

כתובת אתר אינטרנט	כתובת החברה למשלוח דואר	כתובת דואר אלקטרוני של החברה	ירות לקוחות של החברה מספר טלפון ופקס
www.ayalon-ins.co.il	בית איילון ביטוח, רח' אבא הלל 12 רמת גן ת"ד 10957 מיקוד 5250606	mokedshinaim@ayalon-ins.co.il	טלפון: 1-800-35-2001 פקס: 072-2469650

גילוי נאות למבוטח בביטוח שיניים קבוצתי			
תמצית תנאי הפוליסה			
שם הביטוח		פוליסת ביטוח שיניים קבוצתית לחברי עמותת הייטק זון ובני משפחותיהם.	
סוג הביטוח - הוצאות רפואת השן (שיניים)		טיפולים משמרים, טיפולים משקמים (פרוטטים), טיפולי חניכיים (פריודונטיים), טיפולים אורתודנטים (יישור שיניים).	
תיאור הביטוח		טיפולים משמרים - פרק א' טיפולים משקמים (פרוטטים) - פרק ב' טיפולים וניתוחי חניכיים (פריודונטיים) - פרק ג' ילדים מתחת לגיל 18 אינם זכאים לטיפולים פריודונטיים (טיפולים אורתודנטים) (יישור שיניים) - פרק ד'	
תקופת הביטוח		5 שנים. מיום 01.07.2021 ועד ליום 30.06.2026	
הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים (חריגים בפוליסה)		חריגים בתנאים הכלליים - סעיף 4 נספח 2 - בסעיף 7 - רק לשיניים שיעקרו בתקופת הביטוח, סעיף 8 נספח 3 - סעיף סייגים והגבלות	
עלות הביטוח (פרמיות חודשיות)		דמי הביטוח החודשיים בש"ח יהיו כלהלן:	
	פרמיה חודשית כיסוי בסיסי משמר	תוספת לפרמיה בסיס חודשית עבור כיסוי מורחב	פרמיה חודשית (בש"ח) בסיס+מורחב
חבר/ה	39 ₪	77 ₪	116 ₪
בן/בת זוג	45 ₪	77 ₪	122 ₪
גמלאי/ת	45 ₪	77 ₪	122 ₪
ילד מעל גיל 18	45 ₪	77 ₪	122 ₪
ילד מגיל 5-18	40 ₪	-----	40 ₪
ילד/נכד שלישי ואילך חינם			
מדד הפרמיה	מדד 12427 נקודות		
מבנה הפרמיה	פרמיה קבועה.		

נספח 1 - טיפולים משמרים

הערות	השתתפות עצמית במרפאות שבהסדר	החזר מרבי למבוטח הפונה לרופא פרטי בש"ח	סוג (קוד) הטיפול
פעם בתקופת ביטוח	ללא	45	D0150000 הערכה (בדיקה) (ראשונית) כוללת רישום מצב שיניים + בדיקה רנטגנית)
אחת לשנת ביטוח	ללא	45	D0120000 בדיקה תקופתית או ביקורת מצב פה
עד 2 צילומים בתקופת ביטוח	ללא	220	D0210000 - צילום סטטוס - מלא 14 צילומים פריאפיקאלים או לחלופין
זוג צילומים בשנת ביטוח	ללא	150	D0330000 - צילום פנורמי לכל הפה
עד שלושה צילומים בשנת ביטוח	ללא	25	D0270000 צילומי נשך ימין או שמאל
עד שלושה צילומים בשנת ביטוח	ללא	25	D0220000 - צילומים פריאפיקאליים א\ אינטראורליים למטרות אבחון א\ טיפול בלבד
שני ניקויי אבן בשנת ביטוח עד 10 בתקופת ביטוח) לילדים מתחת לגיל 12 תאושר ישיבה אחת ל 3 שנים. (בנוסף יאושר ניקוי אחד לשנה ע"פ בקשת רופא מומחה ובאישור מראש של המבטח.	ללא	180	D1110000 הסרת אבנית – הטריה והסרה של פלאק ואבנית בכל הפה לשם הערכה ואבחון מקיפים
	ללא	160	D2140000 שחזור אמלגם - משטח 1, משנן ראשוני או קבוע
	ללא		D2150000 שחזור אמלגם - 2 משטחים, משנן ראשוני או קבוע
	ללא		D2160000 שחזור אמלגם - 3 משטחים, משנן ראשוני או קבוע
	ללא		D2161000 שחזור אמלגם - 4 משטחים, משנן ראשוני או קבוע
בשיניים קדמיות בלבד 13-23-33-43	ללא	240	D2330000 שחזור מרוכב על בסיס שרף/אקריל משטח 1 משטחים, קידמי
	ללא		D2331000 שחזור מרוכב על בסיס שרף/אקריל משטח 2 משטחים, קידמי
	ללא		D2332000 שחזור מרוכב על בסיס שרף/אקריל משטח 3 משטחים, קידמי.
	ללא		D2335010 שחזור מרוכב על בסיס שרף/אקריל משטח 4 משטחים, קידמי
בנוסף למחיר הסתימה	ללא	30	D2951000 בניית תווך, כולל פינים לסוגיהם
	ללא	30	D2950000 בניית תווך, כולל פינים לסוגיהם פין נוסף
	ללא	285	D3220000 קיסוע מוך שן נשירה או קבועה, לא כולל סתימה סופית (לילדים בלבד)
יש לצרף צילום לפני ואחרי הטיפול - מכוסהכאשר נראית עששת שפרצה למוך השן	ללא	520	D3310000 טיפול שורש - שן קדמית, לא כולל שחזור סופי
	ללא	520 630	D3320000 טיפול שורש - שן מלתעה, לא כולל שחזור סופי. תעלה 1 - 2 תעלות -
	ללא	750	D3330000 טיפול שורש - שן טוחנת, לא כולל שחזור סופי
	ללא	850	D3339000 טיפול שורש (ארבע תעלות ויותר) שן טוחנת, לא כולל שחזור סופי
יש לצרף צילום לפני הטיפול - עקירה בשנטבעית בלבד, עקירת שתל לא תכוסה	ללא	180	D7140000 עקירה, שארית כותרתית- שן נשירה
יש לצרף צילום לפני הטיפול - עקירה בשנטבעית בלבד, עקירת שתל לא תכוסה	ללא	180	D7140000 עקירת (שן נוספת באותה ישיבה) שארית כותרתית – שן נשירה
יש לצרף צילום לפני הטיפול - עקירה בשנטבעית בלבד, עקירת שתל לא תכוסה	ללא	350	D7210000 עקירה כירורגית- שן שבקעה לחלל הפה, הדורשת הרמת מטלית flap

הערות	השתתפות עצמית אצל רופא הסדר	החזר מרבי למבוטח הפונה לרופא פרטי בש"ח	סוג (קוד) הטיפול
לצרף צילום לפני הטיפול - עקירה בשן טבעית בלבד, עקירת שתל לא תכוסה	ללא	450	D7220000 עקירת שן כירורגית- שן כלואה ברקמה רכה
	ללא		D7240000 עקירת שן כירורגית- שן כלואה ברקמה קשה
לילדים עד גיל 15	ללא	330	D2930000 כתר טרומי מפלדת אל חלד - שן נשירה (לילדים)
	ללא		D2931000 כתר טרומי מפלדת אל חלד - שן קבועה
לילדים עד גיל 12	ללא	68 לכל שן	D1351000 איטום חריצים לכל שן (בשיניים טוחנות קבועות בלבד 5,6,7),
לכל שן בשיניים קבועות מ-4 עד 7	ללא	65	איטום חריצים מחיר לכל הפה
	ללא	150 בשבתות וחגים 200	D9110000 עזרה ראשונה - טיפול בכאב שיניים
	ללא	500	D3410000 כריתת חוד השורש, אפיקואקטומי - שן קדמית, מלתעה, כולל סתימה רטרוגרדית
	ללא		D3421000 כריתת חוד השורש, אפיקואקטומי - שן מלתעה, שורש ראשון, כולל סתימה רטרוגרדית
	ללא		D3425000 כריתת חוד השורש, אפיקואקטומי - שן טוחנת, שורש ראשון, כולל סתימה רטרוגרדית
	ללא	250	D7510000 כירורגית חיתוך וניקוז מורסה - רקמה רכה בחלל הפה
לצרף צילום לפני ואחרי הטיפול - לפי צורך רפואי באישור מראש מהמבטח	ללא	500	D3346000 חידוש טיפול שורש - שן קדמית
	ללא	500 700	D3347000 חידוש טיפול שורש-שן מלתעה - תעלה 1 - 2 תעלות -
	ללא	850	D3348000 חידוש טיפול שורש - שן טוחנת
	ללא	1000	D3349000 חידוש טיפול שורש - שן טוחנת (4 תעלות)
	ללא	200	D3351000 אפקספיקציה
	ללא	200	D3352000 חידוש טיפול ביניים
	ללא	60	D1203000 פלואור הנחה מקומית של פלואוריד לכל הפה - ילד
	ללא	300	D3920000 המיסקציה / אמפוטציה
שלושה טיפולים בשנת ביטוח	25%	53	D9230000 אנגלזציה, כולל ניטרוס, לא כולל טיפול דנטלי (לילדים עד גיל 18)
טיפול אחד לתקופת ביטוח, באופן פרטי בביה"ח או מוסד רפואי מוכר, בכפוף לקבלת אישור מראש מהמבטח.	25%	1200	D9220000 הרדמה כללית - בנוכחות מרדים עד שעה
			D9221000 הרדמה כללית - בנוכחות מרדים מעל שעה
לילדים עד גיל 12	150	450	D1510000 שומר מקום קבוע - התקנה
יכוסה באופן פרטי - באישור מראש	ללא	530	הוצאת אבן מבלוטת - צינור הרוק

נספח 2 - פרוטטים

הערות	השתתפות המבוטח אצל רופא פרטי	השתתפות המבוטח אצל רופא הסדר	החזר מירבי למבוטח הפונה לרופא פרטי	סוג טיפול
		500	1150	D2751000 כתר שרף/אקריל על בסיס מתכת לא אצילה
		500	1150	D2751000 כתר חרסינה מאוחה למתכת בסיס
יכוסה באופן פרטי בלבד, באישור מראש			110	כתר זמני מייד, במרפאה
		100	220	D2954000 יתד טרומית ותווך בנוסף לכתר
		120	300	2952000D מבנה יצוק בתוספת לכתר
		500	1400	D211000 תותבת חלקית בלסת העליונה – על בסיס שרף, כולל ווים מקובלים, נחות ושיניים, כולל בסיס שרף אקרילן עם ווי שרף או תיל מלופף
		500	1400	D5212000 תותבת חלקית בלסת תחתונה – על בסיס שרף/אקריל, כולל ווים ונחות
		700	2500	D5213000 תותבת חלקית לסת עליונה – נשלפת מויטליום, כולל ווים ונחות
		700	2500	D5214000 תותבת חלקית לסת תחתונה- נשלפת מויטליום, כולל ווים ונחות
		500	2000	D5110000 תותבת שלמה – לסת עליונה
		500	2000	D5120000 תותבת שלמה – לסת תחתונה
		30	150	D5510000 תיקון שבר בבסיס תותבת שלמה
		30	150	D5650000 הוספת שן לתותבת חלקית קיימת
		30	150	D5660010 הוספת וו לתותבת חלקית קיימת
		100	200	D5750000 D5751000 ריפוד תותבת שלמה עליונה/תחתונה במעבדה
		100	200	D573100 D5730000 ריפוד תותבת שלמה עליונה/תחתונה במרפאה
		100	200	D5710000 D5711000 חידוש בסיס תותבת שלמה עליונה/תחתונה
		200	500	D6950000 מחבר מדויק לפי דיווח
		100	200	הלחמה
		100	300	ציפוי שן משרף/אקריל בצד השפתי labial – במרפאה
		250	1300	D5130000 תותבת מיידית עליונה
		250	1300	D5140000 תותבת מיידית תחתונה
		500	1150	החלפת כתת
		100	220	החלפת מבנה ישיר
		120	300	החלפת מבנה יצוק

הערות	השתתפות המבוטח אצל רופא פרטי	השתתפות המבוטח אצל רופא הסדר	החזר מירבי למבוטח הפונה לרופא פרטי	סוג טיפול
<ul style="list-style-type: none"> 4 שתלים ללסת עד 8 לכל הפה לתקופת ביטוח. בכפוף לאישור מראש של רופא מומחה בעל תעודת מומחיות בכירורגיה/ פריודונטיה מטעם משרד הבריאות. אין כיסוי להחלפת שתל יאושרו שתלים רק לשיניים שייעקרו בתקופת הביטוח.		1000	1100	D6010000 כירורגית של שתל דנטלי, כולל חשיפה וחיבור של כיפת ריפוי
מתייחס לשתל שאושר ע"י המבטחת		200	400	D6056000 D6057000 מבנה מעבדתי לשתל דנטלי
		200	400	D6055010 מחבר הצמדה לתותבת חלקית קבועה/כיפות לייצוב ועיגון תותבת על
מתייחס לשתל שאושר ע"י המבטחת		500	1150	כתר חרסיה על שתל
		100	500	D5937000 סד לילה טריסמוס
לומים, יאושר רק לאחר אישור זכאות לשתלים		140	300	D0360000 צילום C.T בשתי הלסתות

נספח 3 – טיפולים פריודונטיים (טיפול וניתוחי חניכיים)

הערות	השתתפות עצמית אצל רופא פרטי	החזר מירבי למבוטח בש"ח	סוג הטיפול
שתיים בתקופת ביטוח		150	D0180000 בדיקת מומחה
אחד בשנת ביטוח		150	D4355000 הטריה והסרה של פלאק ואבנית בכל הפה לשם הערכה ואבחון מקיפים- על ידי פריודונט
באישור מראש של המבטח	100	250	D4341000 (הקצעת שורשים) סילוק אבנית והקצעת שורשים- 4 שיניים ויותר, לשיבה, 30 דקות
באישור מראש של המבטח	300	1500	D4342000 D4260000 ניתוח חניכיים כולל עיצוב עצם- 4 שיניים ויותר, רבע פה
באישור מראש של המבטח	50	200	D7510000 ניקוז מורסה ממקור פריודונטלי
באישור מראש של המבטח	100	500	D4320000 D4321000 סד אמלגם
באופן פרטי - באישור מראש		880	ביופסיה של חלל הפה - רקמה רכה
באופן פרטי - באישור מראש		930	D7960000 - פרנקטומי
באופן פרטי - באישור מראש		870	D7320000 - אלבאלופסטיקה
		920	D7286000 - ביופסיה
עד 2 הרמות לתקופת הביטוח (הטיפול יינתן באופן פרטי) באישור מראש - מרופא מומחה בעל תעודת מומחיות בכירורגיה/ פריודונטיה מטעם משרד הבריאות בעת ביצוע 2 שתלים לכל הפחות באזור אוקף חופשי.	פרטי	2200	DD7952000 הרמת סינוס לצורך ביצוע שתלים בלבד
השתלת עצם במצבים בהם לא ניתן לבצע שתלים בשל חוסר עצם, הכיסוי הוא אחת בכל 1/6 פה לכל תקופת הביטוח - באישור מראש לרופא מומחה בעל תעודת מומחיות בכירורגיה/ פריודונטיה מטעם משרד הבריאות	פרטי	1200	D7950000 השתלת עצם במקרה של שתל
עד 2 טיפולים לשן בתקופת ביטוח - באישור מראש	50	110	D4381000 טיפול באמצעות פריז'פ, לשן (החדרת תרופה לכיס פריודונטלי)

התקרות המפורטות בטבלה לעיל מתייחסות למקרים של תביעות אצל מומחים מטעם משרד הבריאות. במידה והרופא אינו מומחה מטעם משרד הבריאות תקרת החזר תעמוד על 50% מהנקוב בלוח החוזרים.

נספח 4 - טיפולים אורתודנטיים (יישור שיניים) לילדים

הערות	השתתפות עצמית אצל רופא הסכם	החזר מירבי למבוטח בש"ח	סוג הטיפול
פ"י צורך רפואי באישור מראש	2000	3000	D8080000 יישור שיניים מלא למשנן מבוגר (טיפול אורתודנטי קבוע מורכב בשתי לסתות)
	1800	2000	D8030000 ישור שיניים חלקי למשנן מבוגר (טיפול אורתודנטי בלסת אחת)
	50	150	D0350000 צילום פה פנים
	50	150	D0350000 צילום ציפלומטרי
	50	150	D0391010 אנליזה ממוחשבת

ההחזר לטיפול האורתודנטי באופן פרטי, באישור מראש מחברת הביטוח לאחר ניכוי 30% השתתפות עצמית.

כל האמור לעיל כפוף לתנאי הפוליסה המלאים.