ייעוץ ובדיקות אבחנתיות - בסיס

מבוא

קרה מקרה הביטוח, תשלם החברה ישירות לנותני השירות שבהסכם עבור הוצאות השירותים הרפואיים המפורטים להלן בכפוף לתנאים, להוראות ולסייגים המפורטים בתוכנית זו וכן בכפוף להוראות הקבועות בתנאים הכלליים של הפוליסה.

הכיסוי הביטוחי בתכנית זו יחול על פי הוראותיו, רק בתנאי שצוין במפורש בדף פרטי הביטוח כי הינו כלול בפוליסה על שם המבוטח וכן בלבד שהינו בתוקף על שם המבוטח בקרות מקרה הביטוח.

1. הגדרות

בנוסף להגדרות המופיעות בתנאים הכלליים של הפוליסה תהיה למונחים המפורטים להלן המשמעות שבצידם:

"בדיקות אבחנתיות"	בדיקות רפואיות המבוצעות במבוטח, אשר נדרשות על פי הפניה בכתב של רופא בישראל, לצורך אבחון מחלתו של המבוטח או לקביעת דרכי הטיפול בה.
"התנאים הכלליים של הפוליסה" או "התנאים הכלליים"	התנאים הכלליים לתכניות ביטוח בריאות שאליהם מצורפת תכנית זו.
"התייעצות"	פגישה עם רופא מומחה בישראל לצורך התייעצות ולא לצורך טיפול. מובהר כי דין התייעצות חוזרת כדין התייעצות מן המניין.
"יום עבודה"	כמוגדר בחוק שעות עבודה ומנוחה, תשי"א- 1951 וצווי הרחבה שניתנו על פיו.
"נותן שירות שבהסכם"	בית חולים, רופא מומחה וכל גוף אחר המספק שירות רפואי למבוטח בגין מקרה הביטוח על-פי תוכנית זו, עמם קשורה ו/או תתקשר החברה ו/או ספק שירות מטעמה בהסכם, במועד הגשת התביעה של המבוטח. רשימת נותני השירות שבהסכם מופיעה באתר האינטרנט של החברה וכן רשימה נפרדת של רופאים מומחים המעניקים שירות במסלול תור מהיר.
"רופא מומחה"	רופא שהוסמך על-ידי השלטונות המוסמכים בישראל כרופא מומחה בתחום רפואי מסוים אשר עוסק בישראל ברפואה ואשר שמו כלול ברשימת הרופאים המומחים באותו תחום לפי תקנה 34 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973 או לפי כל תקנה שתבוא במקומה, ושתחום מומחיותו הוא רלוונטי למתן השירותים הרפואיים על פי תוכנית זו.

2. <u>מקרה הביטוח</u>

מקרה הביטוח הוא אחד או יותר מהשירותים הרפואיים המפורטים בתוכנית ביטוח זו להלן, שלא בעת אשפוז, **אשר ניתנו למבוטח בישראל על ידי נותן שירות שבהסכם, במהלך תקופת הביטוח ולאחר תום תקופת האכשרה.**

3. <u>תגמולי הביטוח</u>

בקרות מקרה הביטוח, תשלם החברה ישירות לנותני שירות שבהסכם עבור הוצאות השירותים הרפואיים שלהלן:

3.1. התייעצויות עם רופא מומחה - התייעצות רפואית עם רופא מומחה בתחום התמחותו, עד 6 התייעצויות בשנה לכל מבוטח, על פי אחד או יותר מהמסלולים הבאים:

3.1.1. מסלול א' - התייעצות עם נותן שירות שבהסכם:

המבוטח זכאי לבחור את הרופא המומחה ממנו יקבל את השירות מתוך רשימה של נותני שירות שבהסכם כפי שתהא בתוקף במועד פנייתו למוקד השירות, בהתאם לזמינות הרופא המבוקש בכפוף להשתתפות עצמית בסך של 120 ₪ בגין כל התייעצות.

3.1.2. מסלול ב' - התייעצות בתור מהיר אצל נותני שירות שבהסכם (מתוך רשימה ייעודית לשירות זה):

המבוטח זכאי לבצע את ההתייעצות בתוך שלושה ימי עבודה ממועד פנייתו למוקד השירות, עם רופא מומחה שבהסכם אליו יופנה המבוטח על ידי מוקד השירות, בכפוף להשתתפות עצמית בסך של 250 ש"ח בגין כל התייעצות.

3.1.3. הוראות מיוחדות ביחס להתייעצות עם פסיכיאטר:

במקרה של צורך בהתייעצות עם פסיכיאטר, המבוטח זכאי לבצע בגין 2 התייעצויות מסוג זה, לכל היותר, בשנת ביטוח (מתוך 6 התייעצויות שלהן הוא זכאי בסה"כ). ההשתתפות העצמית שישלם המבוטח בעת פניה לפסיכיאטר שבהסכם תעמוד ע"ס 220 ₪ בגין כל התייעצות או 350 ש"ח במקרה שהמבוטח בחר במסלול של תור מהיר.

3.1.4. תוכנית זו אינה מכסה התייעצות עם רופא משפחה ו/או רופא שיניים ו/או רופא ילדים ו/או התייעצות לצורך מתן חוות דעת משפטית.

3.1.5. במקרה בו אין לחברה נותן שירות שבהסכם, שהינו רופא מומחה בתחום הרפואי הרלוונטי למצבו הרפואי של המבוטח, בכל המסלולים הנקובים בסעיפים 3.1.1 - 3.3.3 לעיל, יהיה זכאי המבוטח להחזר הוצאות ההתייעצות בגובה 80% מההוצאה שהוציא המבוטח בפועל בגין ההתייעצות ולא יותר מ - 800 ש"ח.

3.1.6. למען הסר ספק, יובהר כי בכל מקרה לא יהיה זכאי המבוטח ליותר מ-6 התייעצויות בשנה ודין התייעצות חוזרת כדין התייעצות מן המניין.

3.2. <u>בדיקות אבחנתיות</u>

מבוטח שניתנה לו הפנייה בכתב מרופא לביצוע בדיקות אבחנתיות, יהיה זכאי לבצען **אצל נותן שירות שבהסכם בלבד** על פי ההוראות שלהלן:

3.2.1. המבוטח יישא בתשלום השתתפות עצמית בשיעור של 20% מתעריף הבדיקה.

3.2.2. סכום הביטוח המירבי לשנה למבוטח לכל הבדיקות האבחנתיות הינו 20,000 ₪.

3.2.3. תעריף הבדיקה וסכום הביטוח המירבי כאמור בסעיפים 3.2.1 ו- 3.2.2 לעיל, יחושבו על פי מחירון משרד הבריאות לשירותים אמבולטוריים "תעריף א'" התקף במועד ביצוע הבדיקה האבחנתית בפועל.

3.2.4. במקרה בו אין לחברה נותן שירות שבהסכם המבצע את הבדיקה האבחנתית תשפה החברה את המבוטח עבור הוצאות ביצוע הבדיקה אבחנתית בכפוף לתשלום השתתפות עצמית ועד לסכום הביטוח המירבי לשנה על פי הנקוב בסעיפים 3.2.1-3.2.3 לעיל.

3.2.5. שירות מהיר לביצוע בדיקות אבחנתיות שברשימה אצל נותני שירות שבהסכם

בכפוף להשתתפות העצמית ולסכום הביטוח המירבי לשנה כאמור לעיל, המבוטח זכאי לביצוע בדיקה אבחנתית (אחת או יותר) בתור מהיר ובלבד שהינה כלולה ברשימה שלהלן:

3.2.5.1. הדמיה באמצעות אולטראסאונד;

3.2.5.2. הדמיה באמצעות C.T;

3.2.5.3. הדמיה באמצעות טומוגרפיה ממוחשבת M.R.I;

3.2.5.4. קולונוסקופיה וירטואלית;

3.2.5.5. ממוגרפיה;

3.2.5.6. צנתור וירטואלי, **ובלבד שרופא מטפל הפנה את המבוטח לביצוע צנתור.**

3.2.5.7. בדיקת EMG;

3.2.5.8. בדיקת EEG;

3.2.5.9. בדיקת OCT (הדמיה של רשתית העין);

3.2.5.10. בדיקת שמיעה.

3.2.6. בדיקה אבחנתית בתור מהיר תבוצע תוך שני ימי עבודה ממועד פניית המבוטח למוקד השירות, למעט במקרים בהם קיימת מניעה כלשהי לביצוע הבדיקה או נדרשת הכנה שלא מאפשרת את ביצוע הבדיקה תוך תקופה זו (להלן: "הדרישות המקדימות"). במקרים אלו, הבדיקה תבוצע תוך שני ימי עבודה מהמועד בו יודיע המבוטח למוקד השירות על קיום הדרישות המקדימות.

תוצאות הבדיקה ימסרו ללקוח בתוך שני ימי עבודה ממועד ביצוע הבדיקה.

3.2.7. תכנית זו אינה מכסה בדיקות אבחנתיות שעלותן לפי תעריף א' נמוכה מ- 250 ₪ או בדיקות המהוות ניתוח או בדיקות שעלותן עולה על סכום הביטוח המירבי לשנה כנקוב לעיל.

3.2.8. בנוסף, התכנית אינה מכסה בדיקות לאבחון הפרעות קשב וריכוז ו/או לקויות למידה ו/או אבחון פסיכולוגי.

3.2.9. לצורך ביצוע הבדיקה האבחנתית יפנה המבוטח למוקד שירות שמספרו 9899* או 073-2049160 (להלן: "מוקד השירות") ויקבל הנחיות על ההכנות הנדרשות לשם ביצוע הבדיקה (לדוגמא: צום לפני ביצוע הבדיקה, נטילת תרופות טרם הבדיקה, הכנות מקדימות לבדיקה, דיאטה וכו').

4. **חריגים:**

סעיפים 20,21 המופיעים בתנאים הכלליים של פוליסת בריאות חלים גם על תכנית זו ובנוסף יחולו החריגים והמגבלות כאמור בסעיף זה:

4.1. החברה לא תחוב לפי תכנית זו בגין מקרה ביטוח הקשור במישרין ו/או בעקיפין ו/או הנובע מ:

4.1.1. מקרה הביטוח ארע לפני יום תחילת הביטוח או לאחר תום תקופת הביטוח.

4.1.2. מקרה הביטוח ארע בתקופת האכשרה, למעט אם מקרה הביטוח נגרם מתאונה.

4.1.3. פעילות ספורטיבית של המבוטח במסגרת אגודת ספורט, ששכר כספי בצידה.

4.1.4. בדיקות שגרה ו/או מעקב ו/או בדיקות שאינן עקב בעיה רפואית פעילה ו/או בדיקות אשר טרם בוצעו בפועל.

4.1.5. בדיקות ו/או טיפולים למטרות מחקר ו/או שאינם מוכרים על ידי מדע הרפואה ו/או טיפולים שאינם מקובלים לפי אמות מידה רפואיות מקובלות ו/או טיפולים ניסוניים ו/או טיפולים המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסוניות ו/או טיפולים שנדרש אישור של ועדת הלסינקי או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם.

4.1.6. טיפולים נפשיים ו/או טיפולים פסיכולוגיים ו/או טיפולים פסיכיאטריים למעט התייעצות עם פסיכיאטר המכוסה עפ"י סעיף 4.1.5.

4.1.7. עקרות, אי פוריות ,עיקור מרצון, סיבוכי הריון ו/או לידה ו/או אין אונות.

4.1.8. השתתפות המבוטח במעשה פלילי או עברייני לפי הדין הפלילי בישראל למעט עבירה מסוג "חטא" עבירה שנקבע לה עונש מאסר לתקופה שאינה עולה על 3 חודשים ואם העונש הוא קנס בלבד – קנס שאינו עולה על שיעור הקנס שניתן להטיל בשל עבירה שעונשה הוא קנס שלא נקבע לו סכום. (יובהר כי חריג זה לא כולל מקרה ביטוח שארע עקב שחייה באזור שאסור לשחות ,שביתה, או רכיבה על אופניים ללא קסדה).

4.1.9. אלכוהוליזם ו/או שימוש בסמים או תרופות אלא אם השימוש בהם היה בהוראת רופא שלא לצורך גמילה.

4.1.10. ניסיון התאבדות ו/או פגיעה עצמית מכוונת.

4.1.11. ניתוחים ו/או טיפולים קוסמטיים ו/או אסתטיים.

4.1.12. טיפולים רפואיים מתחום הרפואה המשלימה כגון טיפולים שאינם רפואיים קונבציונלים ,תרופות ו/או טיפולים אלטרנטיביים.

4.1.13. פגיעה מנשק לא קונבנציונלי (גרעיני ,כימי או ביולוגי) ביקוע גרעיני או היתוך גרעיני או זיהום רדיואקטיבי, קרינת רנטגן או קרינה מיוננת ,תחליפים גרעינים ופסולת גרעינית.

4.1.14. בדיקות ו/או טיפולי שיניים למיניהם ו/או כל פרוצדורה המבוצעת ע"י רופא שיניים ו/או תרופה לטיפול בבעיות שיניים ו/או חניכיים.

4.1.15. טיפול מונע במסגרת שירות רפואה מונעת לרבות טיפול תרופתי מונע ו/או טיפול בויטמינים ו/או חיסונים ו/או תוספי מזון ו/או טיפולים מתחום ה anti aging.

4.1.16. ניתוחים ו/או טיפולים ו/או תרופות לטיפול בעודף משקל,ו/או לירידה במשקל(דיאטה).

5. <u>תקופת אכשרה</u>

5.1. תקופת האכשרה לפי תכנית זו הינה 90 יום ממועד תחילת הביטוח בתוכנית זו למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה.

6. <u>תום תקופת ביטוח</u>

תוקף הביטוח על פי תכנית זו יסתיים, עבור כל אחד מהמבוטחים, בקרות אחד מהאירועים הבאים, המוקדם מבינהם:

6.1. בתום תקופת הביטוח עפ"י הנקוב בתנאים הכלליים של הפוליסה.

6.2. במועד בו בוטל הביטוח היסודי, בין על-ידי בעל הפוליסה ובין על-ידי החברה.

7. <u>שונות</u>

7.1. הסכומים הנקובים לעיל, צמודים למדד שהינו 13684 נק'.

7.2. רשימת נותני השירותים שבהסכם, לרבות רשימת נותני השירות שבהסכם הנותנים את שירותי התור המהיר, עשויה להשתנות מעת לעת. הרשימה המעודכנת מופיעה באתר האינטרנט של החברה.

7.3. הכיסוי הביטוחי הניתן במסגרת הפוליסה יוענק על ידי גורמי מקצוע מתאימים ורלוונטיים.

7.4. תתקיים תקשורת יעילה וזמינה בידי חברת הביטוח וספק השירות לבין המבוטח.

7.5. במקרים בהם נדרשת נגישות לשירות הכיסוי הביטוח יינתן בפריסה גיאוגרפית נאותה.

7.6. החברה תהיה רשאית לבטל את הכיסוי הביטוחי הניתן באמצעות ספק השירות במסגרת תכנית ביטוח זו לכלל המבוטחים במקרה של סיום התקשרות של חברת הביטוח עם ספק השירות אם לא הגיעה להסדר עם ספק שירות חלופי ובכפוף לאישור הממונה.

כתובת אתר האינטרנט של החברה: www.migdal.co.il	כתובת החברה למשלוח דואר: מגדל חברה לביטוח בע"מ מיקוד: 4951106, ת.ד. 3063	כתובת הדואר האלקטרוני של החברה: mokedbi@migdal.co.il	מחלקת שירות לקוחות החברה: מספר טלפון: 03-9201010 ומספר פקס: 03-9201020

תמצית תנאי הביטוח ייעוץ, ובדיקות אבחנתיות - גילוי נאות

לוח 1 - תמצית פרטי הפוליסה

	תמצית פרטי הפוליסה
שם התכנית	תכנית ביטוח ייעוץ ובדיקות אבחנתיות
סוג הביטוח	אמבולטורי
תקופת הביטוח	מתחדשת כל שנתיים כאמור בסעיף 7 לתנאים הכלליים לתכנית ביטוח בריאות
תיאור הביטוח	התייעצויות עם רופא מומחה במספר מסלולים: מסלול התייעצות עם נותן שירות בהסכם, התייעצות בתור מהיר, התייעצות עם פסיכיאטר, בדיקות אבחנתיות כולל שירות מהיר לביצוע בדיקות אבחנתיות על פי רשימה אצל נותן שירות בהסכם
הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים (חריגים בפוליסה)	החריגים המפורטים ב סעיף **4**.
השתתפות עצמית	קיימת על פי המפורט בכל סעיף בלוח 2
אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמולי ביטוח (תקופת אכשרה1)	90 יום ממועד תחילת הביטוח, למעט אם מקרה הביטוח נגרם בשל תאונה. סעיף **5**.
האם קיימים כיסויים חופפים בביטוח המשלים של קופות החולים	חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי בריאות נוספים של קופת החולים.
עלות הביטוח **פרמיה משתנה לפי קבוצת גיל עד גיל 71 ומגיל 71 ואילך הפרמיה קבועה**	<table><tr><th>קבוצות גילאים</th><th>פרמיה חודשית בש"ח</th></tr><tr><td>0-20</td><td>17.1</td></tr><tr><td>21-30</td><td>37.7</td></tr><tr><td>31-40</td><td>49.8</td></tr><tr><td>41-50</td><td>49.8</td></tr><tr><td>51-55</td><td>49.8</td></tr><tr><td>56-60</td><td>59.7</td></tr><tr><td>61-65</td><td>68.8</td></tr><tr><td>66-70</td><td>94.0</td></tr><tr><td>71+</td><td>108.4</td></tr></table> דמי הביטוח הינם צמודים ונכונים למדד 13684 נק' אשר פורסם ביום 15.8.2023 **שים לב: מחיר הביטוח עלול להשתנות בהתאם למצבך הרפואי או עקב מתן הנחה.** מחיר הביטוח לא ישתנה במהלך תקופת הביטוח למעט האפשרות לעדכן את הפרמיה באישור הממונה על שוק ההון ולמעט שינויים הנובעים מהצמדה למדד המחירים לצרכן מחירי הביטוח למוצר זה נכונים למועד פרסומם.

[1]תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

לוח 2 - תמצית תיאור הכיסויים בפוליסה

תיאור הכיסויים בפוליסה				
שם הכיסוי	**תיאור הכיסוי**	**מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע**	**השתתפות עצמית**	**אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)***
התייעצויות עם רופא מומחה שבהסכם על פי אחד מהמסלולים המפורטים - עד 6 בשנת ביטוח סעיף **3.1**	התייעצות על ידי נותן שרות שבהסכם סעיף **3.1.1**		120 ₪ להתייעצות	90 יום.
	התייעצות במסלול תור מהיר אצל נותן שירות שבהסכם (מרשימה ייעודית) תוך שלושה ימי עבודה ממועד פנייתו למוקד סעיף **3.1.2**		250 ₪ להתייעצות	
	התייעצות עם פסיכיאטר סעיף **3.1.3**	עד 2 התייעצויות בשנת ביטוח מתוך 6 התייעצויות להן המבוטח זכאי בסה"כ.	בעת התייעצות עם פסיכיאטר שבהסכם 220 ₪. בעת התייעצות עם פסיכיאטר במסלול המהיר - 350 ₪.	
	במקרה בו אין לחברה נותן שירות שבהסכם, שהינו רופא מומחה בתחום הרפואי הרלוונטי למצבו הרפואי של המבוטח בכל המסלולים (סעיפים **3.1.1 - 3.1.3**)	החזר הוצאות התייעצות עד 800 ש"ח. סעיף **3.1.5**	20%	
בדיקות אבחנתיות סעיף **3.2**	מבוטח שניתנה לו הפניה בכתב לקבלת בדיקות רפואיות אבחנתיות.	עד 20,000 ₪ לכל שנת ביטוח (להלן "סכום הביטוח המירבי") כאשר סכום זה יחושב לפי תעריף הבדיקה כפי שמתפרסם במחירון משרד הבריאות לשירותים אמבולטוריים (תעריף א') **לא יכוסו בדיקות אבחנתיות בגינן שילם המבוטח בפועל הוצאות בסכום הנמוך מ- 250 ₪**	20% מתעריף הבדיקה כפי שמתפרסם במחירון משרד הבריאות לשירותים אמבולטוריים (תעריף א')	90 יום

שירות תור מהיר לבדיקות אבחנתיות שברשימה המפורטת בסעיף **3.2.5** אצל נותן שירות בהסכם	שירות מהיר לביצוע בדיקות אבחנתיות שברשימה אצל נותני שירות שבהסכם: (הדמיה באמצעות אולטרסאונד, הדמיה באמצעות **CT**,הדמיה באמצעות טומוגרפיה ממוחשבת (**MRI**), קולונוסקופיה וירטואלית, ממוגרפיה, צינתור וירטואלי **EMG,EEG,OCT** בדיקת שמיעה, תוך 2 ימי עבודה ופענוח בתוך 2 ימי עבודה ממועד הבדיקה.	תקרת סכום ביטוח המפורטים בסעיף **3.2** לרבות לגבי השתתפות עצמית ותקרות הסכומים	20% מתעריף הבדיקה כפי שמתפרסם במחירון משרד הבריאות לשירותים אמבולטוריים (תעריף א')	90 יום.

חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל עד התקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.

רשימת נותני השירות שבהסכם עשויה להשתנות מעת לעת והינה מעודכנת באתר האינטרנט של החברה

כל האמור לעיל כפוף לתנאי הפוליסה המלאים