



פוליסת ביטוח שיניים ל"חבר משרתי הקבע והגמלאים בע"מ"

2010

**ביטוח
שיניים**



”החיוך של ”חבר” שווה יותר”

עמיתים יקרים,

כידוע לכם, ”חבר” עושה את המקסימום להביא לכם, העמיתים, את הטוב ביותר, לרענן, לחדש, להרחיב ולשפר את מגוון השירותים והתחומים בהם אנו פועלים.

במסגרת זו אנו גאים להודיעכם כי בתחום ביטוח הוצאות ריפוי שיניים הצלחנו, לאחר משא ומתן עם ”הראל”, לשפר משמעותית את תנאי ההסכם הקיים ולהאריכו לתקופה נוספת.

בצוותי עבודה הכוללים רופאי שיניים, יועצי ביטוח, נציגי הגמלאים ועובדי ”חבר” המסורים, בחנו את התמורות והשינויים שחלו בשוק הבריאות, לצורך שיפור תנאי הפוליסה והטמעתם בתנאי הכיסוי הביטוחי.

בין שיפורים אלו ניתן למנות, בין היתר:

- ביטוח חינם לילדים מגיל 5 עד 15.
- החזר כספי לטיפולים, המכוסים בפוליסה זו, הנעשים חינם לילדים במסגרת סל הבריאות.
- הטבות ייחודיות בתחום שיקום הפה למבוטחים ותיקים.

פירוט מלא נמצא בגילוי הנאות המצורף.

אנו רואים חשיבות רבה לא רק בהרחבת הכיסוי הביטוחי, אלא גם בשמירה על רמת שירות גבוהה. לכן, הרחבנו לאחרונה את מערך רופאי האמון, המועסקים ע”י ”חבר” לטובת פניות רפואיות או ערעורים של מבוטחים, כמו גם ביצוע בקרות על רמת השירות ש”הראל” מספק לעמיתי ”חבר” ובכלל זה פריסה רחבה של מרפאות, נותני שירותים בהסכם ומענה מהיר ומקצועי.

לשירותכם תמיד,

צחי עין-גל
יו”ר הדירקטוריון

"חבר" משרתי הקבע והגמלאים
פרטים כלליים על הפוליסה / גילוי נאות

נושא	סעיף	תנאים
כללי	שם בעל הפוליסה	"חבר" – משרתי הקבע והגמלאים.
	שם המבטח	הראל חברה לביטוח בע"מ (להלן: "המבטח" ו/או "החברה" ו/או "חברת הביטוח").
	משך תקופת הביטוח	שש שנים, החל מיום 1.10.2010 ועד ליום 30.9.2016
	השתתפות עצמית/ תקרת החזר	סכום או שיעור כספי, החל על המבטח בגין כל טיפול המכוסה על פי הסכם זה. בוצע הטיפול המכוסה באמצעות רופא הסכם , תהא ההשתתפות העצמית של המבטח בגין טיפול מכוסה על פי הנקוב בנספח הרלוונטי המצורף להסכם בעמודת "השתתפות עצמית". בוצע הטיפול המכוסה באמצעות רופא שאינו בהסכם , ישפה המבטח את המבטח בסכום ששילם המבטח עבור הטיפול לרופא, בניכוי ההשתתפות העצמית בגין הטיפול המכוסה, או בסכום תקרת החזר, הנמוך מבין השניים.
רופאי שיניים	רופאי שיניים	דמי הביטוח, תגמולי הביטוח וההשתתפויות העצמיות צמודים, מידי חודש בחודשו, למדד המחירים לצרכן.
רופאי שיניים	רופאי שיניים	רופא שיניים מורשה מטעם הרשויות המוסמכות במדינת ישראל.
	נותן שירות בהסכם	רופא שיניים (לרבות מרפאת שיניים) או מכון צילום הקשור/ים בהסכם עם המבטח בגין פעילות המכוסה על פי הסכם זה, על פיו מקבל רופא שיניים או מכון הצילום גמול במישרין מהמבטח בגין טיפול מכוסה שבוצע, למעט השתתפות עצמית שעל המבטח לשאת בהתאם לתנאי הפוליסה.
	רופא שיניים מומחה	רופא שאושר כמומחה בתחום רפואי מסוים מאת הרשות המוסמכת במדינת ישראל. טיפולים בתחום החניכיים יבוצעו על ידי מומחה למחלות חניכיים, (פריודונט) התקנות שתלים יבוצעו על ידי מומחה לשיקום הפה, מומחה למחלות חניכיים או מומחה בכירורגיה פה ולסת.
רופא אמון	רופא מטעם חבר העוסק בערעורים ומשמש כפוסק יחיד כאשר מתעוררת מחלוקת רפואית בין רופא המבטח למבטח. במידה שקיימת מחלוקת על רקע רפואי בין המבטח לחברת הביטוח, עומדת בפני המבטח האפשרות לפנות	

נושא	סעיף	תנאים
		<p>לרופאי האמון של "חבר", בימים: א' ג' ה' בין השעות 13:00-16:00. על מנת ליעל ולזרז את מתן התשובה, מומלץ להעביר הפניה בכתב לפקס מס' 7545018 – 03 או לכתובת דוא"ל rofe-emon@hvr.co.il יש לציין בכל פניה את מספר תעודת הזהות, שם מלא של העמית, תיאור האירוע, ומספר הטלפון אליו ניתן לחזור, במידת הצורך.</p>
<p>תנאי הצטרפות לתוכנית ביטוח שיניים</p>		<p>הביטוח נשוא הסכם זה הינו ביטוח משפחתי. משמעות הדבר היא כי עם הצטרפות העמית לביטוח יבוטחו כל בני משפחת העמית (למעט משרת הקבע – אלא אם הביע רצונו בכתב להצטרף לביטוח) הכוללים את בן/בת הזוג וילדיהם* עד גיל 23 שנים ובכפוף לתנאי הפוליסה.</p> <p>*ילד של עמית מבוטח מיום היוולדו ועד הגיעו לגיל 23 שנים. תשלום הפרמיה לילד יחל עם הגיעו לגיל 5 שנים.</p>
	<p>ילד בוגר מעל גיל 23</p>	<p>ילדים בוגרים של "מבוטח חדש" או "מבוטח חלון הזדמנויות", שמלאו להם 23 שנה, המבוטחים במסגרת משפחת העמית, ימשיכו להיות מבוטחים עד מלאות להם 30 שנה או עד מועד תום הביטוח על פי הסכם זה, המאוחר מבניהם.</p> <p>המבוטח ישלח לעמית הודעה, שלושה חודשים לפני הגיע הילד/ה לגיל 23 שנה, על אפשרות המשך הביטוח לילד/ה כבוגר מעל גיל 23 שנה, בדגש על רצף הביטוח באותם תנאי ביטוח של עמית ובהדגש על שינוי דמי הביטוח.</p> <p>יובהר כי אין שינוי באופן הצירוף לביטוח לגבי ילדיהם הבוגרים של מבוטחים קיימים.</p>
	<p>אופן ההצטרפות</p>	<p>עמית "חבר" המעוניין/ת להצטרף ולצרף את בני משפחתו לתוכנית ביטוח השיניים ימלא טופס בקשה להצטרפות לביטוח. יש להחזיר את הטופס לפקס: 03-7348090.</p>
<p>הכיסויים בפוליסה</p>		<p>השתתפות כספית בטיפול שיניים בהתאם לתנאי הפוליסה ונספחיה כמפורט להלן:</p> <p>בשנת הביטוח הראשונה, הזכאות הינה לטיפולים משמרים בלבד – לדוגמא: בדיקה, צילומים, סתימות, טיפולי שורש, עקירות, הסרת אבן, עזרה ראשונה.</p> <p>כעבור 12 חודשי ביטוח רציפים יתווסף כיסוי ביטוחי כדלקמן:</p> <p>טיפולים פריודונטליים – טיפולי וניתוחי חניכיים.</p> <p>טיפולים משקמים – מבנים, כתרים, גשרים ותותבות.</p> <p>שתלים – כולל שיקום על גבי שתלים.</p> <p>טיפולים אורתודנטיים לילדים – למטרת תיקוני ליקויי סגר במערכת השיניים של הילד/ה.</p>
<p>מידע זה הינו אינפורמטיבי בלבד והתנאים המחייבים הם תנאי הפוליסה המלאים המופיעים ב – www.hvr.co.il וכן ב www.harel-group.co.il</p>		

כיסוי ביטוחי לפי הגדרת סטטוס מבוטח בפוליסה

זכאות להרחבות הכיסוי הביטוחי במרפאות הסכם (*)	זכאות לטיפול וניתוחי חניכיים, לשיקום הפה ושתלים דנטלים (*)	זכאות טיפול יישור שיניים (*)	זכאות לטיפול משמר	מועד ההצטרפות לביטוח	סטטוס מבוטח
כן	כן	כן	כן	לפני 1.10.2010 ושאינו מבוטח בפוליסה מדורגת	מבוטח קיים
כן, בתום תקופה של 24 חודשים מיום הצטרפותו לביטוח	כן	כן	כן	לפני 1.10.2010 המבוטח בפוליסה מדורגת	מבוטח קיים בפוליסה מדורגת
כן, בתום תקופה של 24 חודשים מיום הצטרפותו לביטוח	כן	בתקופה של עד 24 חודשים רצופים להצטרפותו, זכאי המבוטח לכיסוי ביטוחי במרפאות הלבד	כן	מבוטח המצטרף לביטוח בתקופה שבין: 1.11.2010 עד 31.12.2010	מבוטח "חלון הזדמנויות"
כן, בתום תקופה של 24 חודשים המתחילה מתום השנה הראשונה לביטוח	זכאי לכיסוי מדורג כמפורט להלן	זכאי לכיסוי מדורג כמפורט להלן	כן	מבוטח המצטרף לביטוח <u>לאחר 31.12.2010</u>	מבוטח "חדש"
(*) בכל הטיפולים, למעט טיפולים משמרים, נדרשת תקופת המתנה של 12 חודשים לקבלת כיסוי ביטוחי.					

נושא	תנאים
מבוטח בתנאים מזכים	עמית "חבר" אשר נישא בתקופת הביטוח ותוך 30 יום צירף את בן/בת הזוג, יהיה בן/בת הזוג המצורף זכאי לכיסוי ביטוחי מרבי.
כיסוי ביטוחי מדורג ל "מבוטח חדש" אשר הצטרף לביטוח לאחר 31.12.2010	משפחתו של עמית שיצטרף לביטוח, תהיה זכאית בשנה הראשונה לטיפול משמר בלבד, והחל מהשנה השנייה תהיה זכאית לתגמולי ביטוח מדורגים, כמפורט להלן, בכל הנוגע לטיפולים פרוטטיים /שתלים / אורתודונטיה בשיעורים הבאים: בשנת הביטוח הראשונה – 0% בשנת הביטוח השנייה – 15% בשנת הביטוח השלישית – 30% בשנת הביטוח הרביעית – 45% בשנת הביטוח החמישית – 60% משנת הביטוח השישית ואילך – 75%
תקופת אכשרה	תקופת זמן רצופה בת 24 חודשים אשר תחול על המבוטחים כדלקמן: 1. <u>מבוטח שהצטרף לביטוח עד ל 31.12.2010 וכן על מבוטח קיים בכיסוי מדורג</u> , המתחילה מיום הצטרפותו לביטוח ותסתיים בתום תקופה רצופה בת 24 חודשים. בתום תקופת האכשרה יותאמו זכויותיהם של מבוטחים אלו למבוטח קיים. 2. <u>מבוטח חדש שהצטרף לביטוח לאחר 31.12.2010</u> , המתחילה מתום השנה הראשונה לביטוח ותסתיים כעבור 24 חודשי ביטוח רצופים. מובהר כי תקופת האכשרה רלוונטית להרחבות הכיסוי הביטוחי בלבד.
חריגים	החריגים מפורטים בכל אחד מהסעיפים בגילוי נאות זה ובנספח הטיפולים. למען הסר ספק, חבות המבטח לא תחול בגין טיפול שאינו מוגדר במפורש בפוליסה ובנספחיה.
כפל ביטוח	אם יתברר, כי מבוטח על פי הסכם זה מכוסה בביטוח שיניים אחר (להלן: "הביטוח הנוסף"), ויתברר כי הביטוח הנוסף מכסה את הטיפולים המכוסים בביטוח זה, כולם או חלקם, יהיה המבוטח חייב לדווח למבטח אודות הביטוח הנוסף תוך 60 יום ממועד ההצטרפות לביטוח זה, באם אינו חפץ בביטוח זה. יובהר כי במידה שלא נתקבלה אצל המבטח הודעה בכתב במועד כאמור לעיל, לא יינתן במועד מאוחר יותר החזר עבור דמי הביטוח ששולמו על ידי המבוטח.
ביטול / הפסקת ביטוח	* משפחה המבוטחת בביטוח רשאית להפסיקו בחלוף 12 חודשים מיום ההצטרפות לביטוח, או בחלוף 12 חודשים מהמועד בו קיבל אחד מבני המשפחה טיפול כלשהו במסגרת הביטוח, <u>לפי המאוחר מביניהם</u> . * מוסכם כי הפסקת הביטוח כאמור לעיל, תיכנס לתוקפה, בסוף החודש שבו התקבלה בכתב "בקשת ביטול הביטוח" של המבוטח במשרדי המבטחת. מוסכם, כי הפסקת הביטוח במקרים בהם ישנה זכאות להפסקה כאמור, הינה בתום החודש הקלנדרי בו חלה הזכאות בלבד.
פיצוי מיוחד לילדים	בוצע טיפול שיניים לילד/ה המכוסה בפוליסה זו, במסגרת מכסות הטיפולים הקיימות, בקופות החולים במסגרת השב"ץ ללא השתתפות המבטח, ישלם המבטח למבוטח פיצוי בגובה 30% מתקרת החזר שהיתה משולמת למבוטח לטיפול זה כנקוב בדף תקרות החזר בכפוף להמצאת העתק כרטיס טיפולים.

תנאים	נושא
<p>יובהר כי השימוש בעת השירות הצבאי בפוליסת ביטוח השיניים שברשותך, כפוף להוראות הצבא כפי שישתנו מעת לעת.</p>	<p>טיפול שיניים במהלך השירות הצבאי</p>
<p>הראל חברה לביטוח מעמידה לרשות המבוטחים שירות טלפוני באגף ביטוח שיניים בימים א'-ה' בין השעות 08:00 – 16:00 בטלפון: 1-700-703-072 כתובת למשלוח דואר: רח' אבא הלל 3, בית הראל, ת.ד. 1952, רמת גן 52118 לקבלת תנאי הפוליסה, טפסים, תעודת מבוטח וקבלת שמות רופאים בהסכם – ניתן לפנות למוקד שירות לקוחות או לאתר "הראל": www.harel-ins.co.il</p>	<p>שירות למבוטחים</p>
<p>ניתן לעיין בפרטי ותנאי הפוליסה גם באתר האינטרנט של "חבר" בכתובת: www.hvr.co.il</p>	
<p>מידע זה הינו אינפורמטיבי בלבד והתנאים המחייבים הם תנאי הפוליסה המלאים המופיעים ב – www.hvr.co.il וכן ב www.harel-group.co.il</p>	

"חבר" משרתי הקבע והגמלאים
פרטים כלליים על הפוליסה / גילוי נאות

טיפולים משמרים		
פירוט הכיסויים בתוכנית הביטוח	תיאור הכיסוי הביטוחי	צורך באישור מראש מהמבטח
אבחון - צילומי שיניים ובדיקת השיניים	בדיקת שיניים פעם אחת בשנת ביטוח. הבדיקה תכלול 2 צילומי נשך (על פי הצורך). צילום סטטוס או צילום פנורמי יכוסה אחת ל 36 חודשים.	לא
הסרת אבנית או פלואורידציה	שני טיפולי הסרת אבנית בשנת ביטוח. ילד עד גיל 18 זכאי לטיפול מונע של פלואורידציה פעם בשנת ביטוח (במידת הצורך תיכלל הסרת אבנית כחלק מהפלואורידציה).	לא
עקירות וטיפולים כירורגיים	כיסוי לעקירת שן רגילה. עקירה כירורגית - תכוסה רק במידה שלא ניתן לעקור את השן ללא ביצוע הרמת מותלה וסילוק חלקי / מלא של העצם. במידה וקיים צורך בעקירות רגילות ו/או כירורגיות כחלק מטיפול יישור שיניים - נדרש להמציא אישור מרופא אורתודנט מטפל. אפיסקטומי (קיטוע חוד השורש) - יכלול סתימה רטרוגרדית. יאושר קיטוע אחד לכל שן לתקופת ביטוח.	לא, למעט עקירה כחלק מטיפול יישור שיניים
טיפולי שורש	כיסוי לטיפול שורש מסיבות רפואיות, לא יאושר ביצוע טיפול שורש בשן לצורך השחזתה ושיקומה ע"י כתר/גשר.	רצוי
חידוש טיפול שורש	חידוש טיפול שורש מחייב אישור מראש של חבר' הביטוח ויינתן מסיבות רפואיות או במידה שקיימת זכאות ביטוחית להחלפת השחזור הפרותטי בשן וטיפול השורש הקיים מתחת לשחזור הפרותטי המאושר אינו אוטם את תעלות השורש. לצורך האישור יש להמציא לחברת הביטוח את צילום השן לפני ואחרי טיפול השורש באם בוצעו.	כן

מידע זה הינו אינפורמטיבי בלבד והתנאים המחייבים הם תנאי הפוליסה המלאים
המופיעים ב - www.hvr.co.il וכן ב www.harel-group.co.il

צורך באישור מראש מהמבטח	תיאור הכיסוי	פירוט הכיסויים בתוכנית
לא	<p>הביטוח מכסה ביצוע סתימות בשיניים אשר נפגעו מעששת. שחזור השן בסתימה ישחזר את כל הנגעים העששתיים בשן באותה עת.</p> <p>* סתימות מחומר מרוכב בצבע השן ("סתימות לבנות") - מכוסות בשיניים הקדמיות בלבד (שמספרן מסתיים ב-1,2,3). לא יכוסו החלפת סתימות אמלגם בסתימות לבנות מסיבות אסטטיות.</p> <p>* השלמת כותרת בשן קדמית תזכה בהחזר בגובה 2 שחזורים מרוכבים.</p> <p>* איטומי חריצים - אחת ל-3 שנים לשן, בשיניים אחוריות קבועות שמספרן מסתיים ב-4,5,6,7 בלבד.</p> <p>* אם נעשתה סתימה לפני תום שנה מיום ביצוע איטום החריצים, מחיר האיטום יקוזז ממחיר הסתימה.</p> <p>* שחזור שן בסתימה שכשלה במהלך 12 חודשים מיום ביצועה, לא ישולם והינו במסגרת אחריות הרופא המטפל.</p>	<p>סתימות / איטום חריצים</p>
לא	<p>טיפול לשיכוך כאב יוכר כעזרה ראשונה.</p> <p>* לא יוכר טיפול עזרה ראשונה אם בוצע טיפול נוסף בשיניים אחרות באותו ביקור.</p> <p>* לא תכוסה עזרה ראשונה בעקבות טיפול שבוצע באותה מרפאה בטווח של 3 חודשים.</p> <p>* התשלום בגין עזרה ראשונה מוגבל לפעמיים בשנת ביטוח.</p>	<p>עזרה ראשונה</p>
כן	<p>הרדמה כללית או סדציה תוך ורידית. כיסוי עד תקרה של 900ש"ח או 75% מההוצאה בפועל, לפי הנמוך מביניהם, ובתנאי שבוצע בבית חולים.</p> <p>יש צורך בנימוק רפואי בכתב לגבי הצורך בטיפול שיניים בהרדמה כללית.</p>	<p>טיפול בהרדמה כללית ו/או סדציה תוך ורידית</p>
לא	<p>יכוסה טיפול בגז צחוק לילד עד גיל 15 - פעמיים בשנת ביטוח.</p> <p>התשלום יבוצע ישירות למבוטח לאחר שהמציא חשבונית וטופס תביעה חתום על ידי הרופא המטפל.</p>	<p>טיפול בגז צחוק לילד עד גיל 15</p>
כן	<p>טיפולים כירורגיים כגון : אלבאופלסטיקה, פרנקטומי, ביופסיה ואבחון, הוצאת אבן מצינור בלוטת רוק, חשיפת שן כלואה, הוצאת ציסטה.</p>	<p>פרוצדורות כירורגיות</p>

צורך באישור מראש מהמבטח	תיאור הכיסוי	פירוט הכיסויים בתוכנית
כן	<p>* טיפולים כירורגיים יבוצעו על ידי רופאים מומחים לכירורגיית פה ולסת.</p> <p>* זכאות ביטוחית לאחר 12 חודשי ביטוח רציפים.</p>	
<p>טיפול יישור שיניים זכאות ביטוחית לאחר 12 חודשי ביטוח רצופים.</p>		
צורך באישור מראש מהמבטח	תיאור הכיסוי	
כן	<p>* הזכאות לטיפול יישור שיניים היא אחת לתקופת ביטוח.</p> <p>* הטיפול יינתן על ידי רופא מומחה ביישור שיניים או על ידי רופא מורשה.</p> <p>* לא יכוסה טיפול יישור שיניים למבוטח שמלאו לו 17 שנים.</p> <p>המבוטח יקבל מחצית מהסכום המאושר לאחר התקנת המכשור. את יתרת הסכום יקבל המבוטח בסיום ביצוע הטיפול האקטיבי, בצירוף צילום התיק הרפואי ובו אישור הרופא המטפל על סיום הטיפול, וכן קבלה/חשבונית המעידה על גובה התשלום בגין הטיפול.</p>	
<p>טיפול וניתוחי חניכיים זכאות ביטוחית לאחר 12 חודשי ביטוח רציפים.</p>		
צורך באישור מראש מהמבטח	תיאור הכיסוי	פירוט הכיסויים בתוכנית
כן		<p>טיפול החניכיים יבוצעו על ידי רופאים בעלי תעודת מומחה בפריודונטיה מטעם הרשויות המוסמכות במדינת ישראל.</p> <p>ניתוח פריודונטי - הזכאות הינה לניתוח אחד לשש שנים לכל 1/6 פה. הקצעת שורשים - הזכאות הינה אחת לשלוש שנים לכל 1/6 פה. באם קיים חוסר שיניים באותה 1/6 פה, ההחזר יהיה באופן יחסי אך לא פחות מ-2 שיניים ב-1/6 פה.</p> <p>שלושה חודשים מיום ביצוע הניתוח, יהיה זכאי המבוטח לטיפול פריודונטלי תחזוקתי אחד, שיכלול בדיקה והסרת אבנית.</p> <p>אין כיסוי לניתוח חניכיים לצורך אסטטי.</p>
לא	עד שני טיפולים בכל שנת ביטוח (בנוסף לכיסוי המשמר), במרפאת הפריודונט.	הסרת אבנית
כן	תכוסה בשיניים שהכותרת שלהן נהרסה ברובה (מכל סיבה שהיא) ואשר מיועדת לשיקום. זכאות מותנית בכך שהניתוח בוצע על ידי מומחה לחניכיים או כירורג פה ולסת מומחה.	הארכת כותרת

טיפולים משקמים זכאות ביטוחית לאחר 12 חודשי ביטוח רציפים.		
צורך באישור מראש מהמבטח	תיאור הכיסוי	פירוט הכיסויים בתוכנית
כן	<p>יכוסה שיקום שיניים כתוצאה מצורך רפואי דנטלי (טיפול שורש, חידוש טיפול שורש, עקירה, חסר שמעל 2/3 כותרת מכל סיבה שהיא שאינו ניתן לשחזור שמרני).</p> <p>כתר אחד ישמש כמאחז מכל צד של השיניים החסרות המשוקמות באמצעות גשר.</p> <p>לא יכוסה גשר תלוי אחורי. לא יכוסו טיפולים שיקומיים לצורך אסתטיקה.</p>	
כן	<p>תאושר במידה שאובחנה עששת מתחת לשחזור או בשוליו או בוצע טיפול שורש/חידוש טיפול שורש ו/או עקירה מתחת לשחזור הפרוטטי הקיים שלא ניתן היה לבצע מבלי להסיר את השחזור הקיים.</p> <p>במידה שחלה נסיגת חניכיים תוך ששה חודשים ממועד ביצוע ניתוח פריודונטי, ובהמלצת הפריודונט, באזור שאושר ושולם על ידי המבטח.</p> <p>החלפת תותבת חלקית, תאושר בכל מקרה בו אין אפשרות לתקן את התותבת ולהביאה למצב תקין ושמיש.</p> <p>לא תכוסה החלפת שחזור מסיבות אסתטיות.</p>	החלפת השיחזורים הפרוטטיים הקיימים
כן	<p>תבוצע על בסיס כרום קובלט (אם קיים חוסר של פחות מ-8 שיניים בלסת והשיניים הנוותרות אינן מיועדות לעקירה) או על בסיס אקריל (אם חסרות יותר מ-8 שיניים בלסת).</p>	תותבת חלקית נשלפת
כן	<p>תאושר בלסת מחוסרת שיניים לחלוטין.</p> <p>במידה שנדרשת תותבת שלמה הנאחזת בגדמים מכוסים בכיפת שורש, תאושר תותבת שלמה ובתוכה רשת יצוקה מויטליום.</p>	תותבת שלמה מאקריל
לא	<p>הזכאות הביטוחית הינה אחת ל-3 שנות ביטוח.</p>	ריפוד קשה (במעבדה) או ריפוד רך (במרפאה) של תותבת שלמה או תותבת חלקית נשלפת
צורך באישור מראש מהמבטח	שתלים ושיקום על גבי שתלים זכאות ביטוחית לאחר 12 חודשי ביטוח רציפים.	
כן	<p>ביצוע השתל יאושר במקרה וקיימת עצם מספקת להכנסתו (10 מ"מ לפחות כפי שנמדד בצילום הרנטגן ו/או ב- C.T)</p> <p>יכוסה בתנאי שהרופא המבצע הינו מומחה לחניכיים או מומחה בכירורגית פה ולסת או מומחה לשיקום הפה בלבד.</p> <p>* הזכאות הביטוחית היא ל- 4 שתלים, 4 מבנים ו- 4 כתרים בכל לסת.</p> <p><u>בלסת מחוסרת שיניים לחלוטין</u> הזכאות היא ל- 2 שתלים ו- 2 מתברים לשם אחיזת תותבת רוכבת שלמה.</p>	
<p>מידע זה הינו אינפורמטיבי בלבד והתנאים המחייבים הם תנאי הפוליסה המלאים המופיעים ב- www.hvr.co.il וכן ב- www.harel-group.co.il</p>		

הרחבת כיסוי ביטוחי לטיפול שיניים למבוטח קיים בלבד*

פירוט הכיסויים בתוכנית	תיאור הכיסוי הביטוחי	גבולות אחריות המבטח	צורך באישור מוקדם	זכאות מבוטח חדש *	השתתפות עצמית	החזר המבטח
החלפת שחזורים על שתלים <u>למבוטח קיים</u>	החלפת שחזורים על שתלים למבוטח שהוגשה בגינם תביעה למבטח, בתקופת ביטוח קודמות ולא שולם על ידי המבוטח	אחת בתקופת ביטוח	כן	מבוטח חדש אינו זכאי לכיסוי זה	על פי הנקוב במחירון מס' 004 הפה-פרוטיקה	על פי הנקוב במחירון מס' 004 לשיקום הפה-פרוטיקה
יחידת כתר תלוי כחלק ביניים בין שתלים <u>למבוטח קיים</u>	יכוסו יחידות תלויות של כתרים (פונטיק) בין שתלים <u>למבוטח קיים</u>	ייתן כיסוי ביטוחי ליחידות ביניים שאושרו על ידי המבטח במסגרת הכיסוי הביטוחי.	כן	מבוטח חדש אינו זכאי לכיסוי זה	על פי הנקוב במחירון מס' 004 לשיקום הפה או לפי מחירון 006 "הרחבות והטבות ייחודיות המאושרים לביצוע במרפאות הסכם בלבד לפי העניין.	על פי הנקוב במחירון מס' 004 לשיקום הפה או לפי מחירון 006 "הרחבות והטבות ייחודיות המאושרים לביצוע במרפאות הסכם בלבד לפי העניין.
* למען הסר ספק, יובהר כי הטבות המצוינות לעיל, לא יחולו על "מבוטח חדש" ועל מבוטח "חלון הזדמנויות" אשר הצטרף לביטוח לאחר 1.11.2010						
<p>מידע זה הינו אינפורמטיבי בלבד והתנאים המחייבים הם תנאי הפוליסה המלאים המופיעים ב – www.hvr.co.il וכן www.harel-group.co.il ב</p>						

הרחבת כיסוי ביטוחי והטבות ייחודיות לטיפול שיניים המבוצעים במרפאות הסכם בלבד

למען הסר ספק, יובהר כי הטבות ייחודיות אלו לא יחולו על מבטחים הפונים לטיפול במרפאות שאינן בהסכם עם המבטח.

החזר המבטח	השתתפות עצמית של המבוטח	זכאות מבטח חדש *	צורך באישור מוקדם	כיסוי ביטוחי יינתן במרפאות הסכם בלבד	גבולות אחריות המבטח	תיאור הכיסוי הביטוחי	פירוט כיסויי התוכנית
המבוטח ישלם ישירות לרופא הסכם ויפוצה על ידי הראל על פי הנקוב במחירון מס' 006 "הרחבות והטבות ייחודיות המאושרים לביצוע במרפאות הסכם בלבד		בתום תקופת אכשרה ובתנאי כי הטיפול טרם החל בפועל	כן	במרפאות הסכם בלבד	יכוסה ניתוח להרמת סינוס אחד בכל צד, אחת לתקופת ביטוח.	כפעולה מקדימה לביצוע שתלים, כאשר גובה העצם באזור הסינוס הוא לפחות 5 מ"מ. הרמת סינוס סגורה לא מכוסה	ניתוח הרמת סינוס פתוחה
אין החזר	על פי הנקוב במחירון מס' 006 "הרחבות והטבות ייחודיות המאושרים לביצוע במרפאות הסכם בלבד	בתום תקופת אכשרה ובתנאי כי הטיפול טרם החל בפועל	כן	במרפאות הסכם בלבד	יכוסו עד 8 שתלים ללסת ושיקומם במבנה וכתר לרבות יחידות תלויות בין השתלים	יכוסה מעבר מתותבת שלמה לשיקום באמצעות שתלים.	החלפת תותבת שלמה נשלפת בתוכנית שיקום באמצעות שתלים
אין החזר	על פי הנקוב במחירון מס' 006 "הרחבות והטבות ייחודיות המאושרים לביצוע במרפאות הסכם בלבד	בתום תקופת אכשרה ובתנאי כי הטיפול טרם החל בפועל	כן	במרפאות הסכם בלבד	יכוסו עד 4 שתלים ללסת ושיקומם במבנה וכתר לרבות יחידות תלויות בין השתלים	יכוסה מעבר מתותבת חלקית נשלפת לשיקום באמצעות שתלים.	החלפת תותבת חלקית נשלפת בשיקום באמצעות שתלים

הרחבת כיסוי ביטוחי והטבות ייחודיות לטיפול שיניים המבוצעים במרפאות הסכם בלבד

למען הסר ספק, יובהר כי הטבות ייחודיות אלו לא יחולו על מבוטחים הפונים לטיפול במרפאות שאינן בהסכם עם המבטח.

החזר המבטח	השתתפות עצמית של המבוטח	זכאות מבוטח חדש *	צורך באישור מוקדם	כיסוי ביטוחי יינתן במרפאות הסכם בלבד	גבולות אחריות המבטח	תיאור הכיסוי הביטוחי	פירוט כיסויי התוכנית
אין החזר	על פי הנקוב במחירון מס' 006 "הרחבות והטבות ייחודיות המאושרים לביצוע במרפאות הסכם בלבד	בתום תקופת אכשרה ובתנאי כי הטיפול טרם החל בפועל	כן	במרפאות הסכם בלבד	המספר המקסימאלי של שתלים עומד על 8 שתלים לפה ו 4 שתלים לכל לסת. במקרים בהן קיים צורך רפואי, יהיה זכאי המבוטח "להשאיל" עד 2 שתלים ממכסת השתלים הנותרת בלסת הנגדית.	השאלת שתלים	
* "מבוטח חדש" או "מבוטח חלון הזדמנויות" - משמעו, עמית "חבר" ו/או בן זוגו וילדיו אשר הצטרפו לביטוח לאחר 1.11.2010							
מידע זה הינו אינפורמטיבי בלבד והתנאים המחייבים הם תנאי הפוליסה המלאים המופיעים ב – www.hvr.co.il וכן ב www.harel-group.co.il							

מחירון הראל לטיפולים משמרים - נכון לתאריך 1.9.2010 (על פי מדד יולי 2010 שפורסם ב 15.8.2010)

הסכומים הנקובים בטבלה צמודים, מידי חודש בחודשו, למדד המחירים לצרכן

מחירון 001

גבולות אחריות המבטח	החזר המבטח (בש"ח) בפניה לרופא שאינו בהסכם	צורך באישור מראש מהמבטח	השתתפות עצמית (בש"ח)	סוג הטיפול
	31.42		29.19	בדיקה ראשונית
מפיו פה-אחת לתקופת ביטוח	31.42		29.19	בדיקה תקופתית משמרת/פרוטטית
אחת לשנת ביטוח	240.86		29.19	צילום סטטוס או לחילופין
אחת ל-3 שנות ביטוח	109.96		29.19	צילום פנורמי
זוג לתקופת ביטוח	6.55		29.19	צילום סגרי
שתי ישיבות הסרת אבנית בשנת ביטוח	116.51		29.19	הסרת אבנית (אבן שן)
	140.07		29.19	סתימת אמלגם
	167.56		29.19	סתימה עם 1 פיני T.M.S
	183.27		29.19	סתימה עם 2 פיני T.M.S
בשיני חזית	223.85		29.19	סתימה מרוכבת (לבנה)
בנפרד מטיפול אחר עד 2 ישיבות בשנה	250.00		29.19	עזרה ראשונה
מפגיעה עששתית ודלקתית בעצב	396.64	רצוי	29.19	טיפול שורש תעלה 1 *
מפגיעה עששתית ודלקתית בעצב	396.64	חובה	29.19	חידוש טיפול שורש תעלה 1 *
מפגיעה עששתית ודלקתית בעצב	503.98	רצוי	29.19	טיפול שורש 2 תעלות *
מפגיעה עששתית ודלקתית בעצב	503.98	חובה	29.19	חידוש טיפול שורש 2 תעלות *
מפגיעה עששתית ודלקתית בעצב	598.23	רצוי	29.19	טיפול שורש 3 תעלות *
מפגיעה עששתית ודלקתית בעצב	598.23	חובה	29.19	חידוש טיפול שורש 3 תעלות *
מפגיעה עששתית ודלקתית בעצב	654.52	רצוי	29.19	טיפול שורש 4 תעלות *
מפגיעה עששתית ודלקתית בעצב	654.52	חובה	29.19	חידוש טיפול שורש 4 תעלות *
בעקבות טיפול שורש או חידושו	319.41		29.19	מבנה ישיר- לא יצוע
טיפול חד שנתי לילד	94.25		29.19	טיפול בפלואוריד כולל הסרת אבן
בשיניים קבועות אחריות	64.14		29.19	איטום חריצים בשן אחרית
יבוצע ע"י אנדודונט/פדודונט מומחה	261.81	חובה	29.19	אפקסיפיקציה-ישיבה ראשונה
יבוצע ע"י אנדודונט/פדודונט מומחה	104.72		29.19	אפקסיפיקציה-ישיבת המשך
	50.00		המבטוח ישלם ישירות להרפא הסכם ופוצה ע"י הראל	טיפול בגז צחוק לילד
ליד עד גיל 15. פעמיים בשנת ביטוח	78.54		29.19	כיפוי מוך ישיר ובלתי ישיר
	267.05		29.19	קטיוע מוך/טיפול שורש בשן חלב
	191.12		29.19	כתר טרומי
	126.98	רצוי	29.19	עקירה רגילה
	323.33	רצוי	29.19	עקירה כירורגית *
	458.17	רצוי	29.19	עקירה או חשיפת שיניים כלואות
	320.72		29.19	פיצול שורשים
	320.72		29.19	קטיוע חוד השן-אפיקטומי
	268.35		29.19	ניקוז מורסה בדרך כירורגית
	320.72		29.19	המיסקציה/אמפוטציה
	181.96		29.19	טיפול במכתשת יבשה

*תוספת 50% לטיפול מאושר לביצוע ע"י מומחה

מחירון 002

מחירון הראל לטיפולי כירורגיה פה ולסת

גבולות אחריות המבטח	החזר המבטח (בש"ח) בפניה לרופא שאינו בהסכם	צורך באישור מראש מהמבטח	השתתפות עצמית (בש"ח)	סוג הטיפול
	395.33	חובה	223.85	אלבאולופלסטיקה
	553.73	חובה	303.70	פירנקטומי
	198.97	חובה	125.67	ביופסיה-הוצאת רקמה
	227.77		140.07	ביופסיה-מעבדת ב"ח
	472.57	חובה	26.18	הוצאת אבן מצינור בלוטת הרוק
	458.17	חובה	29.19	חשיפת שן כלואה

מחירון הראל לטיפול חניכיים - פרידונטיה

מחירון 003

סוג הטיפול	השתתפות עצמית (בש"ח)	החזר המבטח (בש"ח) בפניה לרופא שאינו בהסכם	צורך באישור מראש מהמבטח	גבולות אחריות המבטח
בדיקה פרידונטלית	40.58	119.12	ממצאי הבדיקה	אחת לשנת ביטוח
הסרת אבנית במרפאת הפרידונט	57.60	172.79		פעמים בשנת ביטוח, בנוסף לכיסוי המשמר
הקצעת שורשים	57.60	172.79	ממצאי הבדיקה	ע"י פרידונט מומחה-לשישית פה
גרידת חניכיים	57.60	172.79	חובה	ע"י פרידונט מומחה-לשישית פה
ניתוח מטלית	366.53	1100.91	חובה	ע"י פרידונט מומחה-לשישית פה
טיפול פרידונטלי תחזוקתי	40.58	119.12		ע"י הפרידונט המנתח
ניקוז מורסה ממקור פרידונטלי	58.91	175.41		
טד אמלגם SPLINT	142.69	425.44	חובה	ע"י פרידונט מומחה
טד מחומר מרכב	142.69	425.44	חובה	ע"י פרידונט מומחה
טד לילה	142.69	425.44	חובה	
הארכת כותרת		333.80	חובה	ע"י פרידונט מומחה או ע"י מומחה בכירורגיה פה ולסת

מחירון הראל לשיקום הפה-פרוטיקה

מחירון 004

סוג הטיפול	השתתפות עצמית (בש"ח)	החזר המבטח (בש"ח) בפניה לרופא שאינו בהסכם	צורך באישור מראש מהמבטח	גבולות אחריות המבטח
מבנה יצוק	146.61	441.15	חובה	
כתר חרסין/ויניר/מלא/יצוק	401.88	1208.25	חובה	כולל כתר זמני
שומר מקום	229.08	582.53	חובה	אחד ללסת
תותבת חלקית משרף אקריל	322.03	1340.46	חובה	
תותבת חלקית מחרום קובלט	560.27	2391.63	חובה	
מחבר מדוייק/חצי מדוייק	277.52	833.86	חובה	
מתאם בין שתל לכתר	146.61	441.15	חובה	
תותבת שלמה משרף אקריל	514.45	2059.13	חובה	
תותבת מעבר זמנית	322.03	548.49	חובה	רק אם אושרה התקנת שתלים
כיפה טלסקופית	146.61	441.15	חובה	
תוספת שן לתותבת	26.18	37.96	חובה	
וויים בתותבת נשלפת	64.14	90.32	חובה	
תיקון שבר או סדק בתותבת	68.07	103.41	חובה	
חידוש בסיס תותבת	155.78	366.53	חובה	
ריפוד תותבת במעבדה	113.89	239.56	חובה	
ריפוד תותבת במרפאה	86.40	155.78	חובה	
הלחמה	95.56	181.96	חובה	
תיקון פנים (פסטה)	106.03	215.99	חובה	
השחזה סלקטיבית	89.02	265.74	חובה	לכל ישיבה באמצעות מומחה לשיקום הפה
תותבת שלמה רוכבת ללסת	839.10	2415.19	חובה	

מחירון הראל לשתלים דנטליים

מחירון 005

סוג הטיפול	השתתפות עצמית (בש"ח)	החזר המבטח (בש"ח) בפניה לרופא שאינו בהסכם	צורך באישור מראש מהמבטח	גבולות אחריות המבטח
צילום C.T ללסת	200.00	314.17	חובה	למטרת ביצוע שתלים
צילום טומוגרפיה	209.45	209.45	חובה	
התקנת שתל	1137.56	1832.66	חובה	זכאות המבוטח היא ל 4 שתלים בכל לסת בתקופת הביטוח

מחירון 006

מחירון השתתפות עצמית, בגין נספח הרחבות והטבות יחודיות לטיפול שיניים המאושרים לביצוע במרפאות הסכם בלבד.

גבולות אחריות המבטח	צורך באישור מראש מהמבטח	החזר המבטח (בש"ח) בפניה לרופא שאינו בהסכם	השתתפות עצמית של המבוטח בפניה לרופא שיניים בהסכם (בש"ח)	סוג הטיפול
ניתוח אחד לכל צד, אחת לתקופת ביטוח. המבוצע ע"י מומחה בכירורגיה פה ולסת בהסכם עם המבטח.	חובה	1100	המבוטח ישלם ישירות לרופא הסכם יפוצה ע"י הראל	הרמת סינוס פתוחה
עד שמונה שתלים ללסת, במעבר מתותבת שלמה לשיקום על גבי שתלים.	חובה	אין החזר	850.00	כתר על שתל (לרבות יחידות תלויות)
עד 4 שתלים במעבר מתותבת חלקית נשלפת לשיקום על גבי שתלים	חובה	אין החזר	450.00	מבנה על שתל
ע"י מומחה בכירורגיה פה ולסת או ע"י מומחה למחלות חניכיים או ע"י לשיקום הפה	חובה	אין החזר	1500.00	שתל
	חובה	אין החזר	3990.00	טיפול ישור שיניים "מבוטח חדש" או "מבוטח חלון הזדמנויות" *
<p>* מבוטח חדש" או "מבוטח חלון הזדמנויות" יהיה זכאי לטיפול יישור שיניים בתקופת האכשרה במרפאות הסכם בלבד בכפוף לתשלום השתתפות עצמית בסך 3,990 ₪</p>				

מחירון 007

מחירון לטיפול ישור שיניים למבוטח קיים

גבולות אחריות המבטח	צורך באישור מראש מהמבטח	החזר המבטח (בש"ח) בפניה לרופא שאינו בהסכם	השתתפות עצמית (בש"ח)	סוג הטיפול
טיפול יישור שיניים אחד לתקופת ביטוח	חובה	1788.37	1273.75	טיפול שלב א' – טיפול מוקדם במשנן מעורב
	חובה	2500.00	1675.35	טיפול ישור שיניים בלסת אחת
	חובה	4000.00	2679.98	טיפול ישור שיניים בשתי לסות



בשביל השקט הנפשי שלך |

מוקד שרות לקוחות: 1-700-703-072

www.harel-group.co.il