

הגדרות לטיפולים משמרים

1. שירותי אבחון

1.1 בדיקת פה

בדיקה שגרתית של מצב הפה, איתור מוקדים עשתיים ופתולוגיים ומעקב אחרי טיפולים שבוצעו.

הבדיקה כוללת רישום מלא של הממצאים הדנטליים והאורליים ורישום פרטים הנוגעים לבריאות הכללית של המבוטח אשר יכולה להיות להם השלכה על הטיפול.

יתאפשרו 2 בדיקות לכל שנת ביטוח.

1.2 צילומי רנטגן

צילומי הרנטגן נעשים כאמצעי עזר אבחנתי, ועל כן עליהם להיות קריאים וניתנים לפענוח ובעלי ערך אבחנתי. צילום אשר לא יעמוד בתנאים אלו יוחזר לרופא המטפל או למכון הצילום ויידרש צילום חדש.

צילומי הרנטגן יבוצעו אך ורק עפ"י בדיקה בפועל והפנייה של הרופא המטפל.

בשום מקרה לא ישלח מבוטח לצילום או יופנה למכון צילום ע"י כוח דנטלי או מנהלי בלי שנבדק קודם ע"י רופא שיניים שקבע את הצורך בצילומים הספציפיים.

א. צילום סטטוס או פנורמי

כיסוי המבוטח לסדרה של 14 צילומים פריאפיקליים (סטטוס) של שתי הלסתות, עליונה ותחתונה, או לחילופין צילום פנורמי אחד של הפה ביטוח. שלושה צילומים לתקופת ביטוח, ובלבד שחלפו שנתיים בין צילום לצילום.

מאושר צילום נוסף לפני ביצוע שתלים.

צילום פנורמי לילדים מתחת לגיל 21 מכוסה אחת לשלוש שנים ביטוח.

צילום פנורמי לילדים מתחת לגיל 14 טעון אישור מראש של המבטח.

אין לבצע צילום סטטוס מלא במקרה של חוסר מחולט או נרחב של שיניים בלסת אחת או יותר.

ב. צילומי נשך

כיסוי המבטח מובל לזוג צילומים אחד לכל שנת ביטוח.

ג. צילומים פריאפיקליים אינטראאורליים

במקרים מסוימים קיים צורך בביצוע צילומים פריאפיקליים בודדים למטרות אבחון או טיפול, בתנאי שאינם נעשים בהקשר לבצוע טיפול שורש ו/או טיפולים כירורגיים (כולל עקירה כירורגית ועקירת שן כלואה) - ללא הגבלה.

ד. צילומים סגריים (אוקלוסאליים)

צילומים סגריים (OCCLUSAL) מהווים אמצעי עזר אבחנתי טוב במקרה של חוסר שיניים מוחלט באחת הלסתות או בשתייהן. כיסוי המבטח מוגבל לזוג צילומים סגריים למשך תקופת הביטוח.

ללא הגבלה

2. שירותי מניעה

2.1 הסרת אבנית

- 2.1.1 ישיבה של הסרת אבנית תהיה לפחות בת 30 דקות.
- 2.1.2 למבוטחים מעל לגיל 12 תאושרנה 4 ישיבות לניקוי אבן בכל הפה, כל 3 חודשים.
- 2 ישיבות ראשונות ללא הגבלה ובתנאי שלא בוצעו באותה ישיבה.
- 2.1.3 למבוטחים מתחת לגיל 12 תאושר ישיבה אחת כל שנה.
- 2.1.4 הדרכה בצחצוח שיניים ופרופילקסיס אינן מזכות בתשלום כשיבת ניקוי אבן ולא יילקחו בחשבון 30 הדקות של הסרת אבנית.

2.2 טיפול בילדים

- 2.2.1 איטום חריצים וחרירים - טיפול לילדים לשם מניעת עששת.
- האיטום נעשה במשטחי הלעיסה של שיניים האחוריות הקבועות (4,5,6,7) בחומר מרוכב במטרה למנוע היווצרות עששת.
- הכיסוי מוגבל באיטום לשן פעם ב-3 שנים במשך תקופת הביטוח.
- אחריות הרופא הנה לשנה. במידה ותבוצע סתימה באותה שן, לפני חלוף שנה תמימה, יקוזז ההחזר בגין האיטום באותה שן, ממחיר הסתימה.
- 2.2.2 טיפול במריחת פלואוריד על שיניים - טיפולים לשם מניעת עששת בילדים.
- הטיפול מוגבל לילדים עד גיל 16. הכיסוי מוגבל לטיפול אחד לפה לשנת ביטוח.
- 2.2.3 שומר מקום - יאושר אחד לכל רבע פה, בלבד שקיים צורך רפואי שהוגדר על ידי מומחה ליישור שיניים או הרופא המטפל.
- 2.2.4 הרדמה כללית - מוגבל לילדים בלבד, הכיסוי מוגבל לאחד לתקופת ביטוח, בתנאי שההרדמה תבוצע בבי"ח או במוסד אחר שיוכר לצורך זה על ידי המבטח והיועץ הרפואי של בעל הפוליסה.

3. שירותים כירורגיים

- עקירות מכוסות במידה ויש הרס כותרת על ידי פגיעה עששתית ואין אפשרות לשחזור השן, או כאשר קיימת התערערת של מנגנון האחיזה של השן עקב מחלה פריודונטלית. וכן מותרת עקירת שיניים כלואות ועקירת שיניים על פי דרישת מומחה לאורתודונטיה.
- הטיפול כולל אלחוש מקומי, תפרים במידת הנדרש והוצאתם, ביקורת לאחר עקירה, מתן מרשמי תרופות וכן הסברה ויעוץ לפני ואחרי העקירה.
- צילום עדכני לפני העקירה הוא תנאי מוקדם לתשלום עבורה והוא נכלל בסכום ההחזר עבור העקירה.

3.1 עקירה רגילה

- הוצאת שן ללא צורך בהפשלת מטלית רקמה רכה או סילוק או החלקת עצם המכתשית בצד הבוקאלי או לינגואלי.
- עקירות למטרות יישור שיניים (אורתודונטיה) מכוסות בפוליסה זו.
- אין הגבלה במספר העקירות.

לא יאושרו ולא ישולמו עקירות שנעשו ללא סיבה רפואית ברורה. במידה ונעקרו באותה ישיבה מספר שיניים יהיה התשלום עבורם כפי שמופיע בטבלת ההחזרים לעקירת שן נוספת.

3.2 עקירת שן נוספת

עקירת שן נוספת - במידה ונעקרו באותה ישיבה מספר שיניים יהיה התשלום עבורם כפי שמופיע בטבלת ההחזרים.

3.3 עקירה כירורגית

הוצאת שן אשר מחייבת הפשלת מטלית רקמה רכה, הורדת עצם מכתשית ותפרים. ההחזר כולל בין השאר צילום וטיפול לפני עקירה ואחריה. במידה ובאותה ישיבה נעקרו כירורגית מספר שיניים, תחשב עקירה אחת לעקירה כירורגית ולשאר העקירות יהיה התשלום כפי שמופיע בטבלת ההחזרים לעקירת שן נוספת.

הוצאת שתל תחשב לעקירה כירורגית נוספת.

3.4 עקירת שן כלואה ברקמה רכה

הוצאת שן בינה כלואה באופן כירורגי, כולל אלחוש מקומי, תפרים, ביקורת, מתן מרשמי תרופות ו/או תעודה רפואית וביקורת לאחר העקירה במידת הנדרש. בקטגוריה זו נכללות שיניים כלואות אשר לצורך הוצאתן יש לחתוך ברקמה הרכה, להפשיל מטלית רקמה רכה. יש לצרף צילום רנטגן פריאפיקלי של השן, הצילום יוחזר עם התשלום. ההחזר בין עקירת שן כלואה כולל את הצילום. עקירת שן כלואה של שן נוספת - במידה ונעקרו באותה ישיבה מספר שיניים יהיה התשלום עבורם כפי שמופיע בטבלת ההחזרים

3.5 עקירת שן כלואה בעצם

הוצאת שן בינה כלואה באופן כירורגי כולל אלחוש מקומי, תפרים וכן טיפול הסברה ויעוץ לפני ואחרי ביצוע העקירה, בכלל זה הוצאת תפרים, ביקורת, מתן מרשמי תרופות ו/או תעודה רפואית וביקורת לאחר העקירה במידת הנדרש. בקטגוריה זו נכללות שיניים כלואות אשר לצורך הוצאתן יש לחתוך ברקמה הרכה, להפשיל מטלית רקמה רכה ו/או לסלק עצם המכסה באופן חלקי או מלא את השן. יש לצרף צילום רנטגן פריאפיקלי של השן, הצילום יוחזר עם התשלום. ההחזר בין עקירת שן כלואה כולל את הצילום.

3.6 עקירת שן חלב

שן חלב שטופלה ושולם עבורה החזר ויש לעוקרה בתוך ששה חודשים, תעקר ללא קבלת החזר נוסף מהמבטחת. עקירת שן חלב אינה מחייבת ביצוע של צילום רנטגן. עקירה נוספת של שן חלב - במידה ונעקרו באותה ישיבה מספר שיניים יהיה התשלום עבורם כפי שמופיע בטבלת ההחזרים.

3.7 קיטוע חוד השן

(APICOECTOMY) חיתוך הרקמה הרכה, כולל הפשלת מטלית רקמה וסילוק עצם מכתשיתבוקאלית או לינגואלית. וכולל אלחוש מקומי, תפרים, סתימה רטרוגרדית במידת הנדרש, טיפול יעוץ והסברה לפני ואחרי הטיפול בכלל זה ביקורת, הוצאת תפרים ומתן מרשמי תרופות ו/או תעודה רפואית. בקטגוריה זו נכללת גם אמפוטציה של שורד (המיסקציה) מסיבות דנטואלביאולריות.

קטוע חוד שורש השן ייעשה בתנאים הבאים:

1. מלוי התעלה או התעלות עבר את השן (OVERFILLER) והחומר מהווה גירוי לרקמה שסביב חוד השן.
 2. ה-1/3 האפיקלי של התעלה לא מולא בחומר המילוי בשל כיוף השורש או בשל היצרות חלק זה של השורש.
 3. שבר בקצה השורש שאין להגיע אליו בצורה אנדודונטלית.
 4. מכשיר נשבר ב-1/3 האפיקלי של התעלה.
 5. פרופורציה ב-1/3 האפיקלי של התעלה.
 6. במידה ומתברר מצילומי הרנטגן או שהסימפטומים מצביעים על כשלון טיפול השורש.
- אין הגבלה במספר השיניים הזקוקות לקטוע חוד שורש השן, אך קטוע חוד השורש באותה שן מוגבל לאחד לתקופת ביטוח.
- בעת הגשת התביעה יש לצרף צילומי רנטגן שלפני הטיפול ולאחר סיומו. הצילומים יוחזרו עם התשלום. סכום ההחזר עבור קטוע חוד השן כולל את סכום ההחזר בגין הצילומים.

3.8 חתך רקמה רכה וניקוז מורסה דנטואלביאולרית

1. יאושר ניקוז מורסה במידה והוא אינו חלק מטיפול שורש אשר עברו ישלם המבוטח החזר. יש לרשום בטופס התביעה האם הניקוז נעשה דרך השן או דרך החניכיים עם הנתח מנקז, ולצרף צילום של לפני הטיפול.
2. ניקוז מורסה דרך השן ישולם רק בשן המיועדת לעקירה כאשר הוא מהווה תחליף לניקוז כירורגי.
3. ניקוז מורסה כירורגי ישולם רק אם לא ניתן היה לטפל במורסה בדרך טרפו איטית אחרת, או שלא ניתן היה לנקזה דרך השן ובתנאי שמקור המורסה היה דנטואלביאולרי.
- ניקוז מורסה ממקור פריודונטלי מכוסה בנספח 3 - נספח הטיפולים הפריודונטליים.
4. ניקוז מורסה בשיני חלב ישולם כעזרה ראשונה בלבד.

3.9 מכתשית יבשה (DRY-SOCKET)

במקרה של דלקת עצם המכתשית לאחר עקירת שן, ובתנאי שהטיפול בה כוללת יותר מ-2 ישיבות טיפול. יש לצרף צילום שלאחר העקירה המוודא שלא נשארה שארית שורש או שברי עצם במכתשית.

- 3.10** פרנקטומי (FRENECTOMY) /או חשיפת שן כלואה וכל טיפול כירורגי אחר הנדרש לצורך אורטודונטי /או להשלמת טיפול אורטודונטי, מכוסה בביטוח.

4. טיפול שורש ומוך השן - אנדודונטלים

4.1 קיטוע מוך

הוצאת חלק ממוך שן חלב והנחת חומר אשר יעשה קיבוע (פיקסציה) של מוך השן שנותר בלשכת המוך או בתעלות השורש.

- 4.1.1 בשיני חלב יאושר קיטוע מוך (פולפטומי) אחד לכל שן חלב בתקופת הביטוח.

- 4.1.2 עם הגשת תביעה לתשלום יש לצרף צילום רנטגן של לפני ואחרי הטיפול. ההחזר עבור קיטוע המוך כולל את הצילום.

4.1.3 בשל סיבות רפואיות-דנטליות, במקרה של פגיעה במוך השן בשן חלב, יהיה הכסוי לכפוי מוך או קטוע מוך אך לא יהיה כסוי לטיפול שורש בשיני חלב. למרות האמור יכוסה טיפול שורש בשן חלב, שנבט השן הקבועה שלה לא התפתח או לא בקע.

טיפול שורש בשיניים קבועות

4.2

טיפול שורש מכוסה במסגרת הביטוח בכל המקרים הרפואיים דנטליים. דהיינו באם הוא תוצאה ישירה מפגיעה כלשהי ב"עצב" (במוך השן) אשר גרמה לדלקת מוך השן, נמק או מורסה.
בכלל זה פגיעות עששתיות ופרדיונטליות.

4.2.1 כל מבוטח זכאי לטיפול שורש אחד בכל אחת משיניו הקבועות בתקופת הבטוח וזאת אך ורק בשן בה לא בוצע בעבר טיפול שורש, בכפוף לאמור להלן בסעיף 4.3.

4.2.2 הטיפול כולל: הוצאת מוך השן במלאו, ניקוי, הרחבה, שיוף ושטיפת תעלות השורש, מלוי התעלות בחומר מלוי קבוע ובכלל זה ניקוז מורסה דרך השן, שטיפות בחומרים שונים וסתימת השן בחומר סתימה זמני.

4.2.3 תנאי מוקדם לתשלום בגין טיפול שורש הוא צירוף צילומי רנטגן פריאפיקליים של השן בה מבוצע הטיפול, אחד שלפני הטיפול (לפני כל פעולת קידוח בשן), והשני של סיום טיפול השורש במלאו.

4.2.4 לא יכוסה טיפול שורש בשן בריאה חסרת כל סימפטומים של דלקת.

למעט מקרים חריגים של בקיעת יתר של שן, הנראית בצילום נשך או פנורמי, המונעת אפשרות שיקום שיניים נגדיות בלסת הנגדית, או הטיה חזקה מזיאלית ו/או דיסטלית של שן/שיניים, הנראית בצילום רנטגן, אל מרווח שן חסרה, המונעת אפשרות שיקום המרווח. במקרים אלו יאושר טיפול השורש רק לאחר אישור היועץ המשפטי של בעל הפוליסה. לאחר שהתייעץ עם רופא החברה.

4.2.5 סמנים יכולים להיות רנטגנים וקליניים.

4.2.6 אחריות הרופא המטפל להצלחת טיפול השורש הינה ל-36 חודש מיום ביצוע טיפול השורש. ההחזר עבור טיפול השורש כולל צילומים ואינו כולל סתימה.

4.2.7 לא יכוסה טיפול שורש בגין שחיקת שיניים.

חידוש טיפול שורש

4.3

4.3.1 א. כל מבוטח זכאי לטיפול של חידוש טיפול שורש בכל אחת משיניו הקבועות אשר עברו טיפול שורש, במידה וקיים צורך רפואי או סימפטומי לביצוע הטיפול.

חידוש טיפול שורש בשן שעברה טיפול שורש בתקופת הביטוח, תאושר במידה ועברו 24 חודש מהביצוע של טיפול שורש. במידה ולא הטיפול באחריות המרפאה.

ב. חידוש טיפולי שורש יאושר גם במקרה שסתימת השורש אינה עומדת באמות המידה המקובלות בהתייחס לאורך המילוי ואיכותו.

ג. יאושר חידוש טיפול שורש במידה והשן מיועדת לשיקום ע"י כתר ויש עששת בכותרת השן.

4.3.2 במקרים אחרים בהם קיים צורך בביצוע חידוש טיפול שורש יובא להכרעת הרופא היועץ של הפוליסה.

4.3.3 לכל תביעה בגין חידוש טיפול שורש יש לצרף צילום אחד לפני החידוש (המראה את טיפול השורש הישן) וצילום שני של סיום טיפול השורש החדש.

4.3.4 אין להתחיל בטיפול - חידוש השורש - לפני קבלת אישור המבטח. התייעצות מוקדמת חובה.

יוצא מן הכלל מצב חירום, מלווה בנפחות או כאב. במקרה זה, ניתן להתחיל בטיפול מידית, ואולם יש להגיש למבטח בקשה במקביל בכפוף לאמור בסעיפים 4.3.

5. סתימות

5.1 סתימת אמלגם

5.1.1 שחזור שן שנפגעה בעששת (בכלל זה עששת צוארית) באמצעות חומר קבוע (אמלגם) כולל אלחוש מקומי. הטיפול כולל, ניקוי העששת, הנחת מצע ו/או ריפוי מוך ישיר או בלתי ישיר באמצעות הנחת חומר המכיל קלציום הידרו קסיד או כל חומר שיעורר רפוי מוך ו/או יצירת גשר דנטין, הנחת חומר הסתימה עם או בלי מטריצה (לפי סוג הסתימה), גילוף לפי האנטומיה של השן, שחזור מגע השן עם השן או השיניים השכנות ועם השיניים האנטגוניסטיות (לסת נגדית).

5.1.2 כאשר בשן אחת קיימים שניים או יותר נגעים של עששת, שחזורם באותה ישיבה יחשב כסתימה אחת בין אם סתימת שני הנגעים הנה המשכית זו לזו ובין אם לאו.

5.1.3 כסוי המבטח הנו ל-2 משטחים לכל שן בשנת ביטוח. לא תשולמנה שתי סתימות בשן, אלא אם כן נעשו בהפרש זמנים של שנה. למרות האמור לעיל, תשולם סתימה נוספת בשן בתנאי שבערה חצי שנה מביצוע הסתימה הקודמת, ובתנאי שאין מדובר באותו שטח וזאת על פי החלטת הרופא היועץ של בעל הפוליסה.

5.1.4 יוצאים מן הכלל שיניים קדמיות 13-23 ו-33-43 בהן מותרות, באישור יועץ בלבד, **3 סתימות** בשטח מזיאלי, בוקליודיסטלי באותה ישיבה. בשום מקרה לא ישולמו למעלה מ-3 סתימות בשן בפרק זמן של שנה, כאמור בסעיף זה.

5.1.5 סתימה אשר נעשתה אצל רופא הסכם ונשברה, נפגעה או נפלה ויש לחדשה - תעשה על חשבון הרופא המטפל - וזאת עד 12 חודש מתאריך ביצוע הסתימה. במידה והסתימה תבוצע ע"י רופא אחר, להחלטת היועץ הרפואי.

5.1.6 חומר מלוי בשן (אמלגם, חומר מרוכב וכד') הנו חלק מהתשלום בגין מבנה ואינו משולם בנפרד כסתימה.

סתימה בשיניים שעברו טיפול שורש, תשלום רק במידה והסתימה עונה על קריטריונים של שחזור תפקודי השן ואינה מחוזקת בפינים מסוג דנטוסופרהפוסט : (שימוש בפינים אלו מכוסה בפוליסות פרוטטיות בלבד). ותהווה את השחזור הסופי של כותרת השן. במידה ומתוכנן לבצע כתר על השן תוך פרק זמן של 4 חודשים לא ישולם עבור הסתימה, ואם שולמה תמורת הסתימה יקוזז מחירה מההחזרים לרופא או למבטח.

5.1.7 בעת התביעה לתשלום יש לצרף זוג צילומי נשך של לפני הטיפול אם בוצעו למעלה מ-6 סתימות ו/או צילום פריאפיקלי קדמי אם בוצעו למעלה מ-5 סתימות בשיני חזית.

5.1.8 שולמה סתימה בשן חלב ובתוך שלושה חודשים יש לעקרה בשל הופעת מורסה, דלקת מוך השן וכו', לא תשולם עקירה זו על ידי המבטח.

5.1.9 סתימה ב/או מתחת לכתר אינה מכוסה למעט מצב בו נעשה טיפול שורש בשן עם כתר. במקרה זה תשולם סתימה אוקלוסואלית.

5.1.10 כפוי מוך כלול במחיר הסתימה.

5.1.11 סתימה זמנית

כאשר מסיבה כלשהי מבצע הרופא סתימה זמנית, לא ישולם החזר כלשהו אלא בגמר הסתימה הקבועה.

5.1.12 סתימת אמלגם או סתימה מחומר מרוכב מחוזקת ע"י פינים ובונדאמלגם

שחזור שן ע"י סתימה מחוזקת בפינים או בשיטת חבור (בונדד), נעשית כאשר לדעת הרופא שקולים שלחיוק הסתימה מחייב חיזוקה ע"י חבור (בונדד) או פינים, ובתנאי

שהם מקבלים חיזוקם מחומר השן הקשה (פרה פוליריים). פינים מסוג דנטטוס או פרהפורסט וכד'. המכונסים לתוך תעלת השורש בשניים אשר עברו טיפולי שורש, לא מכוסים במסגרת זו, אלא בפוליסות משולבות הכוללות טיפולים משקמים (פריטטיים).
אין הגבלה במס' הסתימות המחזקות ע"י פינים למבוטח לתקופת הביטוח.
מס' הפינים המקסימלי המותר לסתימה אחת הוא שניים (2).

5.2 כתרים טרומיים

לילדים עד גיל 12 ובשיני חלב בלבד, יאושרו כתרים טרומיים במידה ואין אפשרות לשחזור השן על ידי סתימת אמלגם.
המבוטח זכאי לכתר טרומי אחד לשן. החזר למבוטח יהיה על פי טבלת הגמלאות 1.
במקרים מיוחדים ולפי החלטת הרופא היועץ יאושרו כתרים טרומיים גם בשניים קבועות.

5.3 סתימה יצוקה

ההחזר לסתימה זו הוא בגובה ההחזר עבור סתימה אמלגם.

5.4 סתימה מחומר מרוכב

שיחזור שן קדמית בלבד שנפגעה בעששת בצד הנראה לעין באמצעות חומר סתימה מרוכב אשר בנוסף לתיקון נגע העששת ישחזר גם את התפקוד האסתטי של השן כולל הפעולות המתוארות בסעיף 5 לעיל.

סתימות לבנות מוקשות באור מחומר מרוכב (ידועות גם בשם מסחרי - קולצר), הביטוח מכסה סתימות כנ"ל בשיניים הקדמיות 13-23, 33-43, מקסימום 2 סתימות בשן לשנה. למרות האמור לעיל יכול המבוטח לבצע סתימה כזו גם בשן שאינה קדמית בכפוף לתנאים שיפורטו בסעיף 5 לעיל על תת סעיפיו ועליהם התשלום יהיה בגובה האמור בנספח 1 עבור סתימה רגילה.

אחריות הרופא המטפל לטיב הסתימה ולהחלפתה במידת הצורך היא למשך 12 חודש מביצוע הסתימה.

6. חבלות/תאונות

חבלות בשניים יכוסו במסגרת הטיפול המשמר בלבד.

7. שירותי עזרה ראשונה

טיפול לשיכוך כאבים ובתנאי שהוא אינו חלק מהטיפול שעבורו יידרש המבוטח החזר ובתנאי שלא בוצע טיפול אחר כלשהו באותו ביקור. סעיף זה מוגבל ל-3 פעמים בכל שנת ביטוח. טיפול של עזרה ראשונה בלילה, חג או שבת יכוסה ב-50% מעלותו בפועל עד לתקרה של פי ארבע מההחזר בגין עזרה ראשונה על פי נספח ג'1.

7.1 שכוך כאבים יוכר כעזרה ראשונה במקרים הבאים:

- א. פריקורוניטוס.
- ב. דלקת חניכיים חריפה עם כיבים (אנוג).
- ג. הרפס וכו'.
- ד. פפיליטיס עקב דחיסת מזון.
- ה. הורדת נקודות לחץ של תותבות שלמות וחלקיות נשלפות בתנאי שלא מדובר בתותבת שהותקנה על ידי אחד הרופאים באות מרפאה בתוך 6 חודשים ראשונים להתקנה.

ו. דלקת מוך השן (פולפיטיס) בדרך של הנחת תרופות או בדרך של עקירת מוך השן (אקסטרפציה) וכאב לאחר ובסמוך לסיום טיפול השורש, כאשר טיפול החירום ניתן על ידי רופא אחר, ובמרפאה אחרת מזו שתבצע את הטיפול השורש, או שבצעה את טיפול השורש.

ז. כאב לאחר ובסמוך לסיום טיפול השורש, כאשר טיפול החירום ניתן על ידי רופא אחר, ובמרפאה אחרת מזו שבצעה את טיפול השורש.

ח. סיבה אחרת לפי מכתב מהרופא ובתנאי שיאושר ע"י המבטח, בכל מקרה יוכר הטיפול כטיפול של עזרה ראשונה בתנאי שהמתרפא הופיע לעזרה ראשונה בלבד ולא זומן למפרע.

7.2 אין לפצל דווח על טיפול שורש לשתי ישיבות, כעזרה ראשונה מדווחת בישיבה ראשונה וגמר טיפול שורש בישיבה שניה.

טיפול ראשוני זה יהווה חלק בלתי נפרד מהטיפול השורש ואין לדרוש תשלום בגין עזרה ראשונה במקרה זה למעט האמור בסעיף ו' ז' לעיל.

7.3 במצבי עזרה ראשונה יש לכתוב בנוסח הנ"ל בעת הדווח על עזרה ראשונה בדף התביעות, לדוגמא עזרה ראשונה - הורדת נקודת לחץ בתותבת עליונה.

7.4 לא תוכר תביעה לעזרה ראשונה אם תופיע בצרוף לטיפולם בשיניים אחרות באותו ביקור.

7.5 אין לדווח על עזרה ראשונה הנוצרת עקב טיפול שבוצע על ידי אותו רופא או אחד הרופאים באותה מרפאה.

8. שירותים חריגים

לטיפולים חריגים כגון טיפול מיוחד בנכים מנכויות שונות HANDICAPPED וכו' אשר לא צוינו במפורש בהסכם ונספחיו, יש לפנות קודם הטיפול לחברה לקבלת אישור והסכמה על היקף הטיפול ומחירו. במקרים אלו על רופא השניים להפנות מכתב בו יצוין הטיפול הנדרש, הסיבות לצורך המחייב חריגה, תעודות רפואיות, אישורים הנדרשים כדי לעמוד על המצב.

9. למען הסר ספק לא יכוסה המבטח כל טיפול שאינו מוגדר במפורש בהסכם זה ונספחיו כטיפול מכוסה.

הוראות כלליות

א. **אלחוש מקומי** - נכלל במחיר הטיפול.

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

הגדרות לטיפולים משקמים (פרוטטיים)

שירותים וטיפולים דנטליים הנכללים במסגרת "ביטוח טיפולים פרוטטיים"

החברה לא תשלם עבור טיפולים ושירותים פרוטטיים (משקמים) אשר התחיל בהם הפרט לפני מועד תחילת הביטוח, כאשר עדיין לא היה מכוסה במסגרת הביטוח לטיפולים פרוטטיים (משקמים).

יש לגמור את כל הטיפולים המשמרים (עקירות, טיפולי שורש, סתימות, ניקוי אבן וכו') לפני התחלת הטיפול הפרוטטי. המבטח יכול שלא לשלם בגין טיפול משקם במידה וטיפולים משמרים רלוונטיים לתוכנית הטיפול עדיין לא הושלמו או בוצעו.

1. המבטח יכסה הוצאות טיפולים משקמים (פרוטטיים) בשיניים קבועות, כמפורט בנספח זה (א' 2) ועד לסכום תקרת ההחזר הנקוב בנספח 2 וכמפורט להלן:

1.1 יכוסו אך ורק טיפולים משקמים (פרוטטיים) אשר הצורך בביצועם הוא תוצאה ישירה, והמשך ישיר של עקירות, וטיפולי שורש בשיניים קבועות, שבוצעו לפני תקופת ביטוח זה, ולא שחזרו, או שאושרו על ידי המבטח במסגרת הסכם ביטוח זה ושולם בגין טיפולים אלו החזר מלא.

1.2 תכוסה החלפת שחזורים (כתרים, גשרים, מבנים יצוקים וישירים, תותבות חלקיות נשלפות ותותבות שלמות) במידה וקיים צורך רפואי - דנטלי להחלפתם, כמפורט בסעיף 13 לנספח זה להלן, וכאשר לא ניתן על ידי תיקון מעבדתי להביאם למצב שמיש.

1.3 שחזורים פרוטטיים בגלל שחיקת שיניים יובאו להכרעת היועץ הרפואי של בעל הפוליסה והרופא האמון הראשי של המבטח, ויהיו כפופים למגבלות הכלליות של הפוליסה.

2. את הטיפול המשקם האמור בסעיף 1.1, 1.2 ו-1.3 לעיל, ראשי המבוטח לבצע אצל רופא שיניים כללי, או אצל מומחה לשיקום הפה. ואולם למען הסר ספק, גובה התשלום לשחזורים פרוטטיים (כתרים, גשרים, מבנים, תותבות חלקיות ושלמות מכל סוג ותיאור), אחיד לגבי הכסוי האמור בסעיף 1.2 ו-1.3 לעיל, ועל פי המפורט בנספח 2. ולא יהיה החזר נוסף לטיפול על ידי מומחה לשיקום הפה, או החזר בגובה שונה.

3. המבטח לא יהיה אחראי לעבודתו של רופא שיניים/מומחה, בין אם הנו בהסכם ובין אם לאו, ואולם המבטח מתחייב כי לכל אחד מרופאי ומומחה ההסכם יהיה ביטוח אחריות מקצועית וביטוח צד ג' תקפים, בחברה ידועה ומקובלת.

3.2 בכל מקרה לא תחול האחריות הן על המבטח, והן על רופא, בין אם הנו רופא ההסכם ובין אם לא, אם התותבת ששולם עבורה על ידי החברה אבדה למבוטח מסיבה כלשהי.

3.3 המבטח ישלם עבור טיפול פרוטטי בשן של מבוטח פעם אחת בתקופת ביטוח.

4. נוהלי בקשת אישור מראש ותביעה לתשלום

4.1 מבוטח שצריך לקבל טיפול משקם כפי שפורט לעיל חייב לקבל אישור מראש לביצוע הטיפול לפני שיבוצע טיפול משקם כלשהו אותו זכאי המבוטח לקבל במסגרת הביטוח, ועבורו הוא עשוי לבקש החזר כספי.

4.2.1 אין להתחיל בטיפול משקם לפני קבלת אישור המבטח.

4.2.2 לצורך האישור מראש יגיש רופא הסכם או המבוטח (במידה והינו מטופל בידי רופא שאינו בהסכם), רישום מפורט של ממצאי הבדיקה בפה, אליו יצורפו צילום או צילומים פריאפיקלים בודדים (או סטטוס דנטל) עדכניים.

4.2.3 לאחר עיון אצל המבטח יקבל המבטח אישור מהמבטח לביצוע מלא או חלקי של תכנית הטיפולים המוצעת. באישור יפורט גם סכום ההשתתפות עצמית שיהיה עליו לשלם על-פי ההסכם ישירות לרופא. העתק האישור ישלח לרופא ההסכם.

במידה ולא קיבל המבטח ו/או רופא ההסכם תשובה לפנייתו לאחר 14 ימי עבודה,

רשאי היועץ הרפואי לאשר את התוכנית.

במקרה של צורך בברורים נוספים, או במקרה של אישור חלק מתכנית הטיפול ואי אישור חלק אחר, או במקרה של דחית ההצעה תשלח על כך הודעה מפורטת למבטח, עם העתקים לרופא המטפל.

5. נוהלי התביעה לתשלום

5.1 לצורך התביעה לתשלום יגיש רופא ההסכם או המבטח (במידה והינו מטופל בידי רופא שאינו בהסכם), רישום מפורט של הטיפולים שבוצעו, אליו יצורפו צילום או צילומים פריאפיקלים בודדים, אשר בוצעו לאחר סיום הטיפול המשקם, וחשבוניות השתתפות עצמית או חשבונית מקורית (במידה והינו מטפל בידי רופא שאינו בהסכם).

5.2 לאחר עיון אצל המבטח יקבל המבטח החזר מלא או חלקי, בגין ביצוע הטיפולים.

דחייה חלקית או מלאה תלווה בנימוקים מפורטים.

5.3 המבטח לא ישלם עבור טיפולים או שירותים פרוטטיים, אשר החל בהם המבטח, כאשר היה מכוסה במסגרת ביטוח לטיפולים פרוטטיים אך יצא ממסגרת הביטוח ולא סיים את העבודה תוך 90 יום מיום שפרש מהביטוח. על המבטח יהיה להוכיח כי הטיפול החל בפועל לפני תום תקופת הביטוח.

להלן רשימת הטיפול והשירותים הדנטליים המכוסים במסגרת הביטוח והגדרתם

6. **תותבת חלקית קבועה – כתר או כתרים ממתכת כלשהי או מחרסינה (עם או בלי בסיס מתכתי), אם כבודדים או כיחידות בגשר.**

6.1 הטיפול כולל את ההכנה של הפה והשיניים לתותבת, עבודות המעבדה, מחיר החומרים והמתכת הכנסת התותבת לפה, והתאמות הדרושות עד להשגת תוצאה משביעות רצון.

6.2 תשלום עבור תותבת חלקית קבועה שפורטו לעיל כולל איזון מנשך, הדבקה זמנית וקבועה, והתאמות נדרשות במשך 6 חודשים, לאחר הכנסת התותבת.

6.3 גשר תלוי קדמי יאושר באישור היועץ הרפואי של בעל הפוליסה, בכל מקרה בו שן 14 או 24, או 34, או 44 חסרה, וכן במקום חוסר 22, 12, 32, 42 ושן הקודמת לשן החסרה הנה אינטקטיבית, בעוד השיניים אחרוניות לשן החסרה הנן בעלות סתימה או טיפול שורש. הרצון להימנע מלכלול את הניב בגשר אחורי, ושימורה לצורך שיקום עתידי של השיניים הקידמיות, הוא שמנחה שיקול זה.

6.4 במידה ואושר כתר או מספר כתרים בשיניים שעברו טיפולי שורש ו/או החלפת כתר או כתרים קיימים ו/או גשר או גשרים בגין שיניים חסרות, לא יוכל המבטח להתערב בשיקולי הרופא והמבטח ולמנוע חיבורים זה לזה.

7. תותבת חלקית נשלפת

תותבת מחומר כלשהו (אקריל או על בסיס כרום קובלט) שיכול המתרפא לשלפה מפיו ולחזור לייצבה במקומה.

7.1 הטיפול כולל הכנת הפה והשיניים לתותבת, תכנון התותבת, עבודות המעבדה, מחיר החומרים והמתכת, תשלומים לטכנאי, הכנסת התותבת לפה, והתאמות הדרושות עד להשגת תוצאה משביעת רצון.

7.2 תשלום לתותבת - התשלום עבור תותבת כולל גם בגין התאמות וריפודים. התשלום בגין התותבת כולל התאמות וריפודים למשך 6 חודשים ממועד קבלת התותבת.

- 7.3 כאשר קיים חוסר שיניים דו-צדדי אחורי בלסת אחת (חוסר מוחלט של שיניים ללא אפשרות לביצוע גשר מחוסר שיניים מאחזות), יש לבצע תותבת חלקית נשלפת.
- 7.4 אישור עבור תוספת שיניים לתותבת קיימת או תוספת ווים על שיניים טבעיות לצורך חיזוק תותבת חלקית להוצאה ו/או כל תיקון נדרש ייתן גם במידה והתותבת ניתנה שלא במסגרת הביטוח.
- 7.5 כאשר גשר קבוע ותותבת חלקית להוצאה ניתנים לתכנון לאותה לסת, ישלם המבטח רק עבור התותבת החלקית להוצאה. המבטח יהיה ראשי לשחזר חלק מהשיניים החסרות באמצעות גשר קבוע, אולם מובהר כאן כי שחזור כל השיניים החסרות בגשר הקבוע יבוצע על חשבון המבטח. ביצוע האמור בסעיף זה כפוף לאחר היעוץ הרפואי של בעל הפוליסה.

8. תותבת שלמה

- 8.1 הטיפול כולל את הטיפול במרפאה, עבודות המעבדה, מחיר החומרים ותשלומים לטכנאי, הכנסת התותבת לפה והתאמות הדרושות עד להשגת תוצאה משביעת רצון ואדפטציה של המתרפא.
- 8.2 תשלום לתותבת - התשלום עבור תותבת כולל גם בגין התאמות וריפודים. התשלום בגין התותבת כולל התאמות וריפודים למשך 6 חודשים ממועד קבלת התותבת.
- 8.3 יכוסה ריפוד תותבת שלמה שלוש פעמים בתקופת הביטוח, בלבד שחלפו לא פחות מ-18 חודש מאז הריפוד הקודם.
- 8.4 תותבת רוכבת (OVERDENTURE) תשלום כתותבת שלמה תואמת, וכן יהיה כיסוי נוסף לטיפולי השורש הנדרשים, אם בכלל, להשחזת השיניים הקיימות לגדמים וכן בגין כיפות בשיניים המאחזות (ABUTMEN OR ATTACHMENT), וכיפות תואמות נגדיות בתותבת.
- 8.5 תותבת רוכבת (OVERDENTURE) על גבי שתלים תשלום כתותבת שלמה תואמת, וכן יהיה כיסוי נוסף למחבר אחד מכל סוג שהוא.

9. תותבת זמנית

- 9.1 תותבת זמנית חלקית או שלמה, תאושר בכל מקרה שנעקרו למבטח שיניים
- 9.2 תותבת זמנית חלקית או שלמה תאושר בנוסף לתותבת הקבועה, במקרה של עקירה של למעלה מ-5 שנים בסדרת טיפולים אחת, כאשר כתוצאה מעקירות אלו עובר המבטח למצב של צורך בתותבת שלמה וכן לפני שיקום על גבי שתלים, וכן במצב של חוסר שיניים קדמיות בין 3-3.
- 9.3 ההחזר בגין תותבת זמנית יהיה על פי הנקוב בנספח 2.
10. לצורך האישור מראש של שומר מקום אין צורך בצילום רנטגן או במיפוי פה. ואולם שומר מקום יאושר רק במידה וישן החלב נעקרה במסגרת הביטוח, והשן הקבועה אינה עומדת לבקועה בתוך 6-8 חודשים.

11. תיקונים בתותבות חלקיות או שלמות

- הכיסוי כולל את כל סוגי התיקונים כגון: תיקון שבא או סדר בתותבת. תוספת שיניים לתותבת חלקית נשלפת לשחזור שיניים שנעקרו. החלפת והוספת ווים שבורים בתותבת חלקית, ריפוד תותבת שלמה, או חלקית נשלפת, קבועה)
- 11.1 המבטח לא ישלם עבור ריפוד החלפת בסיס תותבת, תיקון או תוספת כל שהיא של תותבת חדשה (שלמה או חלקית) במשך 6 חודשים מיום הכנסתה לפה.
- 11.2 ריפוד תותבת חלקית נשלפת או שלמה ששולם עבורה ע"י החברה - מוגבל לפעם אחת בשנתיים.

12. המבנה

- פין מוכן מראש או יצוק ממתכת אצילה או אצילה לחיזוק שן שעברה טיפול שורש.
- (1 מבנה יצוק (ממתכת חצי אצילה או לא אצילה)
 - (2 מבנה ישיר (במנה טרומי, פין או בורג כגון: דנטוס, פרהפוסט וכדומה).

בנוסף לכיסויים הרגילים של ביטוח המשקם יכוסו הוצאות החלפת שחזורים בתאים כדלקמן :

1. בכל מקרה בו נעקרה שן מאחזות לגשר, יאושר הגשר החדש כולו, בלבד שמספר יחידות גשר התלויות לא יעלה על 3 שיניים (פרט לאזור קדמי כאשר חסרות שיניים 12-22, 32-42), ומספר המאחזות לא יעלה על 2. ובתנאי שאין מדובר במצב שעקירת השן יצרה אוכף חופשי אשר מחייב מעבר לתותבת חלקית נשלפת ו/או שיקום ע"ג שתלים תכוסה החלפת הכתרים הנותרים.
2. החלפת גשר קיים, תאושר גם אם לא נעקרה שן או שיניים, במידה וקיים צורך רפואי, לדוגמא בלבד : שבר של הגשר, ביצוע טפול שורש או חידוש טיפול שורש דרך הכתר, חור בכתר אשר גרם לפגיעה עששתית בתוך הכתר. וכן לאחר ניתוחי חניכיים שאושרו ע"י המבטח – סעיף זה לא יחול בשיקום ע"ג שתלים.
- החלפת שחזור קיים תאושר כאמור בסעיף 2 לעיל, כאשר קיימת פגיעה עששתית שהודגמה בצילום רנטגן. ואולם היות ישנם מצבים בהם התפתח תהליך עששתי בוקאלי שאינו נראה כלל בצילום רנטגן, אך ניתן לבדיקה קלינית על ידי רופא אמון של המבטח ו/או הרופא היועץ או מי שהוסמך על ידו. ישנם לחילופין מצבים בהם תהליך העששתי מופשט מתחת לכתר, אך אינו נראה בצילום רנטגן שכן הכתר אינו מאפשר הדמיה רנטגנית של התהליך. לפיכך יאשר המבטח החלפת שחזור בשל פגיעה עששתית גם כאשר הודגם תהליך עששתי על ידי בדיקה של רופא האמון או היועץ הרפואי וכן כאשר לאחר הסרת השחזור הקבוע הודגם קיום תהליך עששתי מתחת לשחזור". המבטח לא יפגע בזכותו של המבוטח לקבל אישור מוקדם במידה ואכן הוכח הצורך, למרות שהסיר את השחזור לפני קבלת אישור מוקדם.
3. החלפת גשר למטרה אסתטית – קוסמטית אינה מכוסה. חשיפת שולי כתר או כתרים בשל נסיגת חניכיים ללא פגיעה עששתית, תחשב כצורך אסתטי ולא רפואי לעניין זה. שבר של חרסינה של גשר קיים, תחשב כפגם אסטטי-קוסמטי, ולפי החלטת היועץ.
- תיקון פסטה של אקריל בכתר/גשר ויניר, או תיקון שבר חרסינה באמצעות חומר מרוכב מכוסים עד לגובה הסכום הנקוב בנספח 2. ולמרות כל האמור לעיל החלטה סופית בעניין תהיה בסמכותו של היועץ הרפואי של בעל הפוליסה.
4. החלפת תותבות חלקית נשלפת לתותבת שלמה, בעקבות עקירת שיניים תאושר בכל מקרה.
5. החלפת תותבת חלקית נשלפת בתותבת חלקית נשלפת חדשה, תאושר בכל מקרה בו אין אפשרות לתיקון התותבת הקיימת על ידי ריפוד, חידוש בסיס תותבת, הוספת שיניים או וויס ו/או כל תיקון מעבדתי אחר אשר יביא את התותבת הקיימת למצב תקין ושמיש וכן בשיקום מס' השיניים המאחזות, וכן לפי שיקול דעתו של היועץ הרפואי.
6. החלפת תותבת חלקית נשלפת אשר הייתה מחוברת באמצעות מחבר מדויק או חצי מדויק לכתר/כתרים אליהם היה מחובר החלק הנקבי של המחבר, במידה ותאושר, תזכה בהחלפת הכתרים והמחברים גם כן.
7. החלפת מבנה ישיר או יצוק תאושר אך ורק כאשר הופיע תהליך עששתי הנראה בצילום רנטגן או בצילום כפוטוגרפי, סביב המבנה הקיים, או כאשר בוצע חידוש טיפול שורש שאושר ושולם על ידי המבטח. החלפת מבנה במקרה של שבר – באשור רופא היועץ.

- 14.1 שחזורים זמניים (למשל כתרים וגשרים זמניים) כלולים בהחזר בגין השחזור הקבוע, ולא יכוסו בנפרד בכל מקרה. למעט תותבת חלקית או שלמה זמנית בכפוף לסעיף 9 לנספח זה.
- 14.2 תותבת חלקית קבועה (גשר או כתר), תותבת חלקית נשלפת על בסיס כרום קובלט, ותותבת שלמה, תשלום רק פעם אחת לכל שש שנים בתקופת הביטוח. המבטח לא ישלם עבור תותבת ששולם עבורה על ידי החברה ואשר אבדה למתפא מסיבה כלשהי.
- 14.3 המבטח ישלם עבור שן מאחזת אחת מכל צד של מרווח שיניים חסרות וכן עבור כל השיניים התלויות (המשלימות את המרווח החסר). המבטח לא ישלם עבור שיניים מאחזות נוספות מעבר לאמור לעיל.
- אם תהיה טענה שיש צורך בשן מאחזת נוספת והמבטח דחה את הדרישה – יובא העניין להכרעתו הסופית של הרופא היועץ מטעם בעל הפוליסה.
לא אושרה מאחזת נוספת כאמור, יהיה המבוטח זכאי לבצע מאחזת נוספת על חשבוננו, והמבטח לא יוכל למנוע זכותו לקבל החזר בגין חלק הגשר שאושר.
- 14.4 כאשר ישנו מצב של חסר מוחלט של שיניים טוחנות (אוכף חופשי) בצד אחר של הלסת, תאושר תותבת חלקית נשלפת בלבד ו/או שיקום ע"ג שתלים.
- 14.5 טיפולים בעקבות חבלה אשר נגרמה בתאונת דרכים או תאונת עבודה שיש לגביהם כיסוי ביטוח בחוק אינם מכוסים.
- 14.6 לא מכוסה גשר כאשר המצב הפריודונטלי (מצב רקמות התמיכה) של השן המאחזת לקוי או מעורער. במקרה כזה יופנה המבוטח קודם כל לטיפול (מכוסה) אצל מומחה לטיפול חניכיים (פריודונט) ורק לאחר סיום הטיפול ואישורו על יכולת השן המאחזת לשאת בנטל הגשר, יבוצע הטיפול וישולם.
- 14.7 לא מכוסה גשר כאשר קיים חוסר של 4 שיניים ומעלה ברציפות (פרט לאזור קדמי כאשר חסרות שיניים 12-22, 32-42). במקרה זה יכול המבוטח למצע תותבת חלקית נשלפת ו/או שיקום ע"ג שתלים.
- 14.8 לא מכוסה גשר כאשר קיים בלסת חוסר של 5 שיניים ומעלה (לא כולל שיני בינה ולא כולל שתי שיני חזית) מקרה מיוחד ולשיקול דעתו והחלטתו של היועץ הרפואי.

נספח הטיפולים הפריודונטליים

כללי

1. כל הטיפולים השירותים הפריודונטליים (טיפול חניכיים וניתוחים), יבוצעו רק על ידי רופאים פריודונטליים מומחים בעלי תעודת מומחיות מטעם משרד הבריאות, לעסוק כמומחים בפריודונטיה שיופיעו ברשימה שיכין המבטח או אצל רופאים ששמותיהם מופיעים ברשימת הרופאים המומחים ואשר הוסכם עליהם בין היועצים הרפואיים של המבטח ובעל הפוליסה ובאישור היועץ הרפואי.
2. יש לגמור את כל הטיפולים המשמרים (עקירות, טיפול שורש, סתימות, ניקוי אבן וכו'), לפני תחלת הטיפול הפריודונטי.
- במידה ומתבצע טיפול שמרני בחניכיים כגון : ניקוי אבנית, קיורטז' , עמוק, הקצעת שורשים (PLANINGROOT), יש להתיר זמן של 3 חודשים, ולבצע הערכה מחדש של הצורך בניחות מלא או חלקי בפה.

3. אישור מוקדם לטיפולים פריודונטליים

- 3.1 מבטח שצריך לקבל טיפול פריודונטי כפי שפורט לעיל, חייב לקבל "אישור מראש" לביצוע הטיפול, לפני שיבוצע הטיפול, לפני שיבוצע טיפול פריודונטי כלשהו, אותו זכאי המבטח לקבל במסגרת הביטוח, ועבורו הוא עשוי לבקש החזר כספי.
- 3.2 אין להתחיל טיפול פריודונטי כירורגי, למעט ניקוי אבנית, לפני קבלת אישור המבטח.
- 3.3 לצורך האישור מראש הגיש רופא ההסכם המומחה או המבטח (במידה והיינו מטופל בידי רופא שאינו בהסכם) רישום מפורט של ממצאי הבדיקה בפה, אליו יצורפו צילום סטטוס או פנורמי או צילומים פראפיקלים בודדים עדכניים.
- 3.4 לאחר עיון אצל המבטח יקבל המבטח אישור מהמבטח לביצוע מלא או חלקי של תכנית הטיפולים המוצעת (בצירוף צ'רט פריודונטלי). באישור יפורט גם סכום השתתפות העצמית שיהיה עליו לשלם על-פי ההסכם ישירות לרופא. העתק אישור ישולח לרופא ההסכם.
- המבטח מתחייב להשיב למבטח על פנייתו 14 ימי עבודה מיום הקבלת המסמכים הנדרשים.
- במקרה של צורך בברורים נוספים, או במקרה של אישור חלק מתכנית הטיפול ואי אישור חלק אחר, או במקרה של דחית ההצעה תשלח על כך הודעה מפורטת למבטח, עם העתקים לרופא המטפל.

4.תשלום בגין טיפולים פריודונטליים

- 4.1 לצורך קבלת החזר כספי יגיש רופא ההסכם, או המבטח (במידה והנו מטופל בידי רופא שאינו בהסכם), טופס תביעה ובו רישום מפורט של הטיפולים שבוצעו למבטח וכן יפורט סוג הניתוח שבוצע והשיניים שטופלו/נותחו.
- 4.2 תוך 14 ימי עבודה מיום קבלת החומר, יקבל המבטח את תשובת המבטח לביצוע מלא או חלקי ו/או דחייה של התשלום בגין הטיפול, באישור/דחייה יפורטו הנימוקים. העתק האישור נשלח לרופא.
- 4.3 יכול המבטח להפנות את המבטח לצורך התייעצות אל רופא אמון פריודונט מטעמו לפני קבלת החלטה בעניין ההחזר בגין הטיפול.

5. המבטח לא יהיה אחראי לעבודתו של רופא שיניים/ מומחה, בגין אם הנו בהסכם ובין לאו, ואולם המבטח מתחייב כי לכל אחד מרפאי ומומחה ההסכם יהיה ביטוח אחריות מקצועית וביטוח צד ג' תקפים, בחברה ידועה ומקובלת. מובהר כי סעיף זה חל על כל הטיפולים לפני הסכם הביטוח.

שירותים וטיפולים פריודונטליים מכוסים

1. בדיקה והערכת תוכנית טיפול

רישום מלא של הממצאים הדנטליים והאורליים: רישום מצבים כללים הנוגעים לבריאות הכללית של המתנפא, ואשר עשויה להיות להם השלכה על הטיפול הדנטלי, רישום מצב הפה ומילוי הטופס לתכנית הטיפולים.

ביקורת לאחר טיפול כירורגי פריודונטלים (POST SURGICAL), אינה נחשבת לצורך תשלום סעיף זה. כסוי המבטח מוגבל לבדיקה אחת בכל שלוש שנות ביטוח.

2. טיפול פריודונטלי כירורגי

הקצעת שורשים או כריתת חניכיים ל-1/4 פה, או מטלית לגרירת חניכיים ל-1/4 פה, או ניתוח מטלית כולל השתלת עצם, והשתלת חניכיים ל-1/4 פה. הגבלת המבטח: ניתוח אחד לכל אחד מרבעי הפה, פעם אחת לכל שלוש שנות ביטוח.

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

הטיפול יאושר רק כאשר קיימת תחלואה פריודונטלית ברקמות הרכות, ורקמות התמיכה של השן המחייבת התערבות כירורגית, וכאשר בוצע טיפול שמרני, ועבר זמן של לא פחות מחודש מסיום טיפול זה, לפני שנקבע הצורך בטיפול פריודונטלי.

2.2 לאחר ביצוע הניתוח להארכת כותרת יש להמתין 30 יום לרופא והערכה מחודשת.

2.3 חיתוך רקמה רכה וניקוז מורסה פריודונטלית.

ניקוז מורסה כירורגי ישולם רק אם לא ניתן היה לטפל במורסה בדרך טרפו איטית אחרת. לבקשה לתשלום יש לצרף צילום רנטגן עדכני של האזור שבו בוצע ניקוז המורסה.

2.4 סד לקיבוע חיזוק שיניים ניידות, מחומר מרוכב ו/או אחר. התשלום יהיה בגובה הסכום הנקוב בנספח 3.

3. טיפול פריודונטלי תחזוקתי

פעולה פריודונטלית הבאה בעקבות טיפול פריודונטלי כירורגי, הפעולה כוללת בדיקה וניקוי אבן. הבדיקה תבצע אחת לתקופת הביטוח ולפחות 6 חודשים לאחר גמר ביצוע הניתוח או הפעולה הפריודונטלית הכירורגית.

4. טיפולים פריודונטליים לא מכוסים

- א. טיפולים הקשורים בשיפור האסתטיקה של שחורים פרוטטיים.
- ב. טיפולים כירורגים – פלסטיים מסוג ג'ינג'ר בופלסטיקה, ואלביאופלסטיקה.

נספח הטיפולים הכירורגיים של השתלות שיניים

השתלות יכוסו למבוטחים מעל גיל 21 בלבד.

טיפול כירורגי של החדרת שתלים להלן "השתלה" יכוסה רק במידה ומצב העצם, הרקמות הרכות, מצב המנשך והסגר ניתנים לטיפול על פי כל אמות המידה שיפורטו להלן.

מבוטח שצריך לקבל טיפול כירורגי של השתלה חייב לקבל אישור מראש לביצוע הטיפול כאמור, וזאת לפני שיבוצע כל טיפול כאמור אשר עבורו הוא עשוי לבקש החזר כספי.

המבטח ישלם החזרים בגין השתלה בגובה שלא יעלה על האמור בנספח תגמולים וזאת על פי התנאים הבאים:

1. כל הטיפולים והשירותים הכירורגיים של השתלות דנטליות יבוצעו רק על ידי רופאים מומחים בכירורגית פה ולסת ו/או בחניכיים, בעלי תעודת מומחיות מטעם משרד הבריאות לעסוק כמומחים בתחומים האמורים לעיל/או מורשים מטעם המבטח.
2. **יש לסיים את כל הטיפולים המשמרים (עקירות, טיפולי שורש, סתימות, סילוק אבנית וכו') והטיפולים הפריודונטליים לפני התחלת הטיפול הכירורגי. לא ניתן לקבל אישור המבטח לתכנית הטיפולים להשתלות לפני השלמת הטיפולים המשמרים והפריודונטליים ולפני שהובררה הפרוגנוזה של השיניים במשנן כולו.**
3. כאשר קיימת מחלה פריודונטלית מסוג של MODERATE PERIODONTITIS או ADVANCED PERIO, חייב המבוטח לקבל טיפול פריודונטלי לפני ההשתלות ע"י פריודונט מומחה מוכר ע"י משרד הבריאות. כל עוד לא קיבל טיפול, ואושר בכתב ע"י הרופא המטפל האמור כי מחלתו נרפאה, לא יאושרו שתלים בפיו.
4. לצורך האישור המוקדם של ההשתלה/השתלות יגיש הרופא המומחה שבהסכם או הרופא המומחה שאינו בהסכם, באמצעות הביטוח, רישום מפורט של ממצאי הבדיקה בפה אשר בוצעה למבוטח, צילומים פריאפיקלים (או סטטוס דנטלי) עדכניים אשר בוצעו בסמוך לכתובת תוכנית הטיפול (לא למעלה מ- 3 שבועות לפני כן), בצירוף צילומים פריאפיקלים בודדים של כל השיניים הקיימות בפה (סטטוס דנטלי) או בצירוף צילום פנורמי עדכני שיבוצעו לפני הטיפול, ולא למעלה מ- 3 חודשים קודם להגשת תוכנית הטיפול לאישור. במידה וההשתלה בוצעה בלסת עליונה יש להמציא צילום C.T עדכני לצורך קבלת אינפורמציה מספיק על איכות העצם בלסת עליונה, וכפועל יוצא מכך, אפשרות ההשתלה.
5. בתוך 14 ימי עבודה מקבלת החומר יקבל הרופא המטפל (במקרה של רופא הסכם) או המבוטח (במקרה של טיפול אצל רופא שאינו בהסכם) תשובה (אישור או דחייה או אחרת) על בקשתו לאישור מוקדם של ההשתלות.
6. במידה ונעקרו שיניים בלסת קודם לביצוע ההשתלות, לא תבוצענה השתלות לפני חלוף 3 חודשי המתנה. במקרה זה נדרש בנוסף לאמור בסעיף 6 לעיל, צילום פנורמי שלאחר ביצוע העקירות אשר נעשה בתום תקופת ההמתנה. ניתן לבצע השתלות מיידיות במידת הצורך ובאישור היועץ הרפואי.
7. בתוך 14 ימי עבודה מקבלת החומר יקבל הרופא המטפל (במקרה של רופא הסכם) או המבוטח (במקרה של טיפול אצל רופא שאינו בהסכם) החזר בגין ההשתלות במלואן או בחלקן, במידה והינן עומדות בקריטריונים שנקבעו בנספח זה.
8. המספר המקסימלי של שתלים לאדם לתקופת ביטוח עומד על 10 שתלים לפה, עד 5 ללסת, בכפוף לתנאי נספח זה, ולרשימת הטיפולים המכוסים במסגרת השתלת שיניים המצורפת לנסח זה.
- סכום השתתפות עצמית של המבוטח בטיפול כירורגי של השתלה מפורט בנספח תגמולים לטיפולים כירורגיים של השתלות.
9. אין המבטח אחראי לטיפולים כירורגיים המבוצעים ע"י הרופאים המומחים.
10. צריך הרופא המומחה שבהסכם או שאינו בהסכם להגיש תוכנית לאישור מראש של המבטח.

והמבטח מתחייב להחזיר תשובתו לרופא 21 יום. במקרה כזה מבוטח התשלום למבוטח ו/או לרופא המומחה עם סיום הביצוע של תוכנית הטיפול שאושרה כלשונה

הטיפולים המכוסים במסגרת השתלות דנטליות

1. בדיקה ראשונית/תקופתית לאחר ניתוח החדרת שתל/ים.

רישום מלא של הממצאים הדנטליים והאורליים: רישום מצבים כללים הנוגעים לבריאות הכללית של המתרפא ואשר עשויה להיות להם השלכה על הטיפול הדנטלי- כירורגי, רישום מלא של מצב הפה ורקמותיו, ומלוי הטופס לתוכנית הטיפולים.

בקורת לאחר טיפול כירורגי (POST SURGICAL) אינה נחשבת כבדיקה לצורך תשלום. כיסוי המבטח מוגבל לבדיקה אחת בתקופת הביטוח.

2. כירורגיה של שתלים

במקום כל שן שנעקרה לפני תקופת הביטוח ושולמה על ידי המבטח ללא סייגים, יהיה המבטח זכאי להשתלה כירורגית של שתל שן לרקמת העצם והחניכיים. הגבלת המבטח הנה לארבעה שתלים ללסת בתקופת הביטוח, וזאת על פי הקריטריונים שהותוו בסעיפי נספח טיפולים זה- השתלת שיניים.

הטיפול כולל: אלחוש מקומי, הפשלת מתלה רקמה רכה, הכנסת השתל/שתלים תפרים, תחבושת פריודונטלית, וכל הדרוש לביצוע וסיום משיע רצון של הטיפול. כמו כן כולל הטיפול חשיפה של השתל לאחר פרק הזמן שנקבע לאחידה וקליטה בעצם והכנתו לתחילת הטיפול הפרוטטי העוקב. הטיפול כולל גם הסברה ויעוץ לפני ואחרי הטיפול בכלל זה הוצאת תפרים, בקורת ביניים, טיפולי חירום הקשורים בתהליכי החלמה של השתלים, מתן מרשמי תרופות ו/או תעודה רפואית וביקורת לאחר הטיפול.

המבטח זכאי לטיפול כירורגי של השתלות דנטליות על פי התנאים הבאים:

1. שתלים במקום שיניים בודדות

1.1 השתלה להחלפת שן בודדת (SINGLE TOOTH REPLACEMENT) תאושר ותבוצע אך ורק כאשר השיניים הסמוכות הינן אינטקטיות או משוחזרות בשחזורים שטחיים ללא טיפולי שורש וכאשר לא קיימת מחלה פריודונטלית ולפי המלצת היועץ הרפואי.

1.2 השתלת שתל במקרה של שן בודדת, יהיה מסוג המונע רוטציה של הכתר.

1.3 שיחזור שן בודדת בעזרת שתל בודד, לא יתבצע דיסטלית לשורש האחורי (DISTAL) של שן טוחנת שנייה.

2. שתלים במקרה של חוסר שיניים מוחלט בלסת

2.1 בלסת תחתונה מחוסרת שיניים יאושרו עד 6 שתלים.

2.2 בלסת עליונה מחוסרת שיניים, יאושרו עד 6 שתלים.

מספר השתלים שיאושר בפועל יהיה לפי תוכנית הטיפול שתאושר ע"י המבטח, לפי מצב רקמות הלסת, אך לא יותר מ 6 שתלים ללסת. ובכל מקרה לא יותר 10 שתלים לכל הפה.

3. שתלים באזור הקדמי

א. כאשר קיים חוסר של 4 החותכות הקדמיות העליונות, יאושרו 3 שתלים (13-23)

ב. כאשר קיים חוסר של 6 שיני החזית הקדמיות יאושרו 4 שתלים (33-43)

4. החרגות

1. לא ישולם עבור השתלת שיניים שהוחל בה לפני שהביטוח נכנס לתוקפו.
2. לא ישולם עבור השתלת שיניים שלא קבל עבודה המבטח אישור מוקדם של המבטח.
3. אין המבטח מכסה ניתוחי תחזוק של העצם או הרקמה הרכה סביב השתלים שהצורך בהם נובע מנגעים שהופיעו או התפתחו סביב השתלים המהלך הזמן שלאחר ביצוע השתל.
4. אין המבטח מכסה שתלים חוזרים שנעשו בתקופת הביטוח.
5. השיקום ע"ג השתלים בין אם שיקום נשלף (תותבות על שתלים) לבין אם כתרים או גשרים בהתאם להחלטת הרופא המטפל.

6. יאושר חלק ביניים אחד בין שני שתלים.
7. בשיקום סגמנט קדמי 22-12-42-32 כאשר מבוצעים 2 שתלים יאושרו 2 חלקי ביניים.
8. שתלים ושיקום ע"ג שתלים יאושרו פעם אחת בתקופת הביטוח.

5. הוראות כלליות:

אלחוש מקומי - נכלל במחיר הטיפול.

תרופות - תרופות אשר על המבוטח לקחת לפני, במשך או לאחר הטיפול - אינן נכללות במסגרת הביטוח והוצאותיהן חלות על המבוטח. הטיפולים שלא הוזכרו לעיל אינם מכוסים במסגרת הביטוח.

הרמת סינוס – תאושר הרמת סינוס אחת לכל סינוס בתקופת הביטוח.

השתלת עצם – שתי השתלות עצם לצורך ביצוע שתלים לבד בתקופת הביטוח.

תאושר תותבת רוכבת ע"ג שתלים – בגובה תותבת יצוקה.

נספח טיפולים אורטודנטיים (יישור שיניים)

שירותים וטיפולים דנטליים הנכללים "ביטוח טיפולים אורטודנטיים"

1. המבטח יכסה הוצאות טיפולים אורטודנטיים (יישור שיניים) המכוסים כמפורט בנספח זה ועד לסכום תקרת ההחזר הנקוב בנספח ה' ובכפוף להגשת תוכנית טיפולים לאישור מוקדם על ידי המבטח כקבוע בפוליסה, וכמפורט להלן:
 2. נוהלי בקשת "אישור מראש" ותביעה לתשלום
- 2.1 מבטח שצריך לקבל טיפול אורטודנטי חייב לקבל "אישור מראש" לביצוע הטיפול לפני שיבוצע טיפול אורטודנטי כלשהו אותו זכאי המבוטח לקבל במסגרת הביטוח, ועבורו הוא עשוי לבקש החזר כספי.
- 2.2 אין להתחיל בטיפול אורטודנטי לפני קבלת אישור המבטח.
- 2.3 לצורך האישור מראש יגישו הרופא או המבוטח רישום מפורט של ממצאי הבדיקה הקלינית, אליו יצורפו תמונות פנים ושיניים וצילום פנורמי עדכניים, אשר בוצעו בסמוך לכתובת תוכנית הטיפול.
- 2.4 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 המקסימלי שיקבל מהמבטח. המבטח מתחייב להשיב למבוטח על פנייתו תוך 21 ימים מיום קבלת המסמכים הנדרשים.
- 2.5 במקרה של צורך בבידורים 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.
- 2.6 יכולה המבטחת להפנות את המבוטח לצורך התייעצות לרופא יועץ מטעמה לפני קבלת החלטה בעניין ה"אישור מראש".
- 2.7 במקרים חריגים באזורים בהם לא ניתן לפנות לרופא יועץ כאמור, יוכל המבוטח באישור בכתב מהמבטחת, לשלוח צילומי פנים + צילום צפלומטרי + מטבעי לימוד. אלו יועברו על ידי המבטחת לרופא יועץ אורטודנטי מטעמה, אשר יחווה דעתו גם בלי בדיקה של המבוטח.
- 2.8 תוקף האישור מראש יפוג לאחר 12 חודשים במידה ולא החלו בטיפול מסיבה כלשהי, ולאחר 24 חודש במידה והחלו בטיפול. לאחר 24 חודשים מיום הוצאתו יהיה על המבוטח לבקש הארכת תוקף האישור.

3. המבטחת תשלם עבור טיפולים או שירותים אורתודנטיים אשר החל בהם המבוטח, כאשר היה מכוסה במסגרת ביטוח לטיפולים אורתודנטיים וקיבל אישור מראש, ובתנאי שעד סיום הביטוח נשארו לפחות 6 חודשים ובתנאי הכרחי שהטיפול המבוקש החל בפועל.

4. ההחזר למבוטח יבוצע אך ורק כנגד הצגת חשבונית מס ולא כנגד קבלה. 1/3 מההחזר יבוצע בתחילה הטיפול, 1/3 באמצע הטיפול או כעבור שנה הקרוב מבין השניים ו-1/3 בסיום הטיפול.

5. החברה תשלם החזרים בגין טיפול אורתודנטי בגובה שלא יעלה על האמור בלוח הגימלאות וזאת על פי התנאים הבאים:

5.1 המבוטח המטופל הינו ילד שגילו אינו עולה על 21. יישור שיניים למבוגרים אינו מכוסה.

5.2 טיפול אורתודנטי יכוסה רק במידה ולקוי הסגר, מצב המנשך והסגר ניתנים לתיקון על פי הקריטריונים שיפורטו להלן.

5.3 הטיפול יאושר ויכוסה רק אם הוא ניתן על ידי רופא מומחה, בעל תעודת מומחיות באורתודנטיה (יישור שיניים ולסתות) מטעם משרד הבריאות, או מורשה מטעם החברה המבטחת.

6. אין המבטח אחראי לטיפולים האורתודנטיים המבוצעים על ידי הרופא האורתודנט.

7. המבוטח הפונה לרופא הסכם חלה השתתפות עצמית. מבוטח הפונה לרופא פרטי יקבל החזר עפ"י המצויין בנספח ה'.

8. המבוטח זכאי לטיפול אורתודנטי על פי התנאים הבאים:

א. במשך מעורב מוקדם יאושר טיפול מוקדם (1 PHASE) כאשר:

1. קיים משךן צלבי קדמי ו/או אחורי.
2. קיים ליקוי סגר מסוג 1 ANGLE CLASS A DIV II עם הלסת התחתונה בעמדה אחורית (RETROGNATIC MANDIBLE) ויחס עובר אופקי מעל ל- 20 מ"מ.

ב. במשך הקבוע יאושר הטיפול כאשר (אחד או יותר מהתנאים להלן):

1. קיים ליקוי סגר מסוג 1 ANGLE CLASS עם צפיפות מעל ל- 4 מ"מ ללסת אחת.
2. קיים ליקוי סגר מסוג 1 ANGLE CLASS עם PROTRUSION BIMAXILLARY
3. קיים ליקוי סגר מסוג 1 ANGLE CLASS עם רווחים מעל ל- 4 מ"מ ללסת אחת, ובתנאי שיש הפרעה תיפקודית מלבד ההפרעה האסתטית.
4. קיים ליקוי סגר מסוג 1 ANGLE CLASS II עם יחס עובר אופקי (OVERJET) מעל ל- 5 מ"מ.
5. קיים ליקוי סגר מסוג 2 ANGLE CLASS 2 DIV.
6. קיים ליקוי סגר מסוג 3 ANGLE CLASS.
7. מנשך פתוח (OPEN BITE).
8. קיים מנשך צלבי קדמי או מנשך צלבי אחורי פונקציונלי.

9. ההסכם מבטיח כיסוי לטיפול אורטודנטי פעיל (אקטיבי) לתקופה שלא תעלה על 24 חודש החל מיום הכנסת המכשיר האורטודנטי הראשון (או היחיד) לפה. וכן לטיפול אורטודנטי סביל (פסיבי) של שימור מצב אחזקה ומעקב למשך תקופה שלא תעלה על 12 חודשים. כל חריגה מחייבת הסבר הרופא המטפל לסיבת העיכוב וקבלת אישור מראש מחודש וכפופה לסעיף 3 לעיל.

10. חריגים

- א. הכיסוי הינו לטיפול אחד למבוטח בתקופת הביטוח. לא יכוסה טיפול חוזר מכל סיבה שהיא.
- ב. הכיסוי מוגבל לטיפול אורטודנטי אחד בלבד. במידה וכבר שולם ע"י המבטחת עבור טיפול כל שהוא, ויש צורך בטיפול נוסף יקר יותר, יקוּזז התשלום הראשון וישולם עבור הטיפול היקר יותר.
- ג. למען הסר ספק ולמרות כל האמור לעיל. הטיפול האורטודנטי בעל אספקטים אסתטיים. במקרי חילוקי דעת לגבי הכיסוי הביטוחי יובא העניין להחלטת היועץ הרפואי של בעל הפוליסה.

נספח ב' 1

טבלת החזרים לטיפולים משמרים למבוטחי עיריית אשדוד

הערות	החזר כספי בש"ח כולל מע"מ	צרוף צילום		תיאור הטיפול
		אחרי הטיפול	לפני הטיפול	
פעם 1 בתקופת הביטוח	130			בדיקה ראשונית D0150000 הערכה מקיפה של הפה
2 בדיקות בשנת ביטוח	130			בדיקת פה D0120000 הערכה תקופתית של הפה
פעמיים בשנת ביטוח	30		*	צילום נשך בודד D0270000
ללא הגבלה	21		*	צילום פריאפיקלי בודד D0220000
1 סטטוס או פנורמי ב-3 שנים	290		*	צילום סטטוס D0210000
	300			צילום סטטוס מקבילית D0210020
מגיל 21 ומעלה. צילום פנורמי נוסף למטרות השתלה.	190		*	צילום פנורמי D0330000
	40			צילום סיגרי D0240000 צילום אוקלוזלי
2 סתימות לשן בשנת ביטוח מ-4 סתימות ומעלה יש צורך בצילום אבחנתי	250			סתימה- D2140000 שחזור אמלגם משטח

בשיניים קדמיות.	290-			סתימת קולצר (לבנה) D2330000 שחזור מרכב על בסיס שרף
בשיניים אחוריות.	290-			סתימת לבנה- D2391000 שחזור מרכב על בסיס שרף
כל פין נוסף 3 ש"ח	200			סתימה + פין TMSD2959000 שחזור מרכב על בסיס שרף- אקריל כולל אחיזת פינים
כלול במחיר הסתימה				כיפוי מוך- D3110000 כיפוי מוך ישיר לא כולל סתימה סופית
רק שיניים חלביות וכולל צילומים	350-	*	*	קיטוע מוך- D3220000 קיטוע מוך שן נשירה
כולל צילומים	--600	*	*	טיפול שורש - תעלה אחת D3310000
כולל צילומים	700-	*	*	טיפול שורש - שתי תעלות D3320000
כולל צילומים	800	*	*	טיפול שורש - שלוש תעלות D3330000
כולל צילומים	680	*	*	חידוש טיפול שורש-תעלה אחת D3346000
כולל צילומים	-850	*	*	חידוש טיפול שורש-שתי תעלות D3347000
כולל צילומים	920	*	*	חידוש טיפול שורש 3 תעלות D3348000
כולל צילום	300		*	עקירה רגילה D7140000
כולל צילום	250		*	עקירת שן נוספת

				D7140000
כולל צילום	480		*	עקירה כירורגית/כלואה D7210000- עקירה כירורגית - שן שבקעה לחלל הפה הדורשת הרמת מתלה
כולל צילום	275			עקירה כירורגית/כלואה נוספת
	260			עקירת שתל D6100000
כולל צילום	150			עקירת שן חלב D7111000
כולל צילום	150		*	עקירת שן חלב עם שורשים מלאים D7111000
כולל צילום	110		*	עקירת שן חלב נוספת D7111000
כולל צילומים	800	*	*	קיטוע חוד השן- D3410000 כריתת חוד השורש- אפיקוטקטומי-
כולל צילומים	400	*	*	המיסקציה D3920000
לילדים-בשיני חלב בלבד	400			כתר טרומי D2930000 כתר טרומי מפלדת אל חלד- שן נשירה
מעל גיל 12 - 4 ישיבות בשנה כל 3 חודשים	155			הורדת אבן D4355000הטריה והסרה של פלאק ואבנית
ללא הגבלה	150			עזרה ראשונה - D9110000 עזרה ראשונה טפול בכאב שיניים
ללא הגבלה	250			עזרה ראשונה –לילה,שבת וחג D9110000עזרה ראשונה טפול בכאב שיניים
	230			טיפול במכתשית יבשה D9930000טיפול בסיבוכים לאחר ניתוח כגון מכתשית

				יבשה
טיפול פלואוריד לילדים	90			לילדים-פעם אחת בשנת ביטוח
D1203000 הנחה מקומית של פלואוריד לכל הפה				
נקוז מורסה	350			
D3221000				
איטום חריצים D1351000	100-			לשן ברבע פה, בשיניים קבועות בלבד
גז צחוק	100			שלוש פעמים בתקופת ביטוח
D9230000				
שומר מקום	400			
D1510000				
הרדמה כללית D9221000	1100			פעם אחת בתקופת ביטוח ורק בבית חולים מוכר. באופן פרטי

1. במקומות שסומנו ב * - לצרף צילומים.

2. סכומי ההחזר הם בעבור הטיפולים ולמבוטחים על פי קבלות שימציאו לחברת הביטוח אך לא יותרמגובה ההחזר המופיע לעיל.

3. טיפולי שורש/חידוש טיפול שורש המבוצעים ע"י מומחה (אנדודנט) יכוסו בתוספת של 50% מהמחירון.

רשימת הטיפולים הפרוטטיים המכוסים בביטוח

עובדי עיריית אשדוד

גובה ההשתתפות למבוטח הפונה לרופא הסכם	גובה ההחזרים למבוטח הפונה לרופא פרטי(*)	סוג הטיפול
115	-380	מבנה לא יצוק לכתר D2950000 בניית תווך כולל פיינים לסוגיהם
178	-450	מבנה יצוק לכתר D2952000 מבנה יצוק בתוספת לכתר
400	-1450	כתר חרסינה (כתר ויניר כולל כתר זמני) D2751000 כתר חרסינה מאוחה למתכת בסיס
433	910	D5862000 מחבר מדויק / חצי מדויק על שתל לתותבת חלקית נשלפת. מחבר מדויק
271	500	כיפה טלסקופית D2975000 כיפת שורש
541	1700	תותבת חלקית מאקריל, כולל ווים ושיניים D5212000 תותבת חלקית לסת תחתונה D5211000 תותבת חלקית בלסת עליונה-
520	2530	תותבת חלקית כרום קובלט כולל ווים ושיניים D5213000 תותבת חלקית לסת עליונה D5214000 תותבת חלקית לסת תחתונה
475	-2300	תותבת שלמה להוצאה/תותבת על

		D5110000 תותבת שלמה - לסת עליונה D5120000 תותבת שלמה - לסת תחתונה
2800	1000	תותבת רוכבת
		תותבת זמנית D5130000 תותבת מיידיית - לסת עליונה D5140000 תותבת מיידיית - לסת תחתונה
--1450	433	
		תותבת זמנית בחוסר מתחת ל- 4 שיניים D5820000-תח"ל פליפר D5211000 - תותבת חלקית
750	250	
		הוספת שן בתותבת D5520000 החלפת שן שבורה או חסרה בתותבת שלמה לכל שן
70	28	
		כל שן נוספת D5640000- החלפת שן
35	23	
		החלפת או הוספת ווים לתותבת חלקית נשלפת D5630000 תיקון או החלפת וו בתותבת קיימת
100	51	
		הלחמה D5620000 תיקון שלד יצוק של תותבת
116	92	
		חידוש בסיס תותבת שלמה D5710000 חידוש בסיס תותבת שלמה עליונה D5711000 חידוש בסיס תותבת שלמה תחתונה
325	172	
		ריפוד רך לתותבת D5731000 ריפוד תותבת שלמה
153	79	

		תחתונה D5730000 ריפוד תותבת שלמה עליונה
226	116	ריפוד קשה לתותבת D5750000 ריפוד תותבת שלמה עליונה D5751000 ריפוד תותבת שלמה תחתונה
1,989	617	D5820000 גשר מרילנד מחרסינה

(*) גובה החזרים 75% מעלות הטיפול אך לא יותר מהמחיר המצוין לעיל.

טבלת החזרים לטיפולים פרידונטיים

למבוטחי עיריית אשדוד

הערות	תקרת ההחזר אצל רופא פרטי	ההשתתפות העצמית אצל רופא הסכם	סוג הטיפול
פעם בתקופת ביטוח	155	114	בדיקה פרידונטלית D0180000 הערכה פרידונטלית מקיפה
פעם לכל שלוש שנות ביטוח לכל 1/4 פה	325	125	הקצעת שורשים D4341000 סילוק אבנית והקצעת שורשים
פעם לכל שלוש שנות ביטוח לכל 1/4 פה	250	175	כריתת חניכיים D4260000 נתוח חניכיים כולל עיצוב עצם
פעם לכל שלוש שנות ביטוח לכל 1/4 פה	250	175	גרידת חניכיים D4211000 – גיניבקטומיה
פעם לכל שלוש שנות ביטוח לכל 1/4 פה	1300	751	ניתוחי מטלית כולל ניתוחי עצם והשתלת חניכיים D4260000 ניתוח חניכיים כולל עיצוב עצם
פעם אחת בתקופת הביטוח	500 500	284 284	סד מאמלגם או חומר מורכב D4321000 קיבוע חוץ כותרתי לשיניים נידות סד לילה D5937000
פעם בתקופת הביטוח לכל שן	350 300	250 200	<u>הארכת כותרת</u> לשן D4249000 לשן נוספת סמוכה D4249000

1. ההחזרים בגובה 50% מהתשלום בפועל לפי חשבונית, אך לא יותר מסכום תקרת ההחזר.

2. הטיפולים ייעשו רק אצל רופאים פרידונטיים מומחים.

רשימת הטיפולים המכוסים הקשורים בהשתלות

עובדי עיריית אשדוד

סוג הטיפול	גובה ההשתתפות למבוטח גובה ההחזרים למבוטח	גובה ההחזרים למבוטח הפונה לרופא פרטי
שתל החדרה כירורגית D6010000	1150	1620
מבנה על שתל דנטלי D6057000	316	550
כתר על שתל מעבדת D6058000 לשתל דנטלי	400	1450
צילום סיטי ללסת D0382000 טומוגרפיה ממוחשבת עם קרן קונית ביצוע של לסת עליונה D0381000 טומוגרפיה ממוחשבת עם קרן קונית ביצוע של לסת תחתונה	250	300
הרמת סינוס אחד לכל סינוס הרמת סינוס סגורה כולל עצם או תחליפי עצם ללא עלות הממברנה D7951000	רק באופן פרטי	3400
השתלת עצם 2 השתלות עצם השתלת עצם בלסת עליונה או תחתונה חד צדדית D7950000	רק באופן פרטי	1500

הערות :

1. ההחזר בגובה 50% מההוצאה בפועל ועד תקרת ההחזר המרבי.
2. הטיפולים ניתנים לביצוע אצל רופאים בעלי רישיון מומחה בתחומים : כירורגיה , פריודונטיה או שיקום פה ומורשים ע"י חברת הביטוח בלבד.
3. יכוסו עד 10 שתלים לפה עד 6 ללסת.
4. הרמת סינוס/ השתלת עצם- יכוסה ע"פ צורך שיודגם בצילום סי.טי.

טבלת החזרים לטיפולים הכירורגיים המכוסים

הערות	סכום השיפוי המרבי אצל רופא פרטי	סוג הטיפול
	960 ₪	פרנקטומיחדש!
לשישית פה	900 ₪	אלבאולופלסטיקהחדש!
פעם אחת בתקופת ביטוח	540 ₪	ביופסיה - הוצאת רקמה חדש!
פעם אחת בתקופת ביטוח	395 ₪	ביופסיה - מעבדת בית חולים חדש!

1. בטיפול אצל רופא שיניים פרטי, תשלם המבטחת למבוטח תגמולי ביטוח בערך של 50% מסך ההוצאות הממשיות שהוציא המבוטח בגין טיפול השיניים ועל פי קבלות מקוריות שימציא לחברת הביטוח, אך לא יותר מתקרת סכום השיפוי המרבי הנקוב לצד כל טיפול בטבלה לעיל. למרות האמור לעיל, במקרה שהמבוטח הגיש בקשה להחזר הוצאותיו במלואן או בחלקן לגורם אחר או מסיבה אחרת אין ביכולתו להציגם, יגיש המבוטח למבטחת העתק קבלה ו/או חשבונית ויציין את הגורם לו הגיש את הקבלה ו/או החשבונית המקורית וכן אישור מאת אותו גורם לגבי הסכום שתבע ושולם לו או בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ופירוט הסיבה לכך שאין ביכולתו להמציאם.

2. הסכומים הנקובים לעיל הינם לפי המדד שפורסם ב- 15.09.2015 העומד על 12329 נק' והינם צמודים למדד.

טיפולים אורטודונטיים

	6040	4300	טיפול במכשיר קבוע שתי לסתות D8070000 מתחלף כולל רטנציה
	4320	3000	טיפול בלסת אחת D8030000 יישור שיניים עלומים לסת אחת – כולל רטנציה
	2160	1150	טיפול פונקציונלי / נייד/שלב א D8020000 יישור שיניים חלקי למשנן מתחלף
	125	70	צילום פנים D0350000
	100	75	צילום צלומטרי D0340000
	155	70	אנליזה D0391010 פענוח של צילום צלומטרי לא קשור לביצועו

1. גובה ההחזרים 50% מעלות הטיפול ולא יותר מסכום תקרת ההחזר המופיעה בטבלה לעיל

*2. יכוסה טיפול מסוג אחד לתקופת ביטוח .

3. הטיפול ישופה ב- 3 תשלומים עפ"י התקדמות הטיפול.

מפרט המהווה חלק בלתי נפרד מהפוליסה

פוליסה לביטוח שיניים קבוצתי לעובדי עיריית אשדוד

כיסוי לטיפולים

משמרים, פרוטטיים, פריודונטיים, אורטודונטיים ושתלים

שם בעל הפוליסה: עיריית אשדוד

תקופת הביטוח: 01.01.17 (להלן: "מועד תחילת הביטוח")

ועד 31.08.2021 (להלן: "מועד סיום הביטוח")

- ילד הינו מגיל 5 ועד גיל 21
- ילד שלישי ואילך לבית אב-חיים.

הצהרת בעל הפוליסה

על פי תקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי) התשס"ט – 2009

שם בעל הפוליסה: עיריית אשדוד

הנני הח"מ מצהיר כדלקמן:

1. בעל הפוליסה הוא מעסיק והמבוטחים הם עובדים של בעל הפוליסה ובני משפחותיהם.
2. ההצטרפות לביטוח על פי הפוליסה נעשתה על פי הסכמה בכתב של המבוטחים (במידה והם משלמי הפרמיות או חלקן) בעל הפוליסה מצהיר כי מספר המבוטחים הוא לפחות 50.
3. בעל הפוליסה מצהיר כי לעניין היותו בעל פוליסה הוא פועל באמונה ובשקידה לטובת המבוטחים בלבד ואין לו ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל הפוליסה.
4. בעל פוליסה מתחייב כי הצטרפות המועמדים לביטוח השיניים הקבוצתי אינה מהווה תנאי להעסקה או לחברות בקבוצה המבוטחת.

חתימת בעל הפוליסה: _____ תאריך: _____

הצהרת בעל הפוליסה בדבר מימון הפרמיה לעובדים

שם בעל הפוליסה: עיריית אשדוד

אני הח"מ, מצהיר בזאת כדלקמן:

במידה והעובד חב תשלום כלשהו בגין הביטוח לרבות מס, אני הח"מ מתחייב כי העובד יוחתם על טופס הצטרפות לביטוח ותינתן הסכמתו המפורשת בכתב של המבוטח לגביית התשלום בו הוא נושא בטרם צירפו לרשימת המבוטחים.

במידה ויש מימון, המימון ייעשה לאורך כל תקופת הביטוח כהגדרתה בפוליסה ובמידה ויחול שינוי באופן המימון, בחובת בעל הפוליסה להודיע על כך למבטחת לאלתר.

במידה וישנו מימון שונה לעובדים שונים וכן לבני משפחה, יש לפרט:

תאריך	חתימה	תפקיד	שם החותם

מסמך ה' (1)

תצהיר לפי חוק עסקאות גופים ציבוריים, התשל"ו - 1976

לכבוד: עיריית אשדוד

רח' הגדוד העברי 10

אשדוד

תצהיר לפי חוק עסקאות גופים ציבוריים, התשל"ו - 1976

אני הח"מ, _____, נושא/ת תעודת זהות מס' _____ מכתובת _____, לאחר שהוזהרתי כי עלי לומר אמת וכי אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן, מצהיר/ה בזאת כדלקמן:

1. הנני עושה תצהיר זה בהתאם לחוק עסקאות גופים ציבוריים, התשל"ו - 1976 (להלן: "**חוק עסקאות גופים ציבוריים**"), כחלק מהצעה במכרז פומבי מס' 66/2016 לעריכת ביטוחי שיניים לעובדי עיריית אשדוד בהתאם למכרז האמור. למונחים המפורטים בתצהיר זה תהיה המשמעות הנתונה להם בחוק עסקאות גופים ציבוריים.

2. עד למועד ההתקשרות אני הח"מ ובעל זיקה אלי, כהגדרתם בחוק עסקאות גופים ציבוריים, לא הורשענו ביותר משתי עבירות לפי חוק שכר מינימום, התשמ"ז - 1987 (להלן: "**חוק שכר מינימום**"), ו/או לפי חוק עובדים זרים (איסור העסקה שלא כדין והבטחת תנאים הוגנים), התשנ"א - 1991 (להלן: "**חוק עובדים זרים**").

3. לחילופין, אם אני הח"מ ובעל זיקה אליי הורשענו המציע ביותר משתי עבירות על חוק שכר מינימום ו/או חוק עובדים זרים - במועד הגשת ההצעה במכרז חלפה שנה אחת לפחות ממועד ההרשעה האחרונה.

4. הנני מצהיר/ה כי זהו שמי, זו חתימתי ותוכן תצהירי אמת.

חתימת המציע

תאריך

אישור

אני הח"מ עו"ד _____ מאשר/ת בזאת כי ביום _____ הופיע/ה בפני במשרדי ברחוב _____ מר/גב' _____ אשר זיהה/זיהתה עצמו/עצמה באמצעות ת.ז. מס' _____ [במידה והמציע הינו תאגיד או שותפות רשומה: המשמש בתפקיד _____ במציע והמוסמך/כת לעשות תצהיר זה בשמה ומטעמה], ולאחר שהזהרתיו/יה כי עליו/עליה להצהיר אמת וכי יהיה/תהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק אם לא יעשה/תעשה כן, אישר/ה את נכונות תצהירו/ה דלעיל וחתם/מה עליו בפני.

חתימה וחותמת עו"ד

מסמך ה' (2)

אישור על ניהול פנקסי חשבונות ורשומות לפי חוק עסקאות גופים ציבוריים, תשל"ו-1976

11. אני הח"מ _____ "פקיד מורשה" כמשמעותו בחוק עסקאות גופים ציבוריים, תשל"ו-1976* / רואה חשבון* / יועץ מס*, מדווח בזאת כי למיטב ידיעתי:

שם	מס' זהות/מס' רשום חבר בני אדם
----	-------------------------------

א. מנהל*/פטור מלנהל* את פנקסי החשבונות והרשומות שעליו לנהל על-פי פקודת מס הכנסה וחוק מס ערך מוסף, תשל"ו-1975.

ב. נוהג לדווח לפקיד השומה על הכנסותיו ולמנהל מע"מ על עסקאות שמוטל עליהן מס לפי חוק מס ערך מוסף.

12. אישור זה אינו מהווה אסמכתא לעניין קבילות פנקסי החשבונות, אין בו כדי לחייב בצורה כלשהי בפני ועדת ערר או בפני בית המשפט, ואין הוא קובע עמדה ביחס לתקינותם של הדו"חות, מועדי הגשתם או נכונות הסכומים ששולמו על פיהם.

13. תוקף האישור מיום הנפקתו ועד ליום _____ **.

שם	תואר	מס' רשיון	חתימה
----	------	-----------	-------

תאריך: _____

* מחק את המיותר.

** רשום את המועד, ולא יאוחר מיום 31 במרס של השנה שלאחר השנה בה הונפק האישור.

מסמך ו'

התחייבות הסוכנות להקים משרד בעיר אשדוד

אני, הח"מ _____ נושא ת.ז. מס' _____ מורשה החתימה מטעם סוכנות הביטוח _____, מתחייב כי במידה וחברת הביטוח _____, המגישה הצעה **לעריכת ביטוחי שיניים לעובדי עיריית אשדוד** וקשורה עמי בהסכם, תזכה במכרז האמור - אקים משרד בעיר אשדוד בתוך 30 ימים מהיום בו חברת הביטוח קיבלה את ההודעה על הזכייה.

ידוע לי, כי במידה ולא אמלא את התחייבותי זו, העירייה תהא רשאית לבטל את זכיית חברת הביטוח ולפעול כנגדה בכל דרך העומדת לרשותה על פי דין.

חתימת המציע

תאריך

אישור

אני הח"מ עו"ד _____ מאשר/ת בזאת כי ביום _____ הופיעה בפני במשרדי ברחוב _____ מר/גב' _____ אשר זיהה/זיהתה עצמו/עצמה באמצעות ת.ז. מס' _____ [במידה והמציע הינו תאגיד או שותפות רשומה: המשמש בתפקיד _____ במציע והמוסמך/כת לעשות תצהיר זה בשמה ומטעמה], ולאחר שהזהרתי/יה כי עליו/עליה להצהיר אמת וכי יהיה/תהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק אם לא יעשה/תעשה כן, אישר/ה את נכונות תצהירו/ה דלעיל וחתם/מה עליו בפני.

חתימה וחתימת עו"ד

מסמך ז'

הוראות רלבנטיות מתוך חוק עבודת הנוער, תשי"ג-1953

33. העבדה מסכנת [תיקון: תשל"ב(2), תשנ"ח]

המעביד נער באחד מאלה -

- (1) בניגוד להוראות סעיפים 2, א2 או 4 או בניגוד להוראות היתר שניתן מכוחן ;
- (2) במקום ששר העבודה והרווחה קבע, בהתאם להוראות סעיף 5, כי עבודה של נער בו עלולה לסכנו ;
- (3) בעבודות, בתהליכי ייצור או במקומות עבודה ששר העבודה והרווחה אסר או הגביל העבדת נער בהם, בהתאם להוראות סעיף 6 ;
- (4) בעבודה, שעל פי הקבוע בתקנות לפי סעיף 7 אין להעבידו בה בגילו ;
- (5) בניגוד להוראות סעיף 14, דינו - מאסר שנה או קנס פי אחד וחצי מן הקנס הקבוע בסעיף 61(א)(2) לחוק העונשין, התשל"ז-1977 (להלן - חוק העונשין).

33א. העבדה אסורה אחרת [תיקון: תשנ"ח]

המעביד נער באחד מאלה -

- (1) בניגוד להוראות סעיפים 11 או 12 או בניגוד להוראות היתר שניתן לפי סעיף 11א, שענין בדיקות רפואיות ;
 - (2) בניגוד להוראות סעיפים 22, 21, 20 ו-24, או בניגוד להוראות היתר שניתן לפי סעיף 25, שענין שעות עבודה ומנוחה ;
 - (3) בניגוד להוראות היתר שניתן לפי חוק זה ושלא לפי סעיפים 2, א2, או 4, לרבות הוראות בענין קביעת מספר מרבי של שעות עבודה, מנוחה שבועית, הפסקות בעבודה או עבודה בלילה.
- דינו - מאסר שישה חודשים או קנס כאמור בסעיף 61(א)(2) לחוק העונשין.

מסמך ח'

מסמכים הנדרשים מהמזיע-

✓ לנוחות המזיעים - להלן רשימת המסמכים הנדרשים, יש לסמן ב-

כל מסמך שצורף

- ☐ תעודת עוסק מורשה מאת שלטונות מע"מ (מקור/העתק מאושר למקור מאומת ע"י עו"ד/רו"ח).
- ☐ אישור על ניכוי מס במקור מטעם פקיד השומה (מקור/העתק מאושר למקור מאומת ע"י עו"ד/רו"ח).
- ☐ אישור ותצהיר לפי חוק העסקאות גופים ציבוריים, התשל"ו – 1976, בנוסח המצורף למסמכי המכרז כמסמכים ה' (1) ו-ה' (2).
- ☐ כל מסמכי המכרז בשני עותקים, חתומים כנדרש ובנוסף – בר"ת וחתימת המזיע בתחתית כל עמוד.
- ☐ קבלה על רכישת מסמכי המכרז.
- ☐ צילום רישיון מבטח ישראלי מכוח חוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח), התשמ"א – 1981.
- ☐ הסכם התקשרות עם סוכנות ביטוח מורשית וכתובת משרדה של סוכנות הביטוח בעיר אשדוד או לחילופין הסכם התקשרות כאמור והתחייבות סוכנות הביטוח להקים משרד בעיר אשדוד תוך 30 ימים מזכיית המזיע במכרז, בנוסח מסמך ו' למסמכי המכרז.
- ☐ אישור מעו"ד או רו"ח התאגיד על כך כי אספקת השירותים הינה במסגרת סמכויות התאגיד, כי הצעת התאגיד חתומה ע"י האנשים המוסמכים לחתום בשם התאגיד ולחייב את התאגיד בחתימתם על מסמכי המכרז וכי ההשתתפות במכרז וכן אספקת השירותים נשוא המכרז הינם בהתאם למסמכי ההתאגדות, שמות מנהלי התאגיד, שמות האנשים המוסמכים לחתום בשם התאגיד ושחתימתם מחייבת את התאגיד, כתובת משרדו הרשום של התאגיד.
- ☐ מסמך פרופיל חברה (תחומי פעילות/היקף פעילות/וועות/לקוחות וכו').
- ☐ רשימת רופאי השיניים שבהסכם הפוליסה המוצעת.
- ☐ רשימת ממליצים ע"ג מסמך ג'.

לתשומת לב המזיעים – ככל שתמצא סתירה בין מסמך זה לבין תנאי הסף (ס' 3 למסמך ב') או רשימת המסמכים שיש לצרף – האמור במסמך ב' ייגבר על האמור במסמך זה ומחובת המזיעים לפנות לעירייה במקרה של סתירה כאמור.