

ביטוח בריאות קולקטיבי חבר - עיקרי כיסוי

תנאים כלליים:

תקופת ההסכם: 31.12.2027 - 01.01.2023

חברת ביטוח: הפניקס

זכאים להצטרף: אנשי קבע, עמיתי חבר שאינם אנשי קבע (גמלאים, אלמנות ואלמנים), בני/ות זוגם וילדיהם עד גיל 25 (ילדים מעל גיל 25 שביקשו להצטרף יהיו כפופים למילוי טופס בקשה, מילוי הצהרת בריאות והליך חיתום)
חלון מיוחד למשרתי קבע חדשים: אנשי קבע חדשים יהנו מאפשרות להצטרף ו/או לצרף את בני זוגם ו/או ילדיהם עד גיל 25 בלבד) ללא מילוי הצהרת בריאות וללא הליך חיתום בכפוף למילוי והגשת טופס הצטרפות בתוך 180 ימים מתחילת השירות של משרת הקבע "החדש"

תנאי הצטרפויות:

חלון מיוחד למשרתי קבע חדשים

אנשי קבע חדשים יהנו מאפשרות להצטרף ו/או לצרף את בני זוגם ו/או ילדיהם עד גיל 25 בלבד) ללא מילוי הצהרת בריאות וללא הליך חיתום בכפוף למילוי והגשת טופס הצטרפות בתוך 180 ימים מתחילת השירות של משרת הקבע "החדש". לבני משפחה יחול סייג מצב רפואי קודם. בחלוף 180 ימים ממועד כניסתו של איש הקבע לשירות קבע, הצירוף לעמיתים ובני משפחתם יהיה כפוף למילוי טופס הצטרפות, הצהרת בריאות, הליך חיתום ותקופת אכשרה.

גמלאים ובני משפחותיהם

ההצטרפות הינה בכפוף למילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות ותקופת אכשרה.

בני זוג חדשים

בני/ בנות זוג שנישאו למשרת קבע לאחר מועד תחילת ההסכם, ו/ או ילדי בני הזוג החדשים, אשר יבקשו להצטרף לביטוח בתוך 90 ימים ממועד הנישואין יצורפו לביטוח בכפוף למילוי טופס בקשה וצירוף תעודת נישואין/תעודת ידועים בציבור, ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, ללא חיתום ובכפוף לסייג מצב רפואי קודם. ההצטרפות תהיה כפופה לתקופות אכשרה הנקובות לאחר המועד הנ"ל ההצטרפות עבורם תהיה בכפוף למילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות ותקופת אכשרה.

תינוק שנולד

תינוק של מבוטח שנולד במהלך תקופת הביטוח, ואשר תוגש בקשה בכתב לצרפו לביטוח במהלך 120 יום מיום היוולדו, לא ידרש למלא בגינו הצהרת בריאות, וזכאותו לתגמולי ביטוח הינה ללא תקופת אכשרה, תוקף הביטוח עבורו יהיה ממועד היוולדו. עבור צירוף תינוק בין 3 חודשים ל-6 חודשים נדרש בנוסף לטופס ההצטרפות לצרף גם דו"ח יילוד (אפג"ר).

ניתן לצרף בני משפחה ללא צירוף העמית

מצטרפים שהצטרפו ללא הצהרת בריאות (בחלון ההזדמנויות) יחול סייג בשל מצב רפואי קודם (למעט למצטרפים משרתי קבע): לא יכוסה במהלך השנה הראשונה מקרה הנובע ממצב בריאותי אשר היה קיים למבוטח טרם הצטרפותו לביטוח. מובהר בזאת, שמבוטח אשר הייתה לו המלצה למימוש כלשהו בפוליסה, בטרם הצטרפותו לביטוח, אותו מימוש לעולם לא יכוסה. לדוג': מבוטח אשר צויין לו בתיק הרפואי שזקוק לניתוח, אותו ניתוח לא יכוסה, אך כל פורצדורה אחרת תכוסה לאחר שנה. מנגד, מבוטח אשר סובל מבעיה רפואית אך אין לו המלצה למימוש כלשהו בפוליסה, לאחר שנה אם יצטרך לתבוע על אותה בעיה הוא יכוסה.

המשכיות:

במקרה של גירושין תינתן אפשרות למעבר לפרט בכפוף למילוי טופס הצטרפות עד 60 יום מהגירושין
עמית שסיים חברותו יוכל הוא ובני משפחתו להמשיך בפוליסה **עד לסיום תקופת הביטוח** (לא ניתן לעבור לפרט בתנאי המשכיות) **ילד מגיל 25 ומעלה** ימשיך להיות מבוטח בקולקטיב. הפרמיה תתעדכן עפ"י טבלת הגיל

תקופת אכשרה:

ניתוחים / טיפולים מחליפי ניתוח (פרקים 1' ו- 2') - 90 ימים למעט עבור ניתוחים טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצות בנוגע להריון או לידה בהם תהיה תקופת אכשרה של 12 חודשים
שירותים אמבולטוריים (פרק ה'):

בדיקות רפואיות אבחנתיות, שמירת אחות ופיצוי באשפוז, פיצוי בגין היעדרות מהלימודים, שיפוי הוצאות רפואיות בעת גילוי מחלה קשה - 3 חודשים

התייעצות עם רופא מומחה, רפואה משלימה, אביזרים רפואיים, התעמלות שיקומית, בעיות הרטבה לילדים - 6 חודשים
 בדיקות לנשים בהריון וטיפול פריון - 9 חודשים

אבחון בעיות התפתחות ילדים / ליקויי למידה, טיפול בבעיות התפתחות בילדים, מאבק בסרטן - 12 חודשים

מסמך זה הינו תמצית בלבד. המידע כפוף לתנאי הפוליסה המלאים, להחריגי הפוליסה ולתוקפה. סתירה ביחס לתנאי הפוליסה, תנאי הפוליסה יגברו. במקרה תביעה, מומלץ ליצור קשר לבירור זכאות טרם ביצוע, לקבלת אישור עקרוני מראש או לברר היקף הכיסוי הרלוונטי בחוברת הפוליסה המלאה.

 לשירות טלפוני 073-2128119	 שירות במייל hvrbiut@madan.es	 שירות בוטסאפ: 052-8259424	 להגשת תביעה דיגיטלית: לחץ כאן
--	---	--	--

תוכנית הביטוח כוללת את הכיסויים הבאים:

פרק ב' – השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל
פרק ג' – תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות

פרק ד' – ניתוחים:

מסלול ד'1- עובר עמיתי משרתי קבע – ניתוחים פרטיים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל עם השתתפות עצמית או

מסלול ד'2- ניתוחים פרטיים באמצעות נותני שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל עם השתתפות עצמית ו/או שילוב שירותי השב"ן עבור עמיתים גמלאים ובני משפחותיהם ובני המשפחות של עמיתים משרתי הקבע

פרק ה'1 – ניתוחים בחו"ל

פרק ה'2 – טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל

פרק ו' – שירותים אמבולטוריים

פרק ז' – שיפוי למחלות קשות

הפרמיות

הפרמיות צמודות למדד היסודי שפורסם ביום 15/12/2022 13317 נק'.

סוג מבוטח	גיל	פרמיה חודשית בש"ח
משרת קבע	18-25	60
	26-45	65.45
	46-55	108
	56+	120
ילדים עד גיל 25	0-25	35.5
עמית חבר שאינו משרת קבע /בן/בת זוג של עמית חבר /ילד של עמית מעל גיל 25	18-25	81.80
	26-35	98.20
	36-45	98.20
	46-55	174.55
	56+	214.90

תקציר כיסויים ומסמכים נדרשים להגשת תביעה:

פרק ב' – השתלות, ניתוחים וטיפולים רפואיים בחו"ל:

השתלות:

מקרה הביטוח: ביצוע השתלה ו/או הצורך בביצועה נקבע/נוצר במהלך תקופת הביטוח

הגדרת הזכאות להשתלה – ביצוע ההשתלה מותנית בהתקיים כל התנאים הבאים:

1. רופאה מומחה בתחום הרפואי הרלבנטי מטעם המבוטח קבע את הצורך בביצוע השתלה
2. ההשתלה תבוצע בבית חולים מוכר ומורשה ע"י הרשויות המוסמכות באותה ארץ
3. ההשתלה אינה מהווה טיפול ניסיוני ו/או טיפול למטרת מחקר ו/או חקירה.
4. נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל באותה מדינה.
5. מתקיימות הוראות החוק לעניין איסור סחר באיברים.

החזר עבור השתלה בבי"ח בהסכם – שיפוי מלא.

החזר עבור השתלה בבי"ח שאינו בהסכם – עד סכום ההוצאות להשתלה המבוצעת בבי"ח

בהסכם או עד תקרה של 6,500,000 ש"ח, הגבוה מבניהם.

בנוסף סך של 1,500,000 ש"ח בגין הוצאות נלוות להשתלה, נסיעות שהייה ומלווים כמפורט בסעיפים 4.2.7 ואילך בחוברת הפוליסה.

מסלול חלופי לפיצוי חד פעמי במקרה של צורך רפואי בהשתלה – הפיצוי במקרה של צורך בהשתלה לפני ביצוע ההשתלה. 360,000 ש"ח. פיצוי זה לא יחול על השתלת קרנית והשתלה עצמית של מח עצם.

תשלום בגין השתלה:

הוצאות בגין הטיפול הרפואי, השגת האיבר ושימורו, שהות והוצאות אשפוז, שימוש בלב מלאכותי, צוות מנתח, הטסת מבוטח ומלווה, הוצאות מגורים וכלכלה למבוטח ולמלווה, הוצאות המשך טיפולים, המשך טיפול רפואי ותרופות בארץ והוצאות הטסת גופה במקרה הצורך

בנוסף, גמלת החלמה לאחר השתלה בגובה של 7,200 ש"ח לחודש לתקופה של 24 חודשים (למעט השתלת קרנית ומח עצם עצמית ובכפוף לתנאי הפוליסה).

פיצוי במקרה של השתלה שבוצעה ללא מעורבות המבטח, כפוף לכל החוקים בנושא.

מסמך זה הינו תמצית בלבד. המידע כפוף לתנאי הפוליסה המלאים, להחריגי הפוליסה ולתוקפה. סתירה ביחס לתנאי הפוליסה, תנאי הפוליסה יגברו. במקרה תביעה, מומלץ ליצור קשר לבירור זכאות טרם ביצוע, לקבלת אישור עקרוני מראש או לברר היקף הכיסוי הרלוונטי בחוברת הפוליסה המלאה.

 לשירות טלפוני 073-2128119	 שירות במייל hvrbrut@madan.es	 שירות בוטסאפ: 052-8259424	 להגשת תביעה דיגיטלית: לחץ כאן
--	---	--	--

כיסוי להוצאות נלוות בטיפול נסיוני בחו"ל במימון גורם שלישי
נדרש המבוטח לבצע טיפול נסיוני מציל חיים בחו"ל במימון צד שלישי תשתתף המבטחת בעלות בדיקות לא מכוסות על ידי המממן עד 100,000 ₪ והוצאות טיסה ושהייה למבוטח ומלווה.

טיפולים מיוחדים בחו"ל:

מקרה הביטוח: ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל ו/ או הצורך בביצועה נקבע/ נוצר במהלך תקופת הביטוח.

כיסוי הביטוח:

שיפוי הוצאות לביצוע טיפול מיוחד בחו"ל המתקיים אחד מהתנאים הבאים: הטיפול המיוחד אינו ניתן לבצוע בישראל או סיכויי ההצלחה בחו"ל גבוהים מהטיפול בישראל או הניסיון בבצוע הטיפול בחו"ל גדול מהניסיון בישראל או זמן ההמתנה לביצוע בישראל עולה על זמן ההמתנה הסביר או מהווה סיכון לחיי המבוטח או להחמרה במצב הרפואי של המבוטח או אי ביצוע הטיפול הרפואי עלול לגרום סכנה לחיי המבוטח או הטיפול נועד להצלת אובדן שמיעה באחת או שתי אוזניים או ראייה באחת או שתי עיניים או אי ביצוע הטיפול עלול לגרום לנכות צמיתה העולה על 75% או הטיפול הרפואי נועד לטיפול במחלת הסרטן או במחלות אוטואימוניות.

תשלום עבור טיפול מיוחד בחו"ל – בוצעה בתיאום עם המבטח, יישא המבטח במלוא ההוצאות הרפואיות ללא תקרת עלות כוללת, על פי השירותים המפורטים.

הסכום במקרה של ביצוע טיפול מיוחד בחו"ל שלא תואם עם המבטח, הסכום המרבי לשיפוי בגין הוצאות הנו 1,200,000 ₪ לכל מקרה ביטוח

מסמכי בסיס להגשת תביעה לבירור זכאות ראשוני:

1. טופס תביעה הכולל פרטים מלאים של המבוטח כולל ויתור סודיות ופרטי חשבון בנק
2. בהשתלה: חוות דעת של שני רופאים מקצועיים על הצורך בביצוע ההשתלה
3. אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות -
4. בישראל על הצורך בהשתלה איבר במקרה של טיפול מיוחד בחו"ל - שתי חוות דעת מרופאים מקצועיים המאשרים כי הטיפול עומד בהגדרות הפוליסה. (רופא מקצועי = מנהל, או סגן מנהל יחידה, או מנהל מכון בבית חולים ציבורי ו/או רופא בעל תואר אקדמי של פרופסור ממוסד אקדמי מוכר בישראל ובלבד שתחום עיסוקו ומומחיותו הינם בנושאים הרלוונטיים)
5. כל החומר הרפואי הרלוונטי מהרופאים בארץ ובחו"ל הקשורים להשתלה/לטיפול במיוחד בחו"ל

פרק ג' - תרופות שאינן בסל הבריאות:

מקרה הביטוח:

צורך בנטילת תרופה אשר נדרש במהלך תקופת הביטוח לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח/ ת.

כיסוי ביטוחי:

- תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות אך מאושרות ע"י הרשויות המוסמכות בישראל ו/או ע"י רשות המזון והתרופות האמריקאית (FDA) ו/או הרשויות המוסמכות באיחוד האירופאי (EMA) ו/או בקנדה, ניו זילנד, אוסטרליה, נורווגיה, איסלנד, שווייץ או אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004
- תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות, אשר אינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית הקבועה בסל שירותי הבריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח ובתנאי כי התרופה שאושרה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח ע"י אחת הרשויות המוסמכות בישראל או בארה"ב או באחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004 או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופאי
- במקרה בו הוכרה התרופה הנדרשת לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח כ"תרופת יתום" עפ"י הקריטריונים שנהוגים ב- E.M.E.A או ה- FDA
- תרופה שאושרה לשימוש באחת מהמדינות המוכרות, אך לא להתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובלבד שהתרופה הוכרה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי לפחות אחד מרשימת הפרסומים המובילים בעולם כאמור בהסכם
- תרופה שאושרה לשימוש על פי הוראת רופא לשימוש בתכשיר שאינו רשום במוסד רפואי לחולה בודד, ובחלוף שישה חודשי טיפול נמצאה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, על פי חוות דעת של רופא מומחה בכיר.
- תרופה המוגדרת כ IND בתהליך פיתוח.
- תרופות בהתאמה אישית - תרופות לפי סעיף 29g : אלו תרופות אשר הוכחו כיעילות ע"י בדיקה גנטית או לחילופין מנהל מחלקה או סגן מנהל מחלקה המליץ על התרופה וקבע שיעילה באופן ממשי על סמך 2 פרסומים מדעיים רפואיים מקובלים. כיסוי קנאביס רפואי לטיפול או הקלה בתסמינים של מחלה.

סכום ביטוח ותגמולי הביטוח

- סכום הביטוח המרבי – 3 מיליון ₪ מתחדש בכל שנתיים
- לתרופות בהתאמה אישית (סעיף 29g' לתקנת הרוקחים) עד 1,000,000 ₪ לכל תקופת הביטוח.
- לתרופה המוגדרת כ IND בתהליך פיתוח עד 1,000,000 ₪ לכל תקופת הביטוח.

מסמך זה הינו תמצית בלבד. המידע כפוף לתנאי הפוליסה המלאים, להחריג הפוליסה ולתקופה. סתירה ביחס לתנאי הפוליסה, תנאי הפוליסה יגברו. במקרה תביעה, מומלץ ליצור קשר לבירור זכאות טרם ביצוע, לקבלת אישור עקרוני מראש או לברר היקף הכיסוי הרלוונטי בחוברת הפוליסה המלאה.

 לשירות טלפוני 073-2128119	 שירות במייל hvrbrut@madan.es	 שירות בוטסאפ: 052-8259424	 להגשת תביעה דיגיטלית: לחץ כאן
--	---	--	--

- הכיסוי כרוך בהשתתפות עצמית בסך 273 ₪ בגין כל מרשם. עבור טיפול תרופתי לצורך טיפול במחלת הסרטן לסוגיו או תרופה מעל 5,455 ₪ יהיה פטור המבוטח מתשלום השתתפות עצמית. ההשתתפות העצמית תשולם עבור שני מרשמים לכל היותר, ועל התרופות הנוספות שעלותן מעל 273 ₪ יהיה פטור המבוטח מהשתתפות עצמית.
- **כיסוי עבור טיפול בטכנולוגיית CART / אימונותרפיה עד תקרה של 300,000 ₪.**
- **כיסוי לקנאביס רפואי עד 1,000 ₪ בחודש ועד 20,000 ₪ לכל שנתיים בכפוף השתתפות עצמית בגובה 100 ₪ בחודש.**
- **כיסוי למזון רפואי/ ויטמינים עד 100,000 ₪ לתקופת ביטוח.**
- **כיסוי לבדיקה לאפיון והתאמת טיפול במחלת הסרטן או אחרות עד 60,000 ₪ בכפוף להשתתפות עצמית של 20% .**
- ◆ **החזר השתתפות עצמית למרשם תרופה המכוסה על פי הפוליסה שנרכש באמצעות שב"ן קופת חולים.**

מסמכי בסיס להגשת תביעה לבירור זכאות ראשוני:

אין כיסוי לתרופה שעלותה בפועל פחותה מ-250 ₪ לחודש
בעבור תרופה שמכוסה וניתנת באמצעות זריקה, יינתן החזר בגין עלות החומר בלבד ולא יינתן החזר על עלות ההזרקה
תרופות שעלותן מעל 1,500 ₪, יוזמנו באמצעות ספקי הפניקס – יש לפנות להזמנת תרופה מראש

1. טופס תביעה חלק א' – פרטים מלאים של המבוטח כולל ויתור סודיות ופרטי חשבון בנק
2. טופס תביעה חלק רופא מומחה או המלצת רופא מומחה בתחום הרלוונטי תוך ציון תאריך מתן התרופה
3. העתק מרשם תרופה עדכני
4. העתק קבלה הכוללת שם התרופה, שם המבוטח (לא חשבונית ולא אישור רכישת דו"ח ניפוקים)
5. במקרה של תרופה הניתנת בזריקה יש להמציא קבלה בגין עלות החומר בנפרד מעלות ההזרקה

מסמכים נדרשים להזמנת תרופה לאחר שניתן אישור זכאות מהפניקס:

שבועיים לפני ההזמנה יש לשלוח דוא"ל ל hevr@madan.es.com ולכלול את כל הפרטים הבאים:

1. בנושא המייל לציין: שם מלא, ת"ז, ולציין "קולקטיב בריאות חבר"
2. בגוף המייל לציין את שם התרופה, תאריך בו הנך צריך לקבל את הטיפול או ליטול את התרופה
3. תאריך שנדרש לספק את התרופה
4. להיכן לספק את התרופה – בית: כתובת מלאה ועדכנית כולל קומה ומספר דירה או בית חולים: שם ביי"ח ושם המחלקה
5. לצרף למייל מרשם עדכני בתוקף (גם אם הוגש בעבר)
6. 2 מספרי טלפון עדכניים זמינים

פרק ד' - ניתוחים פרטיים בארץ ושירותים נלווים:

מקרה הביטוח - ניתוח באמצעות נותן שירות שבהסכם בלבד או טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל במבוטח במהלך תקופת הביטוח.

מסלול אנשי קבע (פרק ג' 1)

ביצוע ניתוח על ידי נותן שירות שבהסכם בלבד. **השתתפות עצמית 2,154 ₪ לניתוח.**

מסלול בני משפחה וגמלאים (פרק ג' 2)

אפשרות 1: ביצוע ניתוח על ידי נותן שירות שבהסכם בלבד. **השתתפות עצמית 2,154 ₪ לניתוח.**
 אפשרות 2: **ביצוע ניתוח במימון השב"ן:** פנה המבוטח לביצוע הניתוח באמצעות השב"ן, ישלם המבוטח את החזר ההשתתפות העצמית ששילם המבוטח במסגרת ביצוע ניתוח באמצעות השב"ן, וזאת עד לגובה הסכום המרבי שהיה משלם המבוטח לנותן שירות שבהסכם בגין מקרה הביטוח (בניתוחים/טיפולים מחליפי ניתוח - לפי סוג הניתוח/מחליף הניתוח).
תקופת אכשרה - לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצויות תהא 90 יום. כל הקשור להריון 12 חודשים.

הכיסוי לניתוחים כולל:

התייעצויות עם רופאה מומחה – 3 התייעצויות בכל שנת ביטוח עם רופא מומחה (1 עם נותן שירות שבהסכם - שיפוי מלא 2) עם נותן שירות אחר - עד 1,200 ₪ להתייעצות.
 שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח ואשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח, הוצאות אשפוז עד תקרה של 30 ימי אשפוז לניתוח (כולל אשפוז טרום ניתוח).

מסמכי בסיס להגשת תביעה:

****יש להגיש מסמכים לבדיקת זכאות טרם ביצוע הניתוח****

1. טופס תביעה חלק א' הכולל את פרטי המבוטח ופרטי חשבון בנק
2. במקרה של הגשת קבלה בגין השתתפות עצמית לגבי ביצוע ניתוח דרך השב"ן בקופ"ח, יש להגיש טופס שחרור מבית החולים הכולל תאריכי כניסה ויציאה מביה"ח ותאריך ביצע הניתוח וקבלה על ההשתתפות העצמית ששולמה
3. טופס תביעה חלק ב' למילוי ע"י רופא מומחה בתחום (רופא מקצועי המטפל בך בקשר עם הבעיה הרפואית הקשורה לניתוח, כגון אורתופד, רופא נשים, רופא עיניים וכדומה) או לחלופין מסמך מהרופא המומחה הכולל אבחנה רפואית, הסיבה להמלצה על הניתוח וציון תאריך מתי הומלץ לראשונה על ביצוע הניתוח
4. טופס תביעה חלק ג' שנועד למילוי על ידי הרופא המנתח או לחלופין מסמך חתום ע"י המנתח המציין: סוג הניתוח שיבוצע, מועד ביצועו, מקום ביצועו.

מסמך זה הינו תמצית בלבד. המידע כפוף לתנאי הפוליסה המלאים, להחריג הפוליסה ולתוקפה. סתירה ביחס לתנאי הפוליסה, תנאי הפוליסה יגברו. במקרה תביעה, מומלץ ליצור קשר לבירור זכאות טרם ביצוע, לקבלת אישור עקרוני מראש או לברר היקף הכיסוי הרלוונטי בחוברת הפוליסה המלאה.

 לשירות טלפוני 073-2128119	 שירות במייל hvrbiut@madan.es.com	 שירות בוטסאפ: 052-8259424	 להגשת תביעה דיגיטלית: לחץ כאן
--	---	--	--

אם הנך עתיד לעבור את הניתוחים הבאים, יש לצרף מסמכים נוספים כחלק ממסמכי הבסיס:

- 1. ניתוח קונכיית + FESS + SMR - (תיקון סטיה במחיצת האף):** בדיקת הדמיה (MRI, CT) + פענוח של הבדיקה ע"י המכון או רופא אחר שאינו המנתח או המלצה ואבחנה מרופא א.א.ג. מטפל בקופ"ח בנוסף להמלצה של המנתח.
- 2. ניתוחים הקשורים בעודף משקל** תיבדק זכאות לניתוח שרוול קיבה, או ניתוח השתלת בלון לקיבה "ספאץ" לפי הקריטריונים הבאים: בעלי יחס BMI גבוה מ-36 והסובלים מאחד או יותר מהבעיות - יתר לחץ דם, שומנים בדם, סוכרת + תוצאות בדיקות דם עדכניות או במצב של BMI - הגבוה מ-40 – יש לספק מסמכים התומכים בקריטריונים
- 3. ניתוחים לתיקון צניחת עפעפיים:** בדיקת שדה ראייה + תוצאות פיענוח של בדיקת שדה הראייה מהמכון שביצע את הבדיקה.
- 4. ניתוח/ או טיפול בדליות בוורידים הרגליים/ הזרקות קצף - סקלרוטרפיה:** תוצאות בדיקת דופלר + פענוח
- 5. ניתוחי הקטנת שדיים:** מסמך מרופא אורטופד של קופ"ח- לגבי הקיפוזיס (עקמות) ו/או מסמך מרופא עור המעיד על בעיה והאם התקבל טיפולי רפואי, ואיזה סוג טיפול (תרופות, משחות) + מסמך מהמנתח- המציין את כמות רקמת השד להסרה מכל שד
- 6. ניתוח להזעת יתר- מסמך מרופא עור בקופ"ח המפרט את דרכי הטיפול שבוצעו עד כה.**
- 7. ניתוח מתיחת בטן/ סינר בטני/ הסרת עודפי עור/ בקע טבורי:** יש להעביר תוצאות בדיקת U.S בטן ו- CT בטן.

טיפולים מחליפי ניתוח:

הגדרת מקרה הביטוח – טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף בהתאם לתנאים הבאים:

1. נותן שירות שבהסכם
2. נותן שירות אחר עד גובה סכום השיפוי המרבי.

הכיסוי כולל - שכר מבצע הטיפול, הוצאות חדר ניתוח/טיפול, הוצאות אשפוז וכל הוצאה אחרת הדרושה לביצוע הטיפול. השתתפות עצמית 2,154 ₪.

מסמכי בסיס להגשת תביעה:

****יש להגיש מסמכים לבדיקת זכאות טרם ביצוע הניתוח****

1. טופס תביעה חלק א' הכולל את פרטי המבוטח ופרטי חשבון בנק
2. טופס תביעה חלק ב' למילוי ע"י רופא מומחה בתחום (רופא מקצועי המטפל בך בקשר עם הבעיה הרפואית הקשורה לניתוח, כגון אורתופד, רופא נשים, רופא עיניים וכדומה) או לחלופין מסמך מהרופא המומחה הכולל אבחנה רפואית, הסיבה להמלצה על הטיפול תוך ציון סוג הניתוח אותו מחליף הטיפול המומלץ וציון תאריך מתי הומלץ לראשונה על ביצוע הטיפול

פרק ה'1- ניתוחים פרטיים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל:

מקרה הביטוח: ביצוע במהלך תקופת הביטוח ניתוח בבי"ח בחו"ל על פי בחירת המבוטח.

הגדרת הכיסוי:

שיפוי מלא לניתוחים בחו"ל, שתואמו מראש עם חברת הביטוח ואושרו על ידה.

הכיסוי כולל:

הוצאות אשפוז, מנתח, מרדים, חדר ניתוח, התייעצות לפני ואחרי ניתוח עם המנתח שביצע בפועל את הניתוח, התייעצות לפני ניתוח עם רופא מומחה אחר, הוצאות שהייה לצורך ניתוח, תרופות בעת אשפוז, בדיקות אבחון ומעבדה, טיפולים פיזיותרפיה בעת אשפוז, שכר אחות פרטית, שתלים במהלך ניתוח, הוצאות הטסה רפואית והטסת רופא במקרה הצורך, הוצאות להטסת גופה במקרה מוות.

טיפולים מחליפי ניתוח:

הגדרת מקרה הביטוח- ביצוע טיפול חלופי לניתוח. באישור ותיאום מראש ובכתב של המבוטח.

טיפול שבוצע ע"י ספק שרות שבהסדר: לא תחול תקרת סכום שיפוי.

טיפול שבוצע ע"י ספק שרות שאינו בהסדר: תקרת השיפוי המרבית תהיה 150% מעלות הטיפול המשולמת לנותן שירות שבהסכם עם עבור ניתוח אותו מחליף הטיפול, לו היה מבוצע בארץ.

מסמכי בסיס להגשת תביעה:

****יש להגיש מסמכים לבדיקת זכאות טרם ביצוע הניתוח****

1. טופס תביעה חלק א' הכולל ויתור סודיות, פרטי המבוטח ופרטי חשבון בנק
2. טופס תביעה חלק ב' למילוי ע"י הרופא המומחה הכולל אבחנה רפואית + המלצה לניתוח
3. סיכום ניתוח - טופס שחרור מבית החולים בחו"ל - במידה והניתוח בוצע
4. קבלה (יש למלא בטופס התביעה האם נדרש החזר מגורם אחר או לא- יש לכך מקום ייעודי בטופס)

מסמך זה הינו תמצית בלבד. המידע כפוף לתנאי הפוליסה המלאים, להחריגי הפוליסה ולתוקפה. סתירה ביחס לתנאי הפוליסה, תנאי הפוליסה יגברו. במקרה תביעה, מומלץ ליצור קשר לבירור זכאות טרם ביצוע, לקבלת אישור עקרוני מראש או לברר היקף הכיסוי הרלוונטי בחוברת הפוליסה המלאה.

 לשירות טלפוני 073-2128119	 שירות במייל hvrbrut@madan.es	 שירות בוטסאפ: 052-8259424	 להגשת תביעה דיגיטלית: לחץ כאן
--	---	--	--

פרק ו'- שירותים רפואיים אמבולטוריים ושירותים נוספים: הגדרת מקרה הביטוח: ביצוע אחד או יותר מהטיפולים.

תגמולי ביטוח:

עמיתים משרתי הקבע:

השתתפות עצמית של 20% מההוצאות ששילם בפועל ועד התקרה המפורטת למעט בדיקות הריון, בדיקות גנטיות וטיפול פוריות למבוטח/מבוטחת/תהא **השתתפות עצמית של 30% מההוצאות** ששילם/ה בפועל בגין מקרה הביטוח, אך לא יותר מהסכום המרבי לכל טיפול כמפורט להלן.

עמיתים גמלאים ובני משפחותיהם ובני המשפחות של עמיתים משרתי הקבע:

- מבוטחים אשר ישלמו השתתפות עצמית בלבד בהתאם לתנאי השב"ן יקבלו 100% החזר השתתפות עצמית אך לא יותר מהסכום המרבי לכל טיפול כמפורט בסעיף הרלוונטי בפרק.
- אם בוצע הטיפול באמצעות נותן שירות שאינו בהסכם עם השב"ן המבטח ישלם למבוטח 80% מההוצאה ששילם בפועל בגין מקרי הביטוח המפורטים בפרק זה אך לא יותר מהסכום המרבי לכל טיפול כמפורט בסעיף הרלוונטי בפרק.

הכיסויים בפרק זה:

התייעצות עם רופא מומחה:

החזר עד 80% מההוצאות בפועל ועד תקרה של 800 ₪ להתייעצות. זכאות ל-4 התייעצויות בשנה.
לא יכוסו במסגרת סעיף זה התייעצויות הקשורות להריון, כמו כן, לא יהיה כיסוי במסגרת סעיף זה לחוות דעת משפטית.
תקופת אכשרה – 6 חודשים.

מסמכי בסיס להגשת תביעה:

1. טופס תביעה חלק א' הכולל ויתור סודיות, פרטי המבוטח ופרטי חשבון בנק
2. העתק קבלה (יש למלא בטופס התביעה האם נדרש החזר מגורם אחר או לא- יש לכך מקום ייעודי בטופס)
3. בהתייעצות עם רופא נשים יש לצרף אסמכתא שלא מדובר בהתייעצות הקשורה להריון. מומלץ לצרף סיכום ביקור.

כיסוי לבדיקות אבחנתיות כגון: MRI, CT ועוד.

הכיסוי הינו לבדיקה אבחנתית בלבד. אין כיסוי לספקי תיווך העוסקים בקידום/קביעות תורים

תקרת ההחזר 11,000 ₪ לכל שנת ביטוח עבור כל בדיקה שעלותה מעל 150 ₪. במקרה שמדובר במבוטח שחלה במחלת הסרטן התקרה על פי סעיף תהיה 22,000 ₪ לשנת ביטוח.

תקרת השיפוי עבור בדיקה אונקוגנטית וחוו"ד דעת שניה תהיה עד 80% מעלות הבדיקה.
מבוטח אשר עבר בדיקת אבחון, יהיה זכאי לשיפוי ועד ל 873 ₪ עבור חוות דעת נוספת מאת רדיולוג מומחה. לא יינתן כיסוי לטיפול שיניים ו/או טיפולי חניכיים מכל סוג שהוא לרבות בדיקות וצילומים. למען הסר ספק לא יינתן כיסוי לצילומי שיניים ו/או חניכיים אבחנתיים מכל סוג כגון: צילומי c.t צילום פנורמי וכדומה.

תקופת אכשרה – 3 חודשים

מסמכי בסיס להגשת תביעה:

1. טופס תביעה חלק א' הכולל ויתור סודיות, פרטי המבוטח ופרטי חשבון בנק
2. הפניה רפואית מרופא מומחה בתחום המציינת את האבחנה והצורך בבדיקה
3. העתק קבלה (יש למלא בטופס התביעה האם נדרש החזר מגורם אחר או לא- יש לכך מקום ייעודי בטופס)

חוות דעת נוספת בחו"ל:

מבוטח זכאי להשתתפות המבטח בגין קבלת חוות דעת רפואית נוספת ע"י רופאים מומחים בחו"ל, במרכזים רפואיים המוכרים ע"י הרשויות במדינות בהם הם פועלים, עד לסך של 5,250 ש"ח בכל תקופת הביטוח.

תגמולי הביטוח יינתנו גם לתשלום עבור התייעצות טלפונית של הרופא המטפל בישראל עם נותן חוות הדעת בחו"ל.

מקרים בהם הרופא היועץ בחו"ל קבע כי נסיעה של המבוטח לחו"ל חיונית לקבלת הייעוץ, ישפה המבטח את המבוטח בסכום של עלות כרטיס טיסה במחלקת תיירות רגילה, וסכום של 1,100 ₪ לכל יום שהות ועד 7 ימי שהות.

מסמכי בסיס להגשת תביעה:

1. טופס תביעה חלק א' הכולל ויתור סודיות, פרטי המבוטח ופרטי חשבון בנק
2. סיכום חוות דעת ראשונה ע"י רופא מומחה
3. קבלה (יש למלא בטופס התביעה האם נדרש החזר מגורם אחר או לא- יש לכך מקום ייעודי בטופס)

חיסונים ליוצאים לחו"ל:

שיפוי בקבלת חיסונים עקב צאתו של המבוטח מהארץ לארצות חוץ, אשר המבוטח מחויב לקבלם, על פי הוראה של משרד הבריאות עד תקרה בגובה 208 ₪ בכפוף 40% השתתפות עצמית בגין כל נסיעה מזכה לחו"ל עד 2 נסיעות בשנה.

מסמך זה הינו תמצית בלבד. המידע כפוף לתנאי הפוליסה המלאים, להריגי הפוליסה ולתוקפה. סתירה ביחס לתנאי הפוליסה, תנאי הפוליסה יגברו. במקרה תביעה, מומלץ ליצור קשר לבירור זכאות טרם ביצוע, לקבלת אישור עקרוני מראש או לברר היקף הכיסוי הרלוונטי בחוברת הפוליסה המלאה.

 לשירות טלפוני 073-2128119	 שירות במייל hvrbiut@madan.es	 שירות בוטסאפ: 052-8259424	 להגשת תביעה דיגיטלית: לחץ כאן
--	---	--	--

מסמכי בסיס להגשת תביעה:

1. טופס תביעה חלק א' הכולל ויתור סודיות, פרטי המבוטח ופרטי חשבון בנק
2. העתק קבלה הכוללת את שם החיסון שבוצע (יש למלא בטופס התביעה האם נדרש החזר מגורם אחר או לא- יש לכך מקום ייעודי בטופס)

רפואה משלימה וייעוץ דיאטטי:

רפואה משלימה וייעוץ דיאטטי – המבטח ישתתף בהוצאות רפואה משלימה עד 131 ₪ לטיפול או התייעצות ועד ל-16 טיפולים בשנה. הכיסוי הוא לטיפולים הבאים בלבד: הומאופתיה, דיקור מסוג אקופונקטורה בלבד (דיקור מסורתית), כירופרקטיקה, אוסטאופתיה, רפלקסולוגיה, ייעוץ דיאטטי, שיאצו, שיטת פלדנקרייז, ביו-פידבק, נטורופתיה או טווינא, הרבולוגיה, שיטת פאולה, שיטת אלכסנדר.

תקופת אכשרה 6 חודשים.

- קבלת השתתפות בשירותי רפואה משלימה כפופה למכתב רפואי מאת רופא מומחה בתחום מומחיותו, שניתן בטרם ביצוע הטיפולים, הממליץ על טיפול מוגדר לבעיה הרפואית של המבוטח
- לא יינתן שיפוי בגין טיפולים שטרם בוצעו.
- לא יכוסו טיפולים /או ייעוץ בגין עיסוי רפואי

מסמכי בסיס להגשת תביעה:

1. טופס תביעה חלק א', פרטי המבוטח ופרטי חשבון בנק
2. הפנייה מרופא מומחה המאבחן את הצורך הרפואי והמלצתו לטיפול אלטרנטיבי.
3. העתק קבלה הכוללת שם המטפל/ת (יש למלא בטופס התביעה האם נדרש החזר מגורם אחר או לא- יש לכך מקום ייעודי בטופס)
4. ** באם לא מופיעה על גבי הקבלה כמות טיפולים יש להמציא כרטיס טיפולים.
5. הפוליסה מאפשרת כיסוי רק עבור טיפולים שבוצעו ע"י מטפלים בעלי תעודת הסמכה לביצוע טיפולים ברפואה משלימה. באם ע"ג המסמכים לא יהיה ברור האם המטפל מוסמך או לא, ייתכן ותהיה דרישה להמציא תעודת הסמכה- מומלץ להמציאה מראש באם ניתן
6. אם מבוטח הגיש תביעה לשב"ן, יוכל לקבל מהפוליסה החזר מלא של ההשתתפות העצמית ששילם לשב"ן וזאת בכפוף להגשת קבלה על גובה השתתפות בעלות הטיפול/ייעוץ. (במקרה זה המבוטח יקבל את ההפרש עד התקרה מבלי לקזז השתתפות עצמית).
7. במידה ומדובר על טיפול שבוצע בקופת חולים - אין צורך בתעודת הסמכה.

אביזרים רפואיים:

החזר עד לסך של 8,000 ₪ לכל תקופת הביטוח. (עבור כיסא גלגלים לילדים עד גיל 25 עד לסך של 6,000 ₪ לכל תקופת הביטוח) למעט מדרסים שהזכאות להשתתפות עבור מדרסים תהיה אחת לשנתיים **באמצעות ספק הסדר בלבד** (הזכאות למדרסים דרך ספק השירות הינה למדרסים שעלותם עד 450 ₪ בלבד). **לא יינתן כל החזר עבור מדרסים שנרכשו שלא באמצעות ספק שירות שבהסכם עם המבטח.**

"אביזר רפואי" כל מכשיר או אביזר לשימוש פנימי או חיצוני אשר נועד לאבחון, ניטור, הקלה, טיפול או מניעה של מחלה, פציעה או נכות, כלי עזר לבעל מוגבלות פיזית או תחליף של איבר אנטומי. מובהר כי אביזר מושלם המכוסה בפרק הניתוחים אינו מכוסה על פי סעיף זה.

בכפוף לתנאים הבאים:

1. רכישת האביזר הרפואי מותנית בפנייה מפורטת ומנומקת בכתב מרופא מומחה.
 2. לא יכוסו אביזרים הקשורים לטיפולי שיניים.
 3. לא יכוסו עדשות מגע, למעט עדשות מגע ניידות במקרה של מחלות: קרטוקונוס, השתלת קרנית, ריפוי קרנית, קוצר ראייה מעל 7, אפאקיה ואנאיזומטופיה של מעל 3 דיופטר.
 4. לא יכוסו משקפיים, למעט במקרה של מחלה כרונית מהמחלות הבאות: קוצר ראייה גבוה אצל ילדים, אסטיגמטיזם מעל 7 (החזר עבור עדשות בלבד). כמו כן יכוסה משקפיים טלסקופיים ומיקרוסקופיים.
 5. לא יכוסו נעליים אורתופדיות, למעט נעליים אורתופדיות רפואיות בהתאמה אישית ובנייה מיוחדת בהתאם לכללים שנקבעו, לחולים במחלה ראוטמית עם עיוות ניכר של כף הרגל, או לחולי סוכרת הסובלים מנמק או חסר אצבעות, לחולים אחרי כריתה חלקית של כף הרגל או שיתוק שרירים.
 6. הזכאות להשתתפות עבור מדרסים תהיה אחת לשנתיים, באמצעות ספק הסדר בלבד (הזכאות למדרסים דרך ספק השירות הינה למדרסים שעלותם עד 450 ₪ בלבד). לא יינתן כל החזר עבור מדרסים שנרכשו שלא באמצעות ספק שירות שבהסכם עם המבטח.
- תקופת אכשרה לסעיף זה 6 חודשים מיום תחילת הביטוח.**

מסמכי בסיס להגשת תביעה:

1. טופס תביעה חלק א', פרטי המבוטח ופרטי חשבון בנק
2. המלצה רפואית מרופא מומחה המציין אבחנה רפואית והמלצה על הצורך ברכישת האביזר הרפואי.
3. העתק קבלה (יש למלא בטופס התביעה האם נדרש החזר מגורם אחר או לא- יש לכך מקום ייעודי בטופס)

מסמך זה הינו תמצית בלבד. המידע כפוף לתנאי הפוליסה המלאים, להחריגי הפוליסה ולתוקפה. סתירה ביחס לתנאי הפוליסה, תנאי הפוליסה יגברו. במקרה תביעה, מומלץ ליצור קשר לבירור זכאות טרם ביצוע, לקבלת אישור עקרוני מראש או לברר היקף הכיסוי הרלוונטי בחוברת הפוליסה המלאה.

 שירות טלפוני 073-2128119	 שירות במייל hvrbrut@madan.es	 שירות בוטסאפ: 052-8259424	 להגשת תביעה דיגיטלית: לחץ כאן
---	---	--	--

מנוי למשדר קרדיולוגי:

המבוטח יהיה זכאי להשתתפות עבור דמי מנוי לשירות משדר קרדיולוגי עד לסכום שיפוי מרבי בסך 175 ש"ח לחודש, לתקופה מרבית בת 24 חודשים.
הזכאות לפי סעיף זה מותנית בכך שמצבו הבריאותי של המבוטח המחייב שימוש בשירותי מנוי למשדר קרדיולוגי הינו אחד מאלה:

- המבוטח אובחן כסובל ממחלת לב איסכמית, או עבר אוטם שריר הלב במהלך שלושה חודשים בטרם רכש מנוי לשירות.
- אובחן במבוטח הצורך בניתוח לב או מעקפים או השתלת לב. או מבוטח שעבר ניתוח כאמור.
- המבוטח סובל מהפרעות קצב חדריות המסכנות את חייו.

מסמכי בסיס להגשת תביעה:

1. טופס תביעה חלק א', פרטי המבוטח ופרטי חשבון בנק
2. טופס תביעה חלק ב' למילוי ע"י הרופא המומחה המטפל, הכולל: אבחנה המעידה כי המבוטח סובל מ - 1 מהמצבים הבריאותיים שצוינו לעיל, כולל תאריכים והמלצה לרכישת מנוי למשדר קרדיולוגי.
3. העתק מחשבונית העסקה - מספר המנויים - המבוטח צריך להיות רשום כמנוי ויש לציין מה עלותו של המנוי עבורו בלבד.
4. העתק קבלה (יש למלא בטופס התביעה האם נדרש החזר מגורם אחר או לא- יש לכך מקום ייעודי בטופס)

שמירת אחות ופיצוי באשפוז (ללא קשר לניתוח):

מבוטח יהיה זכאי להשתתפות המבוטח עד 350 ש"ח לכל יום החל מהיום שלאחר יום האשפוז, עבור שירותי אחות לשמירה ו/או טיפול, במקרה של אשפוז רצוף בבית חולים בישראל מחמת מחלה או תאונה (לא ניתוח), החל מהיום שלאחר יום האשפוז ולמשך תקופה מרבית בת 14 ימים. בנוסף מבוטח המאושפז לתקופה העולה על 7 ימים יהיה זכאי לפיצוי חד פעמי בסך 1,100 ש"ח.

תקופת אכשרה לסעיף זה 3 חודשים מיום תחילת הביטוח.

מסמכי בסיס להגשת תביעה:

1. טופס תביעה חלק א', פרטי המבוטח ופרטי חשבון בנק
2. סיכום אשפוז
3. קבלה (יש למלא בטופס התביעה האם נדרש החזר מגורם אחר או לא- יש לכך מקום ייעודי בטופס)

פינוי באמבולנס:

מבוטח יהיה זכאי להשתתפות המבוטח בהוצאה עבור העברה/פינוי באמבולנס לבית חולים וממנו במקרים בהם העברה אינה מכוסה על פי חוק הבריאות הממלכתי בגובה התעריף הרשמי של מגן דויד אדום עבור אותו שירות. ו/או על פי ההוצאה בפועל, לפי הנמוך מביניהם. המבוטח יהיה זכאי עד לשתי העברות בכל שנת ביטוח.

מסמכי בסיס להגשת תביעה:

1. טופס תביעה חלק א', פרטי המבוטח ופרטי חשבון בנק
2. סיכום אשפוז/דו"ח ביקור בחדר מיון
3. מכתב מקופת החולים בה חבר המבוטח שהפנינו אינו מכוסה במסגרת חוק הבריאות הממלכתי
4. העתק קבלה (יש למלא בטופס התביעה האם נדרש החזר מגורם אחר או לא- יש לכך מקום ייעודי בטופס)

טיפול שיקום-

טיפול פיזיותרפי ו/או ריפוי בעיסוק (שלא לאחר ניתוח):

המבוטח יהיה זכאי להשתתפות המבוטח עבור טיפולים פיזיותרפיה/ הידרותרפיה, ו/או ריפוי בעיסוק, ו/או טיפול שיקומי אחר שביצע המבוטח במהלך תקופת הביטוח, ע"י פיזיותרפיסט או מרפא בעיסוק, או מטפל שיקומי, בעל תעודת הסמכה מהרשויות המוסמכות בישראל. השתתפות המבוטח תהיה לא יותר מ- 200 ש"ח לכל לטיפול ולא יותר מ- 20 טיפולים בכל שנת ביטוח. הטיפול ינתן עפ"י הוראת רופא שהבעיה בתחום מומחיותו.

מסמכי בסיס להגשת תביעה:

1. טופס תביעה חלק א', פרטי המבוטח ופרטי חשבון בנק
2. טופס תביעה חלק ב' למילוי ע"י הרופא המומחה המטפל או לחלופין הפניה מרופא מומחה לביצוע הטיפול הכוללת אבחנה רפואית
3. העתק קבלה המפרטת מס טיפולים ותעריף פר טיפול (יש למלא בטופס התביעה האם נדרש החזר מגורם אחר או לא- יש לכך מקום ייעודי בטופס)

שיקום דיבור:

טיפול לשיקום כושר הדיבור למבוטח, אשר נמצא במצב של אובדן מלא או חלקי של כושר הדיבור, עקב אירוע מוחי (c.v.a) או ניתוח או מחלה או תאונה.

שיפוי עד 135 ש"ח לטיפול, עבור לא יותר מ-16 טיפולים בשנת ביטוח אחת.

מסמך זה הינו תמצית בלבד. המידע כפוף לתנאי הפוליסה המלאים, להחייגי הפוליסה ולתוקפה. סתירה ביחס לתנאי הפוליסה, תנאי הפוליסה יגברו. במקרה תביעה, מומלץ ליצור קשר לבירור זכאות טרם ביצוע, לקבלת אישור עקרוני מראש או לברר היקף הכיסוי הרלוונטי בחוברת הפוליסה המלאה.

 לשירות טלפוני 073-2128119	 שירות במייל hvrbrut@madan.es.com	 שירות בוטסאפ: 052-8259424	 להגשת תביעה דיגיטלית: לחץ כאן
--	---	--	--

מסמכי בסיס להגשת תביעה:

1. טופס תביעה חלק א', פרטי המבוטח ופרטי חשבון בנק
2. סיכום מחלה/אשפוז
3. מכתב הפניה מרופא מומחה המאשר את האבחנה והמלצה לשיקום הדיבור
4. העתק קבלה (יש למלא בטופס התביעה האם נדרש החזר מגורם אחר או לא- יש לכך מקום ייעודי בטופס)

התעמלות שיקומית:

השתתפות של המבוטח בהתעמלות שיקומית לאחר אירוע לב.
עד לסכום מרבי של 200 ש"ח לחודש, ולתקופה שלא תעלה על 12 חודשים המסתיימת לכל המאוחר בתום 18 חודשים ממועד השחרור מבית חולים.
תקופת אכשרה - 6 חודשים.

מסמכי בסיס להגשת תביעה:

1. טופס תביעה חלק א', פרטי המבוטח ופרטי חשבון בנק
2. סיכום מחלה/אשפוז
3. מכתב הפניה מרופא מומחה הממליץ התעמלות שיקומית כולל האבחנה רפואית
4. העתק קבלה (יש למלא בטופס התביעה האם נדרש החזר מגורם אחר או לא- יש לכך מקום ייעודי בטופס)

כיסוי מיוחד לילדים:

פיצוי בגין היעדרות מלימודים:

מבוטח שגילו נמוך מ- 21 ושנעדר מלימודיו בבית ספר כתוצאה מתאונה או מחלה שאירעה במהלך תקופת הביטוח, יהיה זכאי לפיצוי בסך 220 ש"ח ליום בעבור כל יום היעדרות מלא, החל מהיום ה- 21 להיעדרות ועד 360 יום (לא כולל ימי חופשה וחג)
תקופת אכשרה לסעיף זה - 3 חודשים מיום תחילת הביטוח

מסמכי בסיס להגשת תביעה:

1. טופס תביעה חלק א', פרטי המבוטח ופרטי חשבון בנק
2. סיכום מחלה ו/או דו"ח אשפוז המעידים על היעדרות בהתאמה לתאריכי אישור היעדרות מבית ספר
3. אישור היעדרות מלימודים מבית הספר חתום על ידי מנהל/מנהלת בית הספר, ובנוסף תחום התאריכים

בעיות הרטבה לילדים:

המבוטח יהיה זכאי להשתתפות עבור שני טיפולים למניעת הרטבה אצל ילדים מעל גיל 5 בבעיות הרטבה שניתן למבוטח במהלך תקופת הביטוח עד תקרה בגובה 880 ש"ח לכל טיפול.
תקופת אכשרה לסעיף זה 6 חודשים מיום תחילת הביטוח.

מסמכי בסיס להגשת תביעה:

1. טופס תביעה חלק א', פרטי המבוטח ופרטי חשבון בנק
2. הפניה רפואית מרופא ילדים לביצוע הטיפול ואבחנה ובה בעיית הרטבה
3. העתק קבלה (יש למלא בטופס התביעה האם נדרש החזר מגורם אחר או לא- יש לכך מקום ייעודי בטופס)

אבחון בעיות התפתחות ילדים/ ליקוי למידה

מבוטח שגילו עד 18 שנים יהיה זכאי להשתתפות בהוצאות אבחון ע"י רופא מומחה בתחום ו/או ע"י פסיכולוג קליני ו/או פסיכולוג חינוכי ו/או מכון אבחון ו/או מאבחן המתמחה בין השאר באבחון פסיכו/דידקטי אבחון הפרעות קשב וריכוז ובדיקות TOVA BRC, MOXO ומבחנים / מבדקים עד לסכום בסך 1,310 ש"ח. הזכאות היא אחת לתקופת ביטוח.
תקופת אכשרה לסעיף זה 12 חודשים מיום תחילת ביטוח זה.

קיימות 2 אפשרויות החזר:

1. למבוטח שמעוניין לפנות קודם למימון זכאותו דרך השב"ן. בוצע הטיפול באמצעות נותן שירות בהסכם עם השב"ן, ונדרש מהמבוטח לשלם השתתפות עצמית לנותן השירות- החזר של מלוא עלות ההשתתפות העצמית ועד לתקרת הכיסוי.
2. מבוטח שלא מעוניין למצות זכאותו דרך השב"ן או שמעוניין לפנות לגורם פרטי שאינו בהסדר עם השב"ן- החזר של 80% מההוצאה בפועל ועד לתקרת הכיסוי.

מסמכי בסיס להגשת תביעה:

1. טופס תביעה חלק א', פרטי המבוטח ופרטי חשבון בנק
2. העתק קבלה (יש למלא בטופס התביעה האם נדרש החזר מגורם אחר או לא- יש לכך מקום ייעודי בטופס)

טיפול בבעיות התפתחות בילדים:

המבוטח יהיה זכאי להשתתפות עבור טיפול בבעיות התפתחות הילד ו/או ליקוי למידה אשר התגלו ואובחנו ע"י רופא מומחה להתפתחות הילד אצל ילד עד גיל 18 או נירולוג ילדים או פסיכיאטר ילדים, פסיכותרפיה על ידי פסיכותרפיסט מוסמך בעל תואר במקצוע הטיפול שהעניק למבוטח עובד סוציאלי בוגר תואר שני במסלול קליני.

מסמך זה הינו תמצית בלבד. המידע כפוף לתנאי הפוליסה המלאים, להחייגי הפוליסה ולתקופה. סתירה ביחס לתנאי הפוליסה, תנאי הפוליסה יגברו. במקרה תביעה, מומלץ ליצור קשר לבירור זכאות טרם ביצוע, לקבלת אישור עקרוני מראש או לברר היקף הכיסוי הרלוונטי בחוברת הפוליסה המלאה.

 לשירות טלפוני 073-2128119	 שירות במייל hvrbiut@madanesh.com	 שירות בוטסאפ: 052-8259424	 להגשת תביעה דיגיטלית: לחץ כאן
--	---	--	--

המחייבות טיפול על ידי אחד מאלה: פיזיותרפיסט ו/או מרפא בעיסוק ו/או קלינאי תקשורת ו/או פסיכולוג, עד 60% מעלות הטיפול, אך לא יותר מ- 131 לטיפול, ולא יותר מ- 30 טיפולים במהלך תקופת הביטוח. תקופת אכשרה לסעיף זה 12 חודשים מיום תחילת ביטוח זה.

מסמכי בסיס להגשת תביעה:

1. טופס תביעה חלק א', פרטי המבוטח ופרטי חשבון בנק
2. מסמך המעיד על אבחנה מפורשת של בעיית התפתחות או ליקוי למידה
3. הפניה לטיפול מרפא רלוונטי בתחום: רופא בעל התמחות בהתפתחות הילד/ נוירולוג ילדים, פסיכיאטר ילדים במידה ואין הפניה כזו אך קיים אבחון המעיד על בעיה התפתחותית / לקות למידה ממכון להתפתחות הילד, יש לצרף את האבחון לטובת בדיקת זכאות.
4. העתק קבלה (יש למלא בטופס התביעה האם נדרש החזר מגורם אחר או לא- יש לכך מקום ייעודי בטופס)

פיצוי במקרה של אשפוז ילדו של מבוטח:

מבוטח שגילו מתחת ל- 21 שנים, ואשר אושפז בבית חולים בישראל שלא לצורך ניתוח, יהיה זכאי לפיצוי של 275 ש"ח לכל יום אשפוז, החל מהיום שלאחר יום האשפוז ולתקופה מרבית בת 14 ימים.

מסמכי בסיס להגשת תביעה:

1. טופס תביעה חלק א' פרטי המבוטח ופרטי חשבון בנק
2. סיכום אשפוז כולל תאריכי אשפוז מדויקים

מאבק בסרטן:

מבוטח שגילו נמוך מ- 21 שנים יהיה זכאי לפיצוי בסך 109,200 ₪ בעת גילוי מחלת סרטן. לעניין סעיף זה סרטן (Cancer) – נוכחות גידול של תאים ממאירים הגדלים באופן בלתי מבוקר וחודרים ומתפשטים לרקמות הסביבה או לרקמות אחרות. מחלת הסרטן תכלול לויקמיה, לימפומה ומחלת הודג'קין.

מקרה הביטוח אינו כולל:

1. גידולים המאובחנים כשינויים ממאירים של Carcinoma in Situ, כולל דיספלזיה של צוואר הרחם, CIN1, CIN2, CIN3 או גידולים המאובחנים בהיסטולוגיה כטרום ממאירים
2. מלנומה ממאירה דרגה A1 (1 מ"מ) לפי סיווג ה- AJCC לשנת 2002
3. מחלות עור מסוג:
 - Basal Cell Carcinoma
 - Hyperkeratosis
 - מחלות עור מסוג Squamous Cell Carcinoma אלא אם כן התפשטו לאיברים אחרים
4. מחלות סרטניות בנוכחות מחלת ה- AIDS
5. סרטן הערמונית המאובחן בהיסטולוגיה עד ל- T2 No Mo TNM Classification (כולל) או לפי Gleason Score עד ל- 6 (כולל)
6. לוקימיה לימפוציטית כרונית.

תקופת אכשרה לסעיף זה 12 חודשים מיום תחילת ביטוח זה.

מסמכי בסיס להגשת תביעה:

1. טופס תביעה חלק א' הכולל ויתור סודיות, פרטי המבוטח וצילום המחאה
2. מסמכים רפואיים המציינים את תאריך גילוי המחלה ודרכי הטיפול
3. סיכום רפואי מרפא משפחה מטפל הכולל היסטוריה רפואית

בדיקות לנשים בהריון:

שיפוי בעבור בדיקות לנשים בהריון, כמפורט להלן:
בדיקת סיסיו שליה או מי שפיר, בדיקת שיקוף עורפי, סקירה על קולית מורחבת של עובר הנישא ברחמה של המבוטחת, בדיקת אקו לב של העובר, בדיקת חלבון עוברי, ובדיקת כרומוזומים לשלילת תסמונת דאון וטריזומיה 18 או כל בדיקה אחרת הנדרשת במהלך ההריון על פי המלצת רופא מומחה.
התייעצויות עם גניקולוג/רופא נשים מומחה בעת הריון, גם אם הינן כבדיקות שגרה בהריון ולא עקב בעיה רפואית יכולו תחת סעיף ההריון. סעיף זה יחול גם על אם פונדקאית שאינה מבוטחת בפוליסה זו.
סכומי החזר- עד 4,400 ₪ עבור כל הבדיקות יחד, בכל הריון, במקרה של תאומים תקרת הכיסוי תהיה עד 6,600 ₪ לכל הריון.
תקופת אכשרה לסעיף זה 9 חודשים.

בנות עמיתיות חבר לא זכאיות לתגמולי ביטוח במסגרת סעיף זה - אלא אם כן הגיעה לגיל בוגרת (25) תחת פרמיה של בוגרת.

למשרתת קבע- החזר בגובה 70% מההוצאה בפועל ועד תקרת החזר המופיעה לעיל.

לבט זוג של עמיתות שתי אפשרויות החזר:

1. בוצע הטיפול באמצעות נותן שרות בהסכם עם השב"ן, ונדרש מהמבוטח לשלם השתתפות עצמית לנותן השרות- החזר של מלוא עלות ההשתתפות העצמית ועד לתקרת הכיסוי.

מסמך זה הינו תמצית בלבד. המידע כפוף לתנאי הפוליסה המלאים, להחריג הפוליסה ולתקופה. סתירה ביחס לתנאי הפוליסה, תנאי הפוליסה יגברו. במקרה תביעה, מומלץ ליצור קשר לבירור זכאות טרם ביצוע, לקבלת אישור עקרוני מראש או לברר היקף הכיסוי הרלוונטי בחוברת הפוליסה המלאה.

 שירות טלפוני 073-2128119	 שירות במייל hvrbrut@madanesh.com	 שירות בוטסאפ: 052-8259424	 להגשת תביעה דיגיטלית: לחץ כאן
---	---	--	--

2. בוצע באופן פרטי (ע"י גורם שאינו בהסדר עם השב"ן) - החזר של 70% מההוצאה בפועל ועד תקרת הכיסוי.

מסמכי בסיס להגשת תביעה:

1. טופס תביעה חלק א', פרטי המבוטח ופרטי חשבון בנק
2. העתק קבלה (יש למלא בטופס התביעה האם נדרש החזר מגורם אחר או לא- יש לכך מקום ייעודי בטופס)

בדיקות גנטיות:

המבוטח יהיה זכאי להשתתפות עבור ביצוע בדיקות גנטיות שבוצעו במבוטח/ת לשלילת מומים מולדים, במקרים בהם הבדיקה אינה ממומנת ע"י הסל הבסיסי או משרד הבריאות או שאינה כלולה בסל השירותים הניתן לאנשי קבע, לפי העניין. הזכאות הינה עד 1,310 ש"ח, פעם אחת בתקופת הביטוח.

תקופת אכשרה לסעיף זה 9 חודשים.

משרת קבע- החזר בגובה 70% מההוצאה בפועל ועד תקרת החזר המופיעה לעיל.

****ילדי עמיתי חבר לא יהיו זכאים לתגמולי ביטוח על פי סעיף זה עד גיל 25****

עבור בני/בנות זוג יהיו שתי אפשרויות החזר:

1. בוצע הטיפול באמצעות נותן שרות בהסכם עם השב"ן, ונדרש מהמבוטח לשלם השתתפות עצמית לנותן השרות- החזר של מלוא עלות ההשתתפות העצמית ועד לתקרת הכיסוי.
2. בוצע באופן פרטי (ע"י גורם שאינו בהסדר עם השב"ן) - החזר של 70% מההוצאה בפועל ועד תקרת הכיסוי.

מסמכי בסיס להגשת תביעה:

1. טופס תביעה חלק א' הכולל, פרטי המבוטח ופרטי חשבון בנק
2. העתק קבלה (יש למלא בטופס התביעה האם נדרש החזר מגורם אחר או לא- יש לכך מקום ייעודי בטופס)

טיפול פריון הפריה חוץ גופית:

מבוטח/ת יהיה זכאי להשתתפות עבור טיפולי פוריות שבוצעו במבוטח/ת במהלך תקופת הביטוח בארץ, עד 30,000 ש"ח לכל לידה. (ללא תלות במספר הילדים בכל לידה) וזאת בהמלצת רופא מומחה בתחום.

בנוסף, כיסוי לטיפול הפריה אשר בוצע בחו"ל וזאת עד 22,500 ש"ח לתקופת ביטוח.

שירותי פונדקאות מכל סיבה שהיא עד 30,000 ש"ח לתקופת ביטוח.

שירותי שמירת זרע ו/או שמירת ביציות לטווח ארוך מכל סיבה שהיא ועד לתקרה של 30,000 ש"ח לתקופת ביטוח.

יובהר כי האמור בסעיף זה מקנה כיסוי גם לזוגות מאותו מין וגם למבוטחת המבקשת לבצע שמירת ביציות בגלל גיל או למבוטחת המבצעת טיפולי פריון בגלל היותה יחידנית.

משרת קבע- החזר בגובה 70% מההוצאה בפועל ועד תקרת החזר המופיעה לעיל.

בני/בנות זוג: שתי אפשרויות החזר

1. בוצע הטיפול באמצעות נותן שרות בהסכם עם השב"ן, ונדרש מהמבוטח לשלם השתתפות עצמית לנותן השרות- החזר של מלוא עלות ההשתתפות העצמית ועד לתקרת הכיסוי.
2. בוצע באופן פרטי (ע"י גורם שאינו בהסדר עם השב"ן) - החזר של 70% מההוצאה בפועל ועד תקרת הכיסוי.

תקופת אכשרה לסעיף זה 9 חודשים מיום תחילת ביטוח זה.

מסמכי בסיס להגשת תביעה:

****יש להעביר מסמכים לבדיקת זכאות טרם ביצוע הטיפולים****

1. טופס תביעה חלק א' הכולל ויתור סודיות, פרטי המבוטח ופרטי חשבון בנק
2. טופס תביעה חלק ב' למילוי ע"י הרופא המטפל (רופא מקצועי שטיפל במבוטח בקשר עם הבעיה הרפואית), לרבות הפניה לביצוע טיפולי פוריות ו/או הפריה חוץ גופית
3. דו"ח טיפולים
4. העתק קבלה (יש למלא בטופס התביעה האם נדרש החזר מגורם אחר או לא- יש לכך מקום ייעודי בטופס)

טיפולים פסיכולוגיים במקרים קשים:

המבוטח יהיה זכאי לטיפולים פסיכולוגיים שבוצעו במהלך תקופת הביטוח על ידי מטפל כמוגדר להלן-

פסיכולוג קליני או פסיכולוג שיקומי בעל רישיון תקף ממשרד הבריאות והרשום בפנקס הפסיכולוגים.

עובד סוציאלי קליני בעל הסמכה בתוקף והרשום בפנקס העובדים הסוציאליים על פי חוק העובדים הסוציאליים, התשנ"ו - 1996.

פסיכותרפיסט המזיק ברישיון פסיכולוג כאמור לעיל או פסיכותרפיסט המחזיק ברישיון מומחה בתחום הפסיכיאטריה מטעם משרד הבריאות או פסיכותרפיסט בעל הסמכה לפעול כעובד סוציאלי כאמור לעיל.

. הזכאות לטיפול פסיכולוגי הינה עבור ילדים עד גיל 18 אך ורק כתוצאה מהמקרים המפורטים להלן,

הפרעות אכילה

אלימות במשפחה

מסמך זה הינו תמצית בלבד. המידע כפוף לתנאי הפוליסה המלאים, להחייגי הפוליסה ולתקופה. סתירה ביחס לתנאי הפוליסה, תנאי הפוליסה יגברו. במקרה תביעה, מומלץ ליצור קשר לבירור זכאות טרם ביצוע, לקבלת אישור עקרוני מראש או לברר היקף הכיסוי הרלוונטי בחוברת הפוליסה המלאה.

 לשירות טלפוני 073-2128119	 שירות במייל hvrbiut@madan.es	 שירות בוטסאפ: 052-8259424	 להגשת תביעה דיגיטלית: לחץ כאן
--	---	--	--

פגיעה מינית

מוות של בן משפחה קרוב מדרגה ראשונה
המבטח ישפה את המבוטח בגין טיפולים שניתנו למבוטח בפועל וישלם למבוטח תגמולי ביטוח בגובה 80% מההוצאות הממשיות בפועל ולא יותר מאשר 120 ש"ח לכל טיפול ועד 12 טיפולים בשנת ביטוח.
תקופת אכשרה לסעיף זה 6 חודשים מיום תחילת הביטוח.

טיפולים בכאב:

המבטח ישפה את המבוטח בגין טיפולים שניתנו למבוטח בפועל וישלם למבוטח תגמולי ביטוח בסך 80% מההוצאות הממשיות בפועל ולא יותר מ 6,000 ש"ח לשנת ביטוח עבור טיפולים בכאב (כגון זריקות, זריקות חומרי סיכוך למפרקים ולעמוד השדרה טיפול בגלי הלם, תא לחץ) הניתנים למבוטח בהמלצה של רופא מומחה בתחום.
הטיפולים אינם כוללים טיפולים מתחום הרפואה המשלימה או טיפול באמצעות קנביס רפואי.
תקופת אכשרה לסעיף זה 6 חודשים מיום תחילת הביטוח.

חדר מלח:

המבטח ישפה את המבוטח בגין טיפולים שניתנו למבוטח בפועל וישלם למבוטח תגמולי ביטוח בסך 80% מההוצאות הממשיות בפועל ולא יותר מ 1,500 ש"ח לשנת ביטוח עבור טיפולים בחדר מלח הניתנים למבוטח בהמלצה של רופא מומחה בתחום.
תקופת אכשרה לסעיף זה 6 חודשים מיום תחילת הביטוח.

טיפול חיסוני (אימונותרפיה) טיפולים להפחתת/הסרת אלרגיה:

המבטח ישפה את המבוטח בגין טיפולים שניתנו למבוטח בפועל וישלם למבוטח תגמולי ביטוח בסך 80% מההוצאות הממשיות בפועל ולא יותר מ 5,000 ש"ח לשלוש שנות ביטוח עבור טיפולים באלרגיה הניתנים למבוטח בהמלצה של רופא מומחה בתחום.
הטיפולים אינם כוללים טיפולים מתחום הרפואה המשלימה
תקופת אכשרה לסעיף זה 6 חודשים מיום תחילת הביטוח

טיפול בפצעים פתוחים וזיהומים:

המבטח ישתתף ב 80% מההוצאות המבוטח בגין טיפול בפצעים פתוחים ו/או מזוהמים לרבות פצעי לחץ, ו/או מכל סיבה רפואית אחרת בעת שהייה בבית חולים ו/או בבית החלמה ו/או בבית , עד לסך של 11,500 ש"ח למקרה.

פרק ז' - שיפוי להוצאות רפואית בעת גילוי מחלה קשה

החזר הוצאות (שיפוי בלבד) **בעבור הוצאות רפואיות מפורטות** הקשורות למחלות ו/או האירועים כמפורט בחוברת הפוליסה, אשר אירע לראשונה במשך תקופת הביטוח ולאחר תקופה האכשרה
סכום הביטוח הינו שיפוי בגובה 53,157 ש"ח לכל סך מקרי הביטוח לכל תקופת הביטוח בכפוף להשתתפות עצמית בגובה 25%.
הכיסוי הינו רק עבור שירותים מפורטים בהמשך הניתנים בישראל למניעת הישנות המחלה או החמרתה: שירותי סיוע והשגחה ע"י אחות בעת אשפוז בבי"ח, תוספי מזון בכפוף להפניה רפואית, התייעצות עם רופאים מומחים, תאי לחץ, הוצאות שיקום פיזיותרפיה, אביזרים רפואיים מושתלים. חולי סרטן לפני טיפולים כימותרפיים יוכלו לבצע הקפאה שמירת זרע/ ביצית עד תקופה מרבית של 5 שנים.

תקופת אכשרה: 90 ימים

מסמכי בסיס להגשת תביעה:

****יש להגיש מסמכים לבדיקת זכאות טרם ביצוע הניתוח****

1. טופס תביעה חלק א' הכולל ויתור סודיות, פרטי המבוטח ופרטי חשבון בנק
2. טופס תביעה חלק ב' למילוי ע"י הרופא המומחה הכולל אבחנה רפואית ומועד גילוי המחלה או לחילופין מסמכים רפואיים מרופא מומחה המציינים את מועד גילוי המחלה וההמלצה לטיפול הנדרש
3. העתק קבלה (יש למלא בטופס התביעה האם נדרש החזר מגורם אחר או לא- יש לכך מקום ייעודי בטופס)

מסמך זה הינו תמצית בלבד. המידע כפוף לתנאי הפוליסה המלאים, להריגי הפוליסה ולתוקפה. סתירה ביחס לתנאי הפוליסה, תנאי הפוליסה יגברו. במקרה תביעה, מומלץ ליצור קשר לבירור זכאות טרם ביצוע, לקבלת אישור עקרוני מראש או לברר היקף הכיסוי הרלוונטי בחוברת הפוליסה המלאה.

 לשירות טלפוני 073-2128119	 שירות במייל hvrbrut@madanes.com	 שירות בוטסאפ: 052-8259424	 להגשת תביעה דיגיטלית: לחץ כאן
--	---	--	--