

תכנית 5986 - אוגדן כיסויים ושירותים אמבולטוריים 2016

פרק 6650 ביטוח לשירותים אמבולטוריים וטכנולוגיות מתקדמות ברפואה בישראל

תנאים כלליים לפרקי התכנית

תמורת תשלום פרמיה כאמור בדף פרטי הביטוח על פי הפרקים בתוכנית זו המצויינים בדף פרטי הביטוח, ישפה המבטח את המבטח ו/או ישלם לנותן השירות, לפי העניין, עבור הוצאות בכפוף וכמפורט בתכנית זו ובדף פרטי הביטוח, בכפוף לתנאים, הגבלות, חריגים והסייגים המפורטים בתכנית זו ובכפוף לתנאים הכלליים לתוכניות ביטוח הבריאות.

יובהר כי בכל מקום בתכנית זו בו נעשה שימוש בלשון זכר הכוונה הינה גם ללשון נקבה. ואולם, בכל מקום בו הובהר כי הכיסוי יינתן למבוטחת הכוונה הינה רק ללשון נקבה לאור מהות הכיסוי.

1 שינויים ויתורים או סטיות בתנאי התכנית

1.1	תכנית זו מתווספת לתנאים הכלליים לתוכניות ביטוח בריאות.
1.2	במקרה של סתירה בין האמור בתכנית זו לבין האמור בתנאים הכלליים לתוכניות ביטוח בריאות יחייב לעניין תכנית זו האמור בה בלבד.
1.3	למען הסר ספק ההוראות בתנאים הכלליים לתוכניות ביטוח בריאות בדבר הפרמיה או דמי הביטוח, תשלומם והצמדתם יחולו על תכנית זו, אלא אם כן צוין בתכנית זו אחרת.

2 תוקף התוכנית

2.1	תכנית זו הינה תכנית נוספת על פי הגדרתה בתנאים הכלליים לתוכניות ביטוח בריאות ולפיכך תישאר בתוקפה בכפוף לכך שתכנית בסיס, לפחות אחת, הינה בתוקף ביחס למבוטח על פי תכנית זו. מובהר כי המבוטח רשאי לבטל תכנית זו ללא תלות בביטול תכנית הבסיס. תנאי הביטול ו/או חידוש התוכנית הינם בהתאם למפורט בתנאים הכלליים לתוכניות ביטוח הבריאות.
2.2	המבוטח רשאי, בכל עת, לבטל תכנית זו בהודעה בכתב לחברה, והביטול ייכנס לתוקפו באופן מיידי מרגע קבלת הודעת הביטול בחברה. המבוטח יהיה זכאי להחזר יחסי מדמי התכנית ששילם בגין החודש בו בוטלה התכנית, בגובה יתרת החודש שלאחר קבלת הודעת הביטול בחברה. מובהר כי בכל מקרה של ביטול התכנית, לא יוחזרו דמי הביטוח אשר שולמו בגין התקופה שלפני כניסת ביטול התכנית לתוקף.
2.3	להסרת כל ספק יובהר כי במועד פקיעתה של תכנית זו, ביטולה או סיום תוקפה, מכל סיבה שהיא, תסתיים זכאותו של המבוטח לקבלת השירותים על פי תכנית זו. יובהר כי אם פנה המבוטח לקבלת שירותים טרם מועד פקיעתה של תכנית זו, יהיה המבוטח זכאי להמשיך לקבל את השירות שלגביו בוצעה הפנייה עד תום מועד פקיעתה של תכנית זו.

3 החוק הנהוג וסמכות השיפוט

3.1	בכל מחלוקת בין הצדדים בקשר עם תכנית זו, יחול הדין הישראלי ויתברר בפני בית המשפט המוסמך עניינית ומקומית לדון במחלוקת.
-----	--

פרק 6650 - פרק א': שירותים אמבולטוריים וטכנולוגיות מתקדמות ברפואה בישראל

מבוא

פרק זה מכסה מבוסס, כהגדרתו להלן בפרק זה, ובלבד שפרק זה צויין במפורש בדף פרטי הביטוח ועל פיו יהיה זכאי לשירותים המפורטים להלן, בכפוף לתנאים, החריגים והסייגים בפרק זה ובכפוף לתנאים הכלליים לתוכניות ביטוח הבריאות.

1 הגדרות

בפרק זה כמוגדר להלן, יתפרשו המונחים הבאים כדלקמן:

<p>1.1.1 גידולים המאובחנים כשינויים ממאירים של <i>carinoma in situ</i> כולל דיספלזיה של צוואר הרחם, CIN3, CIN2, CIN1, או גידולים המאובחנים בהיסטולוגיה כטרומ ממאירים.</p> <p>1.1.2 מלנומה ממאירה בעובי פחות מ-0.75 מ"מ עם פחות ממיטוזה אחת לממ"ר וללא אוצרציות (התחייבויות)</p> <p>1.1.3 מחלות עור מסוג:</p> <p>1.1.3.1 Basal Cell Carcinoma-I hyperkeratosis</p> <p>1.1.3.2 מחלות עור מסוג: Squamous Cell Carcinoma אלא אם כן התפשטו לאיברים אחרים</p> <p>1.1.4 מחלות סרטניות מסוג סרקומה על שם קפוישי בנוכחות מחלת ה-AIDS.</p> <p>1.1.5 סרטן הערמונית המאובחן בהיסטולוגיה עד ל-T2 NO MO-7 TNM Classification (כולל) או לפי Gleason Score 6-7 (כולל)</p> <p>1.1.6 לויקמיה לימפוציטים כרונית (C.L.L.) עם ספירה של פחות מ-10,000/ul B cell lymphocytes ובלבד שהמבוסס לא מקבל טיפול תרופתי.</p> <p>1.1.7 סרטן תירואיד שבו לא הוסרה כל הבלוטה</p> <p>1.1.8 פוליפים במעי או בכיס השתן שאינם מחייבים פעולה רפואית מעבר לכריתה מקומית.</p> <p>1.1.9 גמופתיה מוקדמת MGUS ובלבד שהמבוסס לא מקבל טיפול תרופתי</p> <p>1.1.10 T cell lymphoma של העור, ובלבד שמדובר בנגעים שיטחיים על פני העור בלבד, המחלה הקשה תכוסה בשלב בו הגיעה ל-T CELL LY</p>	<p>1.1 מחלת הסרטן</p>
--	-----------------------

<p>הסכומים המפורטים בפרק זה צמודים למדד 12354 נקודות, אשר פורסם ביום 15.08.15. דמי הביטוח יהיו צמודים למדד הנקוב בדף פרטי הביטוח.</p>	<p>1.2 מדד</p>
---	----------------

2 מקרה הביטוח ומועד קרות מקרה הביטוח

מקרה הביטוח הוא מצבו הרפואי של המבוסס במהלך תקופת הביטוח ולאחר תקופת האכשרה כמוגדר בסעיף 6 להלן, אשר מחייב על פי הוראת רופא ו/או רופא מומחה קבלת טיפול רפואי או ביצוע בדיקות ו/או טיפולים ו/או התייעצויות הנכללות בתוכנית זו (להלן: "השירותים"). מובהר בזאת כי השירותים המפורטים להלן יינתנו אך ורק בישראל.

3 פירוט השירותים

סכומי הביטוח המרביים למי מהשירותים המפורטים בפרק זה יחושבו בהתאם להוצאות הממשיות אשר הוצאו בפועל, בניכוי השתתפות עצמית המצוינת ברשימת גבולות אחריות המבטח, אך לא יותר מהסכומים המצוינים ברשימת גבולות אחריות המבטח של פרק זה.

<p>3.1.1 על אף הקבוע בסייגים בתנאים כלליים לתכניות ביטוח בריאות, ישלם המבטח למבוססת החזר הוצאות בגין בדיקות הריון שבוצעו בגופה מהבדיקות המפורטות להלן, בגובה 80% מההוצאה שהוצאה בפועל ולא יותר מ-3,300 ₪ לכל הריון של המבוססת. להלן רשימת הבדיקות:</p> <p>3.1.1.1 ביצוע סקירה על קולית לבדיקת מערכות עובר מוקדמת או מאוחרת - בדיקה לסקירה על קולית (ULTRA SOUND)</p> <p>3.1.1.2 בדיקת שקיפות עורפית</p> <p>3.1.1.3 בדיקת סקר ביוכימי משולש (חלבון עוברי)</p> <p>3.1.1.4 בדיקת מי שפיר</p> <p>3.1.1.5 בדיקת NIPT</p> <p>3.1.1.6 ססי שלייה</p> <p>3.1.1.7 ביצוע בדיקת לאבחון גנטי טרום הריון לתכנון משפחה - זכאות בבדיקות דם לבדיקת סיכון רקע למחלות מולדות ולמחלות גנטיות לצורך תכנון משפחה. הזכאות לגבי בדיקה זו תינתן הן למבוסס והן למבוססת.</p> <p>3.1.1.8 ביצוע בדיקת CMA ("צ"פ גנטי") - זכאות לאבחון גנטי למחלות גנטיות. זכאות זו תינתן הן למבוסס והן למבוססת.</p> <p>3.1.1.9 החזר הוצאות למבוססת בגין 3 התייעצות עם רופא מומחה בנושא הריון ולידה, עד 800 ₪ להתייעצות. סכום הביטוח המירבי יהיה 80% מההוצאות אשר הוצאו בפועל וכלול בתקרת החזר כמפורט בסעיף 3.1.1. הכיסוי אינו כולל התייעצות עם רופא ברפואה ראשונית (דהיינו רופא משפחה) ותרופות.</p> <p>3.1.2 השתתפות במימון איסוף ושימור דם טבורי - המבטח ישלם החזר הוצאות למבוסס בסכום חד פעמי ועד 550 ₪ לכל הריון .</p> <p>3.1.3 השתתפות בקורס הכנה ללידה - המבטח ישלם החזר הוצאות למבוסס בסכום חד פעמי ועד 300 ₪ לכל הריון.</p> <p>3.1.4 התייעצות בקשר לתינוק שנולד - עם יועצת הנקה מוסמכת</p> <p>המבטח ישלם החזר הוצאות למבוססת המניקה בגין התייעצות עם יועצת הנקה בעלת הסמכה מהוועד הבינלאומי International Board Certified Lactation Consultant (IBCLC), להתייעצות אחת בחודש, עד גיל שנה של התינוק. סכום הביטוח המירבי יהיה 80% מההוצאות אשר הוצאו בפועל, אך לא יותר מ-250 ₪ בגין התייעצות.</p>	<p>3.1 הריון ולידה</p>
--	------------------------

<p>3.1.5. מלונית לאחר לידה – המבטח ישלם למבוטח לאחר לידה החזר בנין הוצאות שהייה במלונית יולדות בסמוך לאחר הלידה עד 200 ש"ח, לכל יום שהייה למשך תקופה של עד 7 ימים רצופים.</p> <p>3.1.6. הפריית מבחנה – מבטח ישלם למבוטחת החזר הוצאות בנין הפריית מבחנה שבוצעה בגובה עד 80% מההוצאה בפועל ולא יותר מ 9,000 ש"ח בנין עד שתי הפריית מבחנה יחד. מובהר בזאת כי מספר הפרייות המבחנה שהמבטח ישלם ישתתף בהוצאותיה לא יעלה על שתי הפריית למשך כל תקופת הביטוח. הזכאות לכיסוי הנ"ל מותנית בכך שלמבוטחת שני ילדים קודמים.</p>	
<p>3.2.1. התייעצות עם רופאים מומחים – כללי המבטח ישלם החזר הוצאות למבוטח בנין התייעצות עם רופא מומחה לגבי בעיה רפואית שבתחום מומחיותו, עד 800 ש"ח להתייעצות ראשונה בקשר לבעיה רפואית ("התייעצות ראשונה") ועד 500 ש"ח לכל התייעצות נוספת עם אותו מומחה לגבי אותה בעיה רפואית ("התייעצות חוזרת"). הכיסוי אינו כולל התייעצות עם רופא ברפואה ראשונית (דהיינו רופא משפחה וילדים) ותרופות. סכום הביטוח המירבי יהיה 80% מההוצאות אשר הוצאו בפועל ובכפוף לתקרה השנתית כמפורט בסעיף 4.</p> <p>3.2.2. התייעצות עם רופאים מומחים – התייעצות רב תחומית המבטח ישלם החזר הוצאות למבוטח בנין התייעצות המבוצעת עם מספר רופאים מומחים בעלי התמחויות שונות ("קונסוליום") לגבי בעיה רפואית שבתחום מומחיותם, סכום הביטוח המירבי יהיה 80% מההוצאות אשר הוצאו בפועל אך לא יותר מ 2,000 ש"ח ובכפוף לתקרה השנתית כמפורט בסעיף 4.</p> <p>3.2.3. התייעצות בקשר לבעיות גיל המעבר ואנטי איינינג - המבטח ישלם החזר הוצאות למבוטח בנין התייעצות עם רופא מומחה בתחום, מוגבל ל- 3 יעוצים לאבחנה רפואית אחת לתקופה של 12 חודשים רצופים. סכום הביטוח המירבי יהיה 80% מההוצאות אשר הוצאו בפועל אך לא יותר מ 550 ש"ח בנין התייעצות ובכפוף לתקרה השנתית כמפורט בסעיף 4.</p> <p>3.2.4. אישור לפעילות ספורט - המבטח ישלם החזר הוצאות למבוטח בנין התייעצות עם רופא לצורך קבלת אישור לפעילות ספורטיבית, מוגבל ליעוץ ו/או אישור אחד לתקופה של 12 חודשים רצופים. סכום הביטוח המירבי יהיה 80% מההוצאות אשר הוצאו בפועל אך לא יותר מ 100 ש"ח בנין התייעצות ובכפוף לתקרה השנתית כמפורט בסעיף 4.</p> <p>3.2.5. יעוץ/טיפול גמילה מהתמכרות (סמים, אלכוהוליזם, עישון והימורים, מין) - המבטח ישלם החזר הוצאות למבוטח בנין התייעצות עם פסיכולוג קליני או רופא מומחה בתחום, מוגבל ל- 12 יעוצים/טיפולים לתקופה של 12 חודשים רצופים. סכום הביטוח המירבי יהיה 80% מההוצאות אשר הוצאו בפועל אך לא יותר מ 230 ש"ח בנין התייעצות ובכפוף לתקרה השנתית כמפורט בסעיף 4.</p> <p>3.2.6. יעוץ להפרעות במפרק הלסת- 3.2.6.1. בדיקה לצורך ייעוץ לטיפול אורתונטיה / אורתוכירורגיה המבטח ישלם החזר הוצאות למבוטח בנין בדיקה ראשונית לצורך יעוץ טרום ניתוחי לעיוותים בעצמות הפנים והלסתות בכפוף לתנאים הבאים במצטבר: 3.2.6.1.1. כיסוי זה תקף למבוטחים מעל גיל 18 בלבד. 3.2.6.1.2. הבדיקה תינתן ע"י כירורג פה ולסת ו/או אורתודנט מומחה בעלי רישיון מומחה מטעם משרד הבריאות הישראלי. 3.2.6.1.3. כיסוי זה מוגבל לבדיקה אחת בלבד לתקופת הביטוח. 3.2.6.1.4. הכיסוי אינו כולל החזר הוצאות עבור צילומים הדרושים לביצוע הבדיקה. 3.2.6.1.5. הכיסוי תקף לבדיקות ויעוצים הנערכים בבתי חולים בלבד. 3.2.6.1.6. סכום הביטוח המירבי יהיה 80% מההוצאות אשר הוצאו בפועל אך לא יותר מ 660 ש"ח לבדיקה לתקופת ביטוח ובכפוף לתקרה השנתית כמפורט בסעיף 4. 3.2.6.2. בדיקה ויעוץ להפרעות בפרקי הלסתות 3.2.6.2.1. הבדיקה תינתן ע"י כירורג פה ולסת ו/או מומחה לרפואת הפה בעלי רישיון מומחה מטעם משרד הבריאות הישראלי 3.2.6.2.2. הכיסוי אינו כולל החזר הוצאות עבור צילומים הדרושים לביצוע הבדיקה. 3.2.6.2.3. הכיסוי תקף לבדיקות ויעוצים הנערכים בבתי חולים בלבד. 3.2.6.2.4. סכום הביטוח המירבי יהיה 80% מההוצאות אשר הוצאו בפועל אך לא יותר מ 550 ש"ח לבדיקה ובכפוף לתקרה השנתית כמפורט בסעיף 4.</p>	<p>3.2 רפואת מומחים והתייעצות</p> <p>3.3 בדיקות אבחנתיות וטיפולים פארא-רפואיים</p>
<p>3.3.1. בדיקות אבחנתיות - המבטח ישלם החזר הוצאות למבוטח בנין בדיקות אבחנתיות, ובכפוף להדמיה. החזר הוצאות יהיה 80% מההוצאות אשר הוצאו בפועל אך לא יותר מתקרת הסכום כמפורט בסעיף 4 לשנת ביטוח. הבדיקות כוללות: 3.3.1.1. בדיקות רנטגן 3.3.1.2. הדמיה באמצעות טומוגרפיה ממוחשבת (CT) לרבות CT PET 3.3.1.3. הדמיה באמצעות MRI לרבות MRI - i MRA. ובנוסף בדיקת - MRT. 3.3.1.4. הדמיה באמצעות אולטראסאונד 3.3.1.5. CT קרדיאלי מניעתי של הלב וכלי הדם הכליליים למבוטח בדרגת סיכון גבוהה למחלות לב - מבטח המצוי בדרגת סיכון גבוהה למחלות לב, יהא זכאי אחת לחמש שנים להחזר בגובה 80% מההוצאות בהן נשא בפועל בנין ביצוע בדיקת CT קרדיאלי, עד 4,400 ש"ח ובכפוף לתקרה השנתית כמפורט בסעיף 4. מבטח ייחשב כ- "מצוי בדרגת סיכון גבוהה למחלות לב" אם יעמוד המבוטח בעת ההפניה לבדיקה בתנאים המצטברים הבאים: (1) גיל מעל 45 (2) לחץ דם מעל 150/95</p>	

	<p>3) טריגליצרידים מעל 300 4) LDL מעל 180 5) BMI מעל 33</p> <p>3.3.1.6. אבחון וייעוץ גנטי למחלות תורשתיות – המבטח ישלם החזר הוצאות למבטח בגין ביצוע אבחון וייעוץ גנטי חד פעמי לגילוי מחלות תורשתיות וזאת במידה ואצל אחד מבני משפחתו מקרבה ראשונה (הורים, אחים, ילדים) של המבטח התגלתה לראשונה בתקופת הביטוח של המבטח מחלה המוכרת כמחלה תורשתית. סכום הביטוח המירבי יהיה 80% מההוצאות שהוצאו בפועל בגין האבחון והייעוץ יחד אך לא יותר מ 3,200 ₪ ובכפוף לתקרה השנתית כמפורט בסעיף 4.</p> <p>3.3.2. טיפולים פארא-רפואיים</p> <p>3.3.2.1. המבטח ישלם החזר הוצאות למבטח בגין טיפולים פארא-רפואיים על פי הוראות רופא כמפורט להלן: מספר הטיפולים יוגבל ל- 12 טיפולים לתקופה של 12 חודשים רצופים. טיפולים פארא-רפואיים לפי סעיף זה יכללו את הטיפולים הבאים:</p> <p>3.3.2.1.1. טיפולים פיזיותרפיים</p> <p>3.3.2.1.2. טיפול ריפוי בדיבור לאחר CVA או תאונה</p> <p>3.3.2.1.3. טיפול ריפוי בעיסוק לאחר CVA או תאונה</p> <p>3.3.2.2. טיפולים בהפרעות אכילה – המבטח ישלם למבטח החזר בגין הוצאות טיפול קבוצתי (קבוצת תמיכה) בהפרעות אכילה מסוג אנורקסיה או בולימיה הנדרש למבטח על פי קביעת פסיכולוג קליני ו/או פסיכיאטר.</p> <p>סכום הביטוח המירבי בגין סעיף 3.3.2 יהיה 80% מההוצאות אשר הוצאו בפועל אך לא יותר מ 2,000 ₪ בגין כל מקרי הביטוח בשנת הביטוח ובכפוף לתקרה השנתית כמפורט בסעיף 4.</p>
<p>3.4 טכנולוגיות רפואיות מתקדמות</p>	<p>3.4.1. הראיית איברים פנימיים במערכת העיכול באמצעות קפסולה – מבטח הנזקק לביצוע הראיית איברים פנימיים במערכת העיכול וזאת על פי המלצת רופא מומחה בתחום הרלוונטי (להלן: "הרופא המומחה") עקב קיומה של בעיה רפואית פעילה בתחום הרלוונטי אשר תקבע ע"י הרופא המומחה, יהיה זכאי אחת לשלוש שנים להחזר של 80% מההוצאות בהן נשא בפועל בגין ביצוע הבדיקה, ועד 5,000 ₪ בגין הבדיקה ובכפוף לתקרה השנתית כמפורט בסעיף 4.</p>
<p>3.5 מניעה אבחון וטיפול במחלת הסרטן</p>	<p>3.5.1. בדיקת קולונוסקופיה מניעתית למבטח בדרגת סיכון גבוהה למחלות המעי הגס – בדיקת קולונוסקופיה, לרבות קולונוסקופיה וירטואלית, לתהליך אבחוני מניעתי תינתן אחת לשלוש שנים אם יעמוד המבטח באחד מהתנאים הבאים:</p> <p>3.5.1.1. אצל המבטח התגלו ונכרתו גידולים במעי הגס (בין אם ממאירים ובין אם לא) וזאת לאחר תום תקופת האכשרה על פי פרק זה.</p> <p>3.5.1.2. גילוי של גידול ממאיר במעי הגס אצל קרוב משפחה מדרגה ראשונה (הורים, אחים/יות, ילדים) וזאת לאחר תום תקופת אכשרה על פי פרק זה.</p> <p>3.5.1.3. גילוי מחלת פוליפוזיס אצל בן משפחה מדרגה ראשונה (הורים, אחים/יות, ילדים) וזאת לאחר תום תקופת אכשרה על פי פרק זה.</p> <p>סכום הביטוח המירבי יהיה 80% מההוצאות אשר הוצאו בפועל, אך לא יותר מ 4,000 ₪.</p> <p>3.5.2. טיפול רדיותרפיה וכימותרפי – המבטח ישלם החזר הוצאות למבטח בגין טיפול רדיותרפי וכימותרפי. סכום הביטוח המירבי יהיה 80% מההוצאות אשר הוצאו בפועל, ובכפוף לתקרה השנתית כמפורט בסעיף 4.</p> <p>3.5.3. ביצוע בדיקה לאבחון גנטי מתקדם לגילוי גנים סרטניים – המבטח ישלם החזר הוצאות למבטח בגין ביצוע אבחון גנטי חד פעמי לגילוי גנים סרטניים, וזאת במידה ואצל אחד מבני משפחתו מקרבה ראשונה (הורים, אחים, ילדים) של המבטח, התגלתה בתקופת הביטוח מחלת הסרטן לאחר תום תקופת האכשרה של המבטח. סכום הביטוח המירבי יהיה 80% מההוצאות שהוצאו בפועל בגין האבחון אך לא יותר מ 3,200 ₪. הזכאות הינה בגין אבחון של אחת מהמחלות הבאות:</p> <p>א. סרטן השד ב. סרטן המעי הגס ג. סרטן השחלות</p> <p>3.5.4. בדיקת אונקוטסט לאבחון התאמת תרופות בעת הצורך טיפול כימותרפי – המבטח ישלם החזר הוצאות למבטח בגין ביצוע בדיקת אבחון בעת הצורך בטיפול במחלת סרטן השד ו/או סרטן המעי הגס. סכום ביטוח מירבי למקרה ביטוח יהיה 80% מההוצאות שהוצאו בפועל אך לא יותר מ 4,900 ₪ ובכפוף לתקרה השנתית כמפורט בסעיף 4.</p> <p>3.5.5. שמירת מח עצם לתקופות ארוכות – מבטח אשר יחלה במחלת הסרטן ואשר נלקח ממנה מח עצם להשתלה, יהא זכאי על פי פרק זה להחזר הוצאות בגין שמירת מח העצם לשלוש שנים החל מתום השנה השנייה לשמירתו ועד סה"כ חמש שנים. סכום ביטוח מירבי למקרה ביטוח יהיה 80% מההוצאות שהוצאו בפועל אך לא יותר מ 1,650 ₪.</p> <p>3.5.6. הקפאת זרע וביציות – מבטח/ת אשר יתחלה במחלת הסרטן היא/תהיה זכאית על פי פרק זה, לפני ביצוע הטיפולים כימותרפיים או רדיותרפיים, לבצע הקפאה לשמירת זרע/ ביציות של המבטח/ת לתקופה מרבית של עד 10 שנים. סכום ביטוח מירבי למקרה ביטוח יהיה 80% מההוצאות שהוצאו בפועל אך לא יותר מ 13,350 ₪.</p> <p>3.5.7. קבלת טיפולים כימותרפיים בפרפוזיה ישירה – יהא זכאי המבטח אשר יחלה במחלת הסרטן, לטיפולים כימותרפיים בפרפוזיה ישירה. סכום ביטוח מירבי למקרה ביטוח יהיה 80% מההוצאות שהוצאו בפועל אך לא יותר מ 160,000 ₪.</p>

<p>3.5.8. קבלת טיפולים בהמופולטרציה – היא זכאי המבוטח אשר יחלה במחלת הסרטן, לטיפול בהמופולטרציה. מהות הטיפול: מתן חומר המעודד צמיחת כדוריות לבנות. הטיפול מתבסס על טיפול כימותרפי יחד עם מתן דם מועשר. סכום ביטוח מירבי לסך כל מקרי הביטוח יהיה 80% מההוצאות שהוצאו בפועל אך לא יותר מ 82,350 ₪</p> <p>3.5.9. טיפול מיוחד במחלת הסרטן – השתלה תוך גופית של כדורים רדיואקטיביים לטיפול במחלת סרטן. סכום ביטוח מירבי לסך כל מקרי הביטוח יהיה 80% מההוצאות שהוצאו בפועל אך לא יותר מ 5,500 ₪.</p> <p>3.5.10. אביזרים מיוחדים – המבוטח יהא זכאי לאביזרי עזר המקלים על סימפטומים ותוצאות הטיפול במחלת הסרטן כגון: פאה, חזייה, שרוול גומי וכדומה. סכום הביטוח המרבי לכל אביזר יהיה 80% מההוצאות אשר הוצאו בפועל, אך לא יותר מ 2,600 ₪.</p> <p>3.5.11. חוות דעת שנייה בחו"ל – המבוטח יהא זכאי לקבל באמצעות נותן שירות שבהסכם, חוות דעת שנייה מחו"ל, לאחר שקיבל חוות דעת ראשונה מרופאו האישי בישראל אבחנה של מחלת הסרטן. חוות הדעת השנייה תועבר למבוטח באמצעות נותן שירות שבהסכם. חוות הדעת תינתן לממצא הדמיתי ו/או לאבחנה קלינית הכוללת הדמיה בתוכה. עבור קבלת חוות הדעת ישלם המבוטח לנותן השירות השתתפות עצמית בסך 750 ₪.</p> <p>3.5.11.1. הזכאות הנה לקבלת חוות דעת שנייה בתחומי הרדיולוגיה (כגון: צילומי רנטגן, אולטרא סאונד, CT, MRI), הפתולוגיה, כירורגיה ואונקולוגיה, לרבות שילובים.</p> <p>3.5.11.2. השירות יינתן למבוטח תוך שימוש בטכנולוגיות אבחון מרחוק על בסיס אמצעי תקשורת אשר אינם מהווים ייעוץ "פנים אל פנים" וכולל מספר שלבים:</p> <ul style="list-style-type: none"> • הכוונה להמצאת הממצאים הנדרשים להכנת התיק הרפואי • תמצות התיק לשפה האנגלית. • שיגור התיק הרפואי באמצעות טכנולוגיה ייעודית לנותן חוות הדעת בחו"ל. • בקרה על תהליך העברת התיק הרפואי לרופאים בחו"ל. • קבלת חוות הדעת השנייה והעברתה לרופא האישי ולמבוטח. <p>3.5.11.3. במקרה שהמבוטח יפנה לקבלת חוות הדעת כאמור לעיל באמצעות נותן שירותים שאינו בהסכם עם המבטח, הוא יהיה זכאי להחזר 60% מההוצאות אשר הוצאו בפועל, אך לא יותר מ 1,000 ₪, לפי הנמוך מבין השניים.</p>	
---	--

<p>3.6.1. בדיקות סקר לגילוי סרטן:</p> <p>3.6.1.1. המבוטח זכאי לבצע בדיקת סקר תקופתי אחת ל-3 שנים ולראשונה בתום השנה השלישית אשר כוללת את הבדיקות המפורטות ברשימה הסגורה שלהלן:</p> <ol style="list-style-type: none"> מיפוי גורמי סיכון אישיים לפתח סוגי סרטן שונים. (בליווי שאלון מובנה). בדיקת רופא מומחה בתחום (בין היתר בדיקת חלל הפה, עור, ערמונית, בלוטת התריס, אשכים ועוד). מתן יעוץ אישי להפחתת גורמי הסיכון. בדיקת שד ע"י כירורג. בדיקת ממוגרפיה. בדיקת דם בשתן. בדיקה גינקולוגית. בדיקת צוואר הרחם PAP. בדיקת אולטרסאונד וגינלי. בדיקת פולימורפיזם בגן של APC מ – DNA שמופק מדם פריפרי לגילוי מוקדם של סרטן מעי גס וחלחולת. בדיקת PSA לגילוי מוקדם של סרטן הערמונית. <p>3.6.1.2. בסיום הבדיקות המפורטות לעיל יינתן למבוטח תיק מודפס הכולל המלצות וסיכום הניתן ע"י רופא.</p> <p>3.6.1.3. מובהר בזאת כי השירות יינתן בתום תקופת אכשרה של 3 שנים.</p> <p>3.6.1.4. המבטח ישלם למבוטח החזר בגין הוצאות בדיקת סקר לגילוי סרטן עד סך של 450 ₪.</p> <p>3.6.2. בדיקת סקר מנהלים</p> <p>3.6.2.1. מבטח מעל גיל 40 יהא זכאי לבצע בדיקת סקר מנהלים אחת לשנתיים אשר כוללת את הבדיקות המפורטות ברשימה הסגורה שלהלן בלבד:</p> <ol style="list-style-type: none"> בדיקת רופא מקיפה. בדיקות דם ומעבדה הכוללות ספירת דם, אלקטרוליטיים, תפקודי כבד וכליות, שומנים בדם (כולסטרול וטריגליצרידים). בדיקת לחץ דם, בדיקת גובה ומשקל, בדיקת דם בצואה, בדיקת בלוטת הפרוסטאטה, בדיקת ראייה ושמיעה, לחץ תוך עיני בדיקת תפקודי ריאה, צילום חזה. בדיקת לב - א.ק.ג, בדיקת לב במאמץ ופענוח קרדיולוג מומחה – ארגומטריה. <p>3.6.2.2. בסיום הבדיקות המפורטות לעיל יינתן למבוטח תיק מודפס הכולל המלצות וסיכום הניתן ע"י רופא.</p> <p>3.6.2.3. מובהר בזאת כי השירות יינתן בתום תקופת אכשרה של 12 חודשים.</p> <p>3.6.2.4. המבטח ישלם למבוטח החזר בגין הוצאות בדיקת סקר מנהלים עד סך של 400 ₪.</p>	<p>3.6 רפואה מונעת - בדיקות סקר</p>
---	--

4 סכום הביטוח המירבי

סכום הביטוח המרבי השנתי שישלם המבטח עבור הוצאות רפואת מומחים והתייעצויות (כאמור בסעיף 3.2) ו/או בדיקות אבחנתיות וטיפולים פארא רפואיים (כאמור בסעיף 3.3) ו/או הראיית איברים פנימיים במערכת העיכול באמצעות קפסולה (כאמור בסעיף 3.4.1) ו/או טיפול רדיותרפיה וכימותרפיה (כאמור בסעיף 3.5.2) ו/או בדיקת אונקוטסט לאבחון התאמת תרופות בעת טיפול כימותראפי (כאמור בסעיף 3.5.4) בגין כל מקרי הביטוח בשנת ביטוח יהיה עד לסך של 12,000 ₪ ובכל מקרה לא יותר מתקרות סכומי הביטוח הקבועים בכל סעיף.

5 הגבלות לאחריות החברה

המבטח לא ישפה את המבוטח בגין בדיקות תקופתיות ובדיקות שיגרה, שאינן עקב בעיה רפואית פעילה למעט בדיקות הסקר המפורטות בסעיף 3.6 לעיל.

6 תקופת אכשרה

תקופת האכשרה הינה בת 90 יום.	6.1
על אף האמור, בסעיף 6.1 לעיל, תקופת האכשרה בנוגע להריון או לידה תהיה 9 חודשים.	6.2