית), רס"ן, טבעות בלסת עליונה או בהעדר עקירות, פלטה עם קפיצים בתוספת טבעות. משך הטיפול עד 18 יחידות טיפול שבסופו יבוצע קיבוע באמצעות רסן או מכשיר נייד. לאחר 3 חודשים מתום הטיפול יבוצעו 4 יחידות מעקב תום טיפול.

רמת טיפול 6 CLASS 2

22. **OVERJET** – שיניים בלסת עליונה הבולטות החוצה מעל 8 מ"מ, תחילת הטיפול בגיל 11 עד 14 שנה. משך הטיפול עד 24 יחידות טיפול באמצעות רסן, פלטה טבעות. בתום הטיפול יבוצע קיבוע על ידי רסן או מכשיר נייד. לאחר 3 חודשים מתום הטיפול, יבוצעו 5 יחידות מעקב תום טיפול.

רמת טיפול 6 CLASS 2

23. **CROWDING** – בצפיפות העולה על 4 מ"מ בלסת עליונה ו- 6 מ"מ בלסת תחתונה ייתכנו עקירות שיניים קבועות (רביעיות) משך הטיפול הינו עד 24 יחידות טיפול שבסופו מבוצע קיבוע. גיל הטיפול הינו מגיל 11 עד 14 שנה, הטיפול נעשה בשתי הלסתות. באמצעות רסן, טבעות. בתום הטיפול ולאחר לאחר 3 חודשים מתום הטיפול יבוצעו 5 יחידות מעקב תום טיפול.

רמת טיפול 6 CLASS 3

24. **איפיון ב'** – לסת תחתונה בולטת קדימה ביחס ללסת עליונה בזווית גוניאלית העולה על 135 מעלות. הטיפול הינו למטרה אסתטית בפני עצמו. גיל הטיפול 11 עד 14 הטיפול מבוצע באמצעות טבעות בשני הלסתות. משך הטיפול עד 24 יחידות טיפול שבסופו מבוצע קיבוע. אם בוצע קודם לכן טיפול בגיל 7 עד 9 שנים ובגיל 11 עד 14 עדיין בליטת לסת עליונה העולה על 135 מעלות, יהיה זכאי המבוטח להשלמת 12 יחידות טיפול ובסך הכל לא יותר מ- 24 יחידות טיפול כולל הטיפול שניתן מגיל 7. לאחר 3 חודשים מתום הטיפול יבוצע 5 יחידות מעקב תום טיפול.

רמת טיפול 6 CLASS 2

25. **DIVISION 2** - החותכות המרכזיות העליונות מוטות לאחור החותכות הצידיים העליונות מוטות קדימה או כל החותכות העליונות מוטות אחורה. טיפול בפני עצמו לעתים משולב עם טיפול ב- DEEP BITE, למטרה פונקציונלית ואסתטית המבוצע בגיל 11 עד 14 שנים, באמצעות רסן או עקירות טבעות לעתים פלטה בלסת עליונה. הטיפול מבוצע ב- 2 הלסתות, ונמשך עד 24 יחידות טיפול שבסופו מבוצע קיבוע באמצעות רסן או מכשיר נייד. לאחר 3 חודשים מתום הטיפול יבוצעו 5 יחידות מעקב תום טיפול.

רמת טיפול 7 CLASS 1

26. **DENTAL BY MAX PROTRUTION** – הטייה קדמית חזקה של שיני חזית עליונות ותחתונות (מניב אל ניב) אשר משפיע על בליטת הפה כלפי הסנטר והאף מעבר לקו המחבר את קצה האף עם קצה הסנטר.
הטיפול מלווה בד"כ ב- 4 עקירות שיניים. אין צורך במעורבות כירורגית אורתוגנטית גיל הטיפול הינו מ- 14 עד 16 שנים, מבוצע באמצעות טבעות לתקופה של עד 24 יחידות טיפול. לאחר 3 חודשים מתום הטיפול יבוצעו 12 יחידות מעקב תום טיפול. הכיסוי הביטוחי אינו מכסה מקרים של חוסר סנטר, גדילה ורטיקלית של הלסת התחתונה ומקרים בהן הבליטה נגרמת מפאת שפתיים עבות.

רמת טיפול 7 CLASS 3

27. **איפיון א'** חוסר התפתחות של השליש הקדמי בלסת עליונה ביחס ללסת תחתונה, הטיפול הינו למטרה אסתטית עם אלמנט פונקציונלי המבוצע בגיל 11 עד 14 באמצעות טבעות כולל R.P.E , FACE MASK ב- 2 הלסתות.
משך הטיפול עד 24 יחידות טיפול שבסופו יבוצע קיבוע. לאחר 3 חודשים מתום הטיפול יבוצעו 12 יחידות מעקב תום טיפול.

רמת טיפול 7 CLASS 3

28. **איפיון ב'** – לסת תחתונה בולטת קדימה ביחס ללסת עליונה בזווית גוניאלית העולה על 135 מעלות. הטיפול הינו למטרה אסתטית בפני עצמו. גיל הטיפול לראשונה 11 עד 14 ולא בוצע קודם לכן טיפול בגיל 7 עד 9 שנים.
הטיפול מבוצע באמצעות טבעות בשתי הלסתות משך הטיפול עד 30 יחידות טיפול שבסופו מבוצע קיבוע. לאחר 3 חודשים מתום הטיפול יבוצע 6 יחידות מעקב תום טיפול.

כללי

1. טראומה משמעותה - אירוע חבלה בלתי צפוי בשיניים קבועות שנגרם מגורם חיצוני ניראה לעין, שגרם לתזוזת השן מעמדתה הטבעית.
2. העדפה הינה לביצוע הטיפול כמפורט בתדריך הרפואי באמצעות מכשיר קבוע. בוצע הטיפול באמצעות מכשיר נייד, וכתוצאה קיים כשל או הארכה בטיפול, לא תהא חבות נוספת של המבטח וחבות זו הינה על אחריותו של הרופא המטפל.

29. צילומים/מטבעים

בהפניית רופא האורתודונט יפנה המבטח למכון צילום הקשור עם המבטח בהסכם לצורך ביצוע הצילומים. הפנייה זו תיעשה על גבי טופס הפניה לצילומים אורתודונטים של המבטח, בו יציין הרופא בחתימתו, את סוג האבחנה האורתודונטית המשוערת בלבד.
הנחיות הצילום למכון הצילום יופיעו בהמשך בשורת האבחנה האורתודונטית:

29.1 צילום פנורמי, הינו צילום רנטגן המשקף חזיתית את כל חלל הפה והשיניים, צילום זה הינו תנאי להגשת תוכנית הטיפול.

29.2 סדרת צילומים במצלמה רגילה בתשליל צבעוני כדלקמן:

מהות הצילום זוית צילום

- א. פרופיל 90 מעלות
- ב. פרופיל שפתיים סגורות 90 מעלות
- ג. בחיך חזיתי
- ד. בתנוחה רגועה חזיתי
- ה. צילום לסת עליונה-חיך חזיתי
- ו. צילום לסת תחתונה לינגול חזיתי
- ז. שיניים סגורות (6) 90 מעלות ימין
- ח. שיניים סגורות (6) 90 מעלות שמאל
- ט. שיניים סגורות חזותי
- י. צילום אזור ניב שפה פתוחה 90 מעלות

29.3 **מטבעים לימוד.**

המטבעים ישארו בפיקדון אצל האורתודונט וימסרו לביקורת מעת לעת למבטח. במקרים בהם ידרוש המבטח במהלך התקופה ביצוע נוסף של מטבעים, יבוצעו המטבעים אלו וימסרו למבטח, לעתים ידרוש המבטח צילום פוטו של המטבעים לצרכיו הוא ועל חשבון המבטח.

29.4 **צילום צפלומטרי**

צילום רנטגן של הגולגלת בפרופיל, נדרש למטרות אבחון באבחנות אורתודנטיות מסויימות (המפורטות בטופס הפנייה לצילום אורתודנטי) לצורך קביעת תוכנית טיפול אורתודנטית.

29.5 **אנליזה ממוחשבת.**

פעולה ממוחשבת להערכת ממצאים אורתודנטיים, הנדרש באבחנות אורתודנטיות מסויימות (המפורטות בטופס הפנייה לצילום אורתודנטי) כעזר לקביעת תוכנית הטיפול.

29.6 **עקירות למטרה אורתודנטית**

כפופה לקבלת אישור מוקדם של המבטח לאחר שהומצאו לו צילומים ומכתב מאורתודונט המעידים על צורך זה.

29.6.1 באבחנה לצורך ב- **CLASS 2**, אשר כוללת עקירות שיניים שאושרו לצורך טיפול אורתודנטי, יתכן קיצור תקופת טיפול תקופתי.

30. **חבות המבטח**

30.1 חבות המבטח בטיפולים אורתודנטיים מוגבלת ל: מספר יחידות הטיפול שאישר המבטח באישור המקדים.

30.2 יחידת טיפול ראשוני אחת עבור כל לסת מטופלת במכשור.

30.3 מספר היחידות לטיפול תקופתי (מ- 6 עד 24 על פי תקופת הטיפול המפורטת בפרק 4 על תת סעיפיו לכל טיפול), האישור יכלול עד 6 יחידות טיפול תקופתי,

היתרה אם קיים צורך לכך, תונפק למבוטח במהלך התקופה ו/או בתום ביקורת תקופתית.

30.4 מספר יחידות למעקב בתום הטיפול (מ 1 עד 6 על פי תקופת הטיפול המפורטת בפרק 4 על תת סעיפיו בתום כל טיפול).

30.4.1 בטיפול תקופתי קצר מועד יציין המבטח באישורו המוקדם:

30.4.1.1 אישור בגין הטיפול הראשוני.

30.4.1.2 אישור בגין אבזרים.

30.4.1.3 אישור בגין מספר יחידות טיפול תקופתי (עד 6 יחידות טיפול).

30.4.1.4 סה"כ יחידות הטיפול המאושר.

30.4.1.5 דרישת ביקורת המבטח ומועד קבלתה.

30.4.2 קיים לטיפול צורך במספר יחידות העולה על 6 יחידות הטיפול, יציין המבטח סה"כ יחידות הטיפול שזכאי להם המבוטח.

30.4.2.1 השלים המבוטח 4 יחידות טיפול על פי אישור המבטח, ינפיק המבטח אישור ל- 6 יחידות הטיפול הנוספות, על פי מספר יחידות הטיפול המפורטות ביחס לכל אבחון בצרופה זו.

30.4.3 היה וסבור האורתודונט 60 יום לפני מיצוי כל יחידות הטיפול המאושרת ע"י המבטח, כי הינו זקוק למספר ישיבות נוספות מעבר למפורט באישור, יפנה בקשתו למבטח.

30.4.3.1 רופא אמון של המבטח יבדוק ממצאים בהסתמך על אמצעי עזר אבחנתיים שהומצאו לידין לשם הוספת יחידות טיפול.

31. מספר יחידות, לאביזרי טיפול כמוזכר בפרק 4 על תת סעיפיו.

32. נוצלה יחידת טיפול כלשהי שאושרה ושולמה על ידי המבטח, לא יהא המבוטח זכאי ליחידת טיפול זאת בכל תנאי, גם אם החליף את האורתודונט בהסכמת המבטח, ונאלץ לחזור על יחידות הטיפול מחדש. בעת החלפת אורתודונט, תחול חבות המבטח בשיפוי ביתרת יחידות הטיפול, רק בהגיע המבוטח ליחידת הטיפול שטרם נוצלה אצל האורתודונט המוחלף.

33. המבטח יציין, אלו אמצעי עזר אבחנתיים נדרש המבוטח להמציא למבטח מעת לעת. בנוסף צילומי רנטגן לצורך אימות הטיפול.

33.1 לאחר קבלת ממצאי הביקורת התקופתית, ימציא המבטח למבוטח אישור על המשך הטיפולים התקופתיים עד לביקורת התקופתית הנוספת.

34. מוצהר ומוסכם בזאת, כי כשל בהתקנה ו/או שינוי בטיפול האורתודונטי, אשר בעטיו קיימת חובה לתיקון הטיפול מייד לאחר יחידת הטיפול הראשוני או יחידת הטיפול התקופתי, הינן בגדר אחריות הטיפול של האורתודונט.

35. אי הקפדה על הנחיות האורתודונט, לרבות חוסר שמירה נאותה על היגיינת הפה, אשר עלולות לגרום צורך בתוספת יחידות טיפול תקופתי מעבר למפורט באישור המקדים, לא יהיה בהן כדי לחייב את המבטח והן תהיינה על חשבון המבוטח עצמו ללא השתתפות המבטח.

36. שיפוי המבוטח

36.1 כל טיפול המכוסה במסגרת פוליסה זו מאופיין במחיר טיפול בסיסי מירבי של המבטח.

36.2 תקרת חבות המבטח בגין טיפול מכוסה, הינה המחיר המירבי בגין יחידת הטיפול בניכוי ההשתתפות העצמית שהמבוטח ישא ובתנאי כי המבוטח שילם בגין הטיפול מחיר זה או גבוה ממנו.

36.3 שיפוי המבוטח יהיה על פי מחיר יחידת הטיפול הבסיסי בתוספת הפרשי הצמדה ליום ישוב התביעה ובניכוי ההשתתפות העצמית ובתנאי כי כל המסמכים הצילומים ואביזרי האבחון הומצאו למבטח לשביעות רצונו ובכפוף למפורט בנספח ובצרופה לנספח.

37. השיפוי לטיפולים אורתודנטים על פי כיסוי ביטוחי זה הינו בתום כל יחידת טיפול. סכום השיפוי נקבע על בסיס עלות זמן עבודה הנדרש לאורתודנט ממוצע, לצורך ביצוע יחידת הטיפול המאושרת, בתוספת שיפוי בגין עלות אביזרים מאושרים לצורך ביצוע הטיפול.

38. יחידות טיפול על פי כיסוי ביטוחי זה משמעותם:

38.1 **טיפול ראשוני** - ישיבת טיפול בה מותקנים למבוטח כלי עזר אורתודנטים המפורטים בפרק זה בשיניים בלסת מסויימת. השיפוי הוא לכל לסת בנפרד.

38.2 **קיבוע** - א. בכל מקום בו פורט קיבוע מודבק, יהא רשאי האורתודונט לבקש

קיבוע נייד.

ב. הותקן למבוטח במסגרת הטיפול, פלטה או פלטה + קפיץ

או פלטה + רסן תשמש פלטה זו כקיבוע.

ג. הותקן למבוטח במסגרת הטיפול פלטה רב קפיצית,

הכיסוי הביטוחי יכלול פלטה נוספת לצורך קיבוע.

ד. ביצוע קיבוע על ידי מכשיר נייד במקום קיבוע מודבק

כמפורט בתדריך, מחייב במעקב תום טיפול אחד.

38.3 **טיפול תקופתי** - טיפול הנעשה למבוטח בפרקי זמן של עד כ- 30 יום והטיפול התקופתי הראשון נעשה עד 30 יום מהטיפול הראשוני. טיפול תקופתי מאגד טיפול לשתי הלסתות ביחידת טיפול אחת.

- 38.4 **מעקב תום טיפול** - בטיפולים מסוימים, קיים צורך במעקב בתום השלמת הטיפול האורתודונטי. המבטח ינפיק בתום הטיפול, אישור למעקב טיפול לרבות מספר המעקבים שיאושרו. מעקב תום טיפול ראשון יבוצע עד 90 יום מתום הטיפול, יתרת מעקבי תום טיפול המאושרים, יבוצעו הפרשים שלא יפחתו מ- 90 יום ולא יעלו מ- 120 יום ביניהם.
- 38.5 **ביקורת תקופתית** - ביקורת הנעשית ע"י המבטח מדי 6 יחידות טיפול והינה תנאי מוקדם להמשך חבות המבטח. המבטח מתחייב לשתף פעולה לבדיקת קלינית אצל המבטח ו/או מתחייב להמציא למבטח את אבזרי העזר האבחנתיים הנדרשים ע"י המבטח המפורטים בצרופה זו וכן פירוט הטיפול שבוצע עד למועד זה חתום ע"י האורתודונט. בגין פעולה זו לא יידרש המבטח לשאת בתשלום כלשהו, אולם חבות המבטח מותנית בקיום ביקורת זו.
39. **הנחיות כלליות:**
- 39.1 תנאי מוקדם לחבות המבטח הינה הגשת תוכנית טיפול אורתודונטית על גבי טופס התייעצות מוקדמת של המבטח לטיפולים אורתודונטים, בצירוף צילומי איבחון. בוצעו טיפולים אורתודונטים ללא קבלת אישור המבטח, לא יהיה המבטח זכאי לשיפוי כלשהו בגינם.
- 39.2 המבטח ישיב בכתב להתייעצות המוקדמת תוך 30 יום ממועד קבלתו במשרדי החברה. אישר המבטח את הטיפול יציין את סוג הטיפול המאושר וסכום השיפוי לו יהיה המבטח זכאי בתום ביצוע כל יחידת טיפול. לא אישר המבטח את הטיפול יציין בכתב סיבת הדחיה/עיכוב. תוקף האישור הינו חצי שנה ממועד מתן האישור. לא הוחל בטיפול תוך 3 חודשים ממועד מתן האישור, יגיש המבטח תוכנית טיפול חדשה לשם קבלת אישור המבטח.
- 39.3 בתום ביצוע יחידת הטיפול המאושר/ת, ידווח למבטח על ביצוע הטיפול על גבי טופס תביעה, בגין ביצוע יחידות הטיפול בצירוף קבלה המעידה על תשלום בגין יחידת טיפול זו או תשלום השתתפות עצמית בגין יחידת הטיפול.
- 39.4 סבור האורתודונט במהלך הטיפול, כי עליו לשנות את תוכנית הטיפול שאושרה ידי המבטח, עליו להגיש תוכנית טיפול אורתודונטית חדשה. חבות המבטח לשינוי תחול, רק באם אושרה תוכנית הטיפול החדשה בכתב.
- 39.5 מחובת האורתודונט להבהיר למבטח או לבא כוחו את חוק "זכויות החולה" תשנ"ו 1996.
- 39.6 אחריות לטיב ואיכות הטיפול לרבות תקינות האביזרים האורתודונטים, איכותם ועמידותם מוטלת על האורתודונט המבצע.

40. תנאים מוקדמים לחבות המבטח

- 40.1 קבלת אישור בכתב של המבטח לתוכנית הטיפול האורתודונטית.
- 40.2 הגשת תוכנית טיפול אורתודונטית על גבי טופס התייעצות מוקדמת של המבטח לטיפולים אורתודונטים, בצירוף צילומי אבחון. בוצעו טיפולים אורתודונטים ללא קבלת אישור המבטח, לא יהיה המבוטח זכאי לתגמולי ביטוח כלשהן בגינם.
- 40.3 שיתוף פעולה של המבוטח עם האורתודונט וביצוע הטיפול בתקופה כמפורט באישור המוקדם.
- 40.4 אי שיתוף פעולה משמעותי: עיכוב הטיפול, הפסקת הטיפול ואי שמירה על הוראות הרופא האורתודונט, על ידי המבוטח ו/או מי מטעמו.
- 40.5 אי שיתוף הפעולה עלול לגרום להחמרת המצב האורתודונטי. המבטח לא ישא בחבות כספית נוספת שנגרמה כתוצאה מאי שיתוף הפעולה.
- 40.6 דיווח על כל יחידת טיפול שבוצע בפועל, באמצעות אישור הרופא בכתב ו/או מסירת צילום כרטיס הטיפול כאשר הוא חתום על ידי הרופא המטפל.
- 40.7 המצאת כל המסמכים והצילומים הנדרשים למבטח לשם ישוב התביעה.

41. מעבר מאורתודונט לאורתודונט

- מבוטח שחפץ לאחר קבלת אישור תוכנית הטיפול לקבל טיפול אצל אורתודונט אחר יפעל כדלקמן:
- 41.1 ימציא למבטח תוכנית טיפול חדשה על ידי הרופא האורתודונט החדש, בה יציין האורתודונט מאיזה שלב טיפולי הוא חפץ להתחיל את הטיפול.
- 41.2 תוכנית הטיפול תוגש בצירוף אמצעי עזר אבחנתיים, במידה וחלו שינויים בתוכנית הטיפול המאושרת.
- 41.3 המבטח לא ישא בתוספת עלות יחידות הטיפול, באם נדרשות כאלו מעבר למפורט באישור ראשוני, לרבות אמצעי עזר אבחנתיים נוספים.
- 41.4 המבוטח ימציא מכתב ויתור מהרופא האורתודונט הקודם, במכתב זה יצינו: שלבי הטיפול שבוצעו, לרבות פירוט מועדי הטיפול שבוצעו, סיבת הנתק, (באם סירב הרופא לפרט סיבת הנתק יפרט המבוטח), גמר חשבון ביניהם ואילו אמצעי עזר אבחנתיים נמסרים למבוטח לצורך מסירתם לאורתודונט החדש לרבות: צילומי פוטו, פנורמי, צפלומטרי, אנליזות ומודלים.

מחירון הראל לטיפולים אורתודונטיים מכוסים מדד 9,977.00

האבחנה האורתודונטית	תקרת החזר למבוטח אצל רופא שאינו בהסכם בש"ח	האבחנה האורתודונטית
סיבוב השן על צירה	747.34	Crown rotation
סטיית שן מציר אורך	747.34	Crown inclination
בקיעת יתר	655.62	Extrusion
בקיעת חסר	655.62	Intrusion
שיניים עודפות	655.62	Supernumerary teeth
החלפת מיקום שיניים	1284.07	Transposition
מרווח בין שיני חזית	655.62	Diastema
חסר מולד של שיניים	2003.10	Congenital missing teeth
שן כלואה	1401.83	Impaction
מנשך צלבי אמיתי	1130.07	True cross bite
מנשך צלבי פונקציונלי	839.06	Functional cross bite
מנשך "מספרים"	965.88	Scissor bite
צפיפות שיניים	1643.02	Crowding
מנשך פתוח	1375.79	Open bite
פיזור שיניים	1594.33	Flaring
מנשך עמוק	1731.34	Overclosure/deep bite
עקירות סידוריות	294.41	Serial extractions
בליטת שיני חזית 8 מ"מ	4229.27	Overjet 8 mm
בליטת שיני חזית 4 מ"מ	3129.77	Overjet 4 mm
יחס טוחנות לא מקביל	3129.77	Class 2 sub division
שיני חזית לא מקבילות	3090.14	Class 2 division 2
חסר התפתחות לסת עליונה	3569.12	א אפייון-3 Class
גדילת יתר לסת תחתונה	2785.54	ב אפייון-3 Class
המשך טיפול	1864.96	המשך טיפול אפייון ב-3 Class

9,977.00

מדד

נספח גמלאות בש"ן פריודונטיה

מחיר מירבי בש"ח	סוג הטיפול
126.72	בדיקה פריודונטלית
201.15	הקצעת שורשים P6 לכל 1/6 פה או קורטז' P6 לכל 1/6 פה
402.30	P1 - טיפול שמרני משלים ל1/6 פה לאחר 3 חודשים משלב המניעה
1005.75	P2 - ניתוח ברקמה רכה וכריתת חניכיים ל1/6 פה
1347.70	P3 - ניתוח מטלית או השתלת חניכיים ל1/6 פה
1347.70	P7 - ניתוח מוקוג'נג'יבלי ל1/6 פה
126.72	טיפול תחזוקתי
241.38	ניקוז מורסה ממקור פריודונטלי ולא כחלק מטיפול פעיל
275.26	קיבוע לאחר חבלה ללסת

9,977.00

מדד

נספח גמלאות בש"ן משמר

סכום ההחזר בש"ח	סוג הטיפול
39.59	שרותי אבחון-בדיקה/בקורת מצב הפה והשיניים
238.07	סטטוס-14 צילומים פריאפיקלים או לחלופין
122.66	פנורמי-צילום אחד לכל הפה
19.36	צילום נשך ימין או שמאל
17.56	צילום פריאפיקלי אינטראורלי למטרות אבחון או טיפול בלבד
126.64	הסרת אבן כולל לטוש שיניים
55.30	פלואוריד(כולל פרופילקסיס)
128.75	עקירה
306.38	עקירה כירורגית
124.59	עקירת שן בסידרה
309.98	שן כלואה-עקירה כירורגית
391.39	שן כלואה בעצם-עקירה כירורגית
417.04	חשיפת שן כלואה למטרת יישור שיניים
309.98	אפיקואקטומי
186.45	שן נוספת בסדרה
306.38	המיסקציה / אמפוטציה
248.68	פתיחת מורסה כירורגית וניקוז
124.59	ניקוז מורסה ע"י פתיחת השן
128.75	קטוע מוך חי בשן חלב
459.57	אפקסיפיקציה-ישיבה ראשונה
142.49	אפקסיפיקציה-ישיבת המשך
306.38	טיפול שורש: שן עם תעלה 1
422.16	טיפול שורש: שן עם 2 תעלות
536.51	טיפול שורש: שן עם 3 תעלות
109.36	כיפוי מוך ישיר ובלתי ישיר (כולל סתימה זמנית)
148.91	סתימת אמלגם
148.91	סתימה מרוכבת
175.03	סתימה מחוזקת בפין אחד
188.12	סתימה מחוזקת עם שני פינים
32.08	עזרה ראשונה
381.81	איטום חריצים בשיניים קבועות לכל הפה (שיניים 5,6,7)

נספח גמלאות בשן פרותטיקה מדד 9,977.00

מחיר מירבי בש"ח	סוג הפול
415.71	מבנה לא יצוק לכתר
592.23	מבנה יצוק לכתר
1,455.85	כתר (לרבות יחידה בגשר) על בסיס מתכת כולל כתר מלא מסוג חרסינה ו/או וניר שרף
312.22	כתר טרומי מפלדת אל-חלד
164.66	כתר זמני מבושל
624.12	שומר מקום

ERROR: invalidrestore
OFFENDING COMMAND: restore

STACK:

```
-savelevel-  
-savelevel-  
/DOCINFOpdfmark  
(Word)  
/Creator  
( )  
/Keywords  
( )  
/Subject  
(ronirozenberg)  
/Author  
(   1 E1 E L E )  
/Title  
-mark-
```