

## 2. תנאי הכיסוי:

### 2.1. מקרה הביטוח:

מקרה הביטוח הינו מצבו הרפואי של המבוטח הנזקק על פי הוראת רופא לטיפול תרופתי. תגמולי ביטוח ישולמו למבוטח על פי פוליסה זו בגין:

2.1.1. רכישת תרופות שאינן כלולות בסל שירותי הבריאות ואשר אושרו לשימוש על פי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח בידי הרשות המוסמכת באחת מהמדינות הבאות (להלן: "המדינות המוכרות"): ישראל, ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שוויץ, נורבגיה, איסלנד, אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMEA).

2.1.2. המבטח יכסה כל תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות, אשר אינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית הקבועה בסל שירותי הבריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח. תרופה שאינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית שבסל שירותי הבריאות כאמור לא תיחשב כתרופה ניסיונית. המבטח רשאי להגביל את הכיסוי הביטוחי לפי סעיף זה להתוויה שאושרה בידי הרשות המוסמכת באחת מהמדינות המוכרות.

2.1.3. רכישת תרופה המוגדרת כ OFF LABEL 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 מהבאים :

2.1.3.1 פרסומי ה-FDA

2.1.3.2 American Hospital Formulary Service Drug  
Information

2.1.3.3 US Pharmacopoeia-Drug Information

2.1.3.4 Drugdex (Micromedex), ובלבד שהתרופה עונה על  
שלושת התנאים הבאים במצטבר, (כפי שמופיעים  
בטבלת ההמלצות) :

2.1.3.4.1 עוצמת ההמלצה ( Strength Of )

Recommendation – נמצאת בקבוצה I

או IIa

2.1.3.4.2 חוזק הראיות (Strength Of Evidence)

– נמצאת בקטגוריה A או B

2.1.3.4.3 יעילות (Efficacy) – נמצאת בקבוצה I

או IIa

2.1.3.5 תרופה שהטיפול בה מומלץ, לפחות באחד מה-

National Guidelines שמתפרסם על ידי אחד

מהבאים :

2.1.3.5.1 NCCN

2.1.3.5.2 ASCO

2.1.3.5.3 NICE

2.1.3.5.4 ESMO Minimal Recommendation

- 2.2. אם השתמש המבוטח בתרופה חלופית, ולאחר תחילת השימוש האמור התגלו תוצאות חמורות יותר אצל המבוטח או התברר שהתרופה החלופית לא הביאה לתוצאה רפואית דומה לזו שהתרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות הייתה צפויה להביא, יכסה המבטח את התרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות כאמור לעיל.
- 2.3. מועד קרות מקרה הביטוח הינו המועד בו נקבע לראשונה כי מצבו הרפואי של המבוטח מחייב את הטיפול התרופתי.
- 2.4. הסכום המרבי, לרבות העלויות הכרוכות במתן הטיפול התרופתי, אותו תשלם החברה למבוטח מעל להשתתפות העצמית בגין תקופת ביטוח מתחדשת בת 36 חודשים כל אחת, יהיה 1,045,269 ₪. על פי הצורך ישפה המבטח את המבוטח בגין עלות השירות ואו הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה, לרבות הזרקה או מתן עירוי, בסכום של עד 470₪ לטיפול ועד 9,407 ₪ לכל תקופת הביטוח.
- 2.5. תגמולי הביטוח אותם תשלם החברה בגין מקרה ביטוח מותניים בהשתתפות עצמית של המבוטח לכל מנה חודשית של תרופה בגובה 261 ₪.

### 3. הגבלה לחבות המבטח

בנוסף ל סעיף 4 "סייגים כלליים לאחריות החברה", המבטח לא יהיה אחראי לכל תשלום עבור תרופה ניסיונית, ו/או טיפול ניסיוני, ו/או תרופות לטיפול באין אונות ו/או חומרים אלטרנטיביים. תרופות לצורך טיפולים קוסמטיים ו/או אסתטיים שאין לגביהם הוראה רפואית מובהקת.

תקופת אכשרה לפרק זה 3 חודשים מיום תחילת הביטוח.

## פרק ג': הסעה הכרחית באמבולנס

1. הסעה באמבולנס – העברתו של החולה מבית חולים אחד למשנהו לצורך ביצוע הניתוח או לאחריו באמצעות אמבולנס ציבורי או פרטי.
2. מקרה הביטוח – מצבו הרפואי של המבוטח הנזקק להסעה מבית חולים אחד למשנהו ועל – פי הוראה רפואית אינו יכול להתנייד בתחבורה ציבורית או פרטית או מצבו הרפואי של מבוטח הנזקק על פי הוראה רפואית בכתב להסעה מביה"ח לביתו ואינו יכול להתנייד בתחבורה ציבורית או פרטית.
3. תגמולי הביטוח – החזר בגובה תעריף מד"א.

תקופת אכשרה לפרק זה 3 חודשים מיום תחילת הביטוח.

## פרק ד': חוות דעת שנייה בחו"ל

1. חוות דעת שנייה בחו"ל – התייעצות עם מומחים מחו"ל במרכזים הרפואיים מהשורה הראשונה.
2. מקרה הביטוח – מצבו הבריאותי של המבוטח, הנזקק ע"פ הפניה של רופא מומחה בישראל להתייעצות עם רופא מומחה בחו"ל לצורך קביעת סוג הטיפול המומלץ למצבו הרפואי.
3. תגמולי הביטוח – החזר 85% מההוצאה הישירה בפועל לצורך ביצוע התייעצות עד לסכום מרבי בסך 1,500 דולר.
4. החברה תהיה אחראית לתשלום ע"פ פרק זה בתנאי שאישרה למבוטח מראש את חוות הדעת השנייה בחו"ל.

תקופת אכשרה לפרק זה 3 חודשים מיום תחילת הביטוח.

## תוספת ראשונה

### השתתפות בעלות ביצוע ניתוח פרטי

#### 1. הגדרות לפרק זה:

- 1.1 "שר"פ" – שירות רפואי פרטי בבית חולים ציבורי בירושלים.
- 1.2 "ניתוח" – כל פעולה פולשנית-חדירתית (INVASIVE PROCEDURE) החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה ו/או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח. במסגרת זו יראו כניתוח גם פעולות פולשניות-חודרניות, כולל פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, וכן הראית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.
- 1.3 "מנתח פרטי בהסכם" – רופא מנתח איתו יש לחברה הסכם תקף לביצוע ניתוחים עפ"י פרק זה.
- 1.4 "מנתח פרטי אחר" – רופא מנתח בעל רישיון משרד הבריאות לביצוע הניתוח ושאינו לחברה הסכם איתו לביצוע ניתוחים עפ"י פרק זה.
- 1.5 "בית חולים פרטי בהסכם" – בית חולים פרטי או שר"פ שלחברה יש הסכם איתו לביצוע ניתוחים עפ"י פרק זה.
- 1.6 "בית חולים פרטי אחר" – בית חולים פרטי בעל רישיון משרד הבריאות לביצוע הניתוח או שר"פ שלחברה אין הסכם איתו בקשר עם פרק זה.

#### 2. מקרה הביטוח:

- 2.1 מקרה הביטוח הינו מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב ביצוע ניתוח ואשר עפ"י בחירתו של המבוטח יבוצע ע"י מנתח פרטי בבית חולים פרטי.

2.2 מועד קרות מקרה הביטוח הינו המועד בו אובחן לראשונה המצב הרפואי אשר תוצאה ממנו נזקק המבוטח לניתוח כאמור לעיל.

**3. תנאי מוקדם לאחריות החברה:**

החברה תהיה אחראית למימון ניתוחים עפ"י פרק זה בתנאי שאישרה למבוטח מראש את ביצוע הניתוח.

**4. זכויות המבוטח עפ"י פרק זה:**

4.1 בחר מבוטח לבצע ניתוח בבית חולים פרטי שבהסכם ע"י מנתח פרטי בהסכם ניתוח שבהסכם, תשלם החברה למבצעי הניתוח את מלוא עלות הניתוח.

4.2 בחר המבוטח לבצע הניתוח בבית חולים פרטי אחר ו/או ע"י מנתח פרטי אחר ישלם ישירות למבצעי הניתוח ויהיה זכאי לקבל החזר מהחברה על פי גובה ההחזר הניתן בתכנית כללית מושלם של קופת חולים כללית למבוטח המבצע ניתוח שלא במסגרת ההסכם ובתנאי שהחזר לא יפחת מ-110% ממחיר הניתוח במערכת הציבורית.

5. כיסוי עפ"י פרק זה יכלול אשפוז במחלקה שנייה של בתי חולים פרטיים, שימוש בחדר ניתוח, שרות הרדמה (לרבות מרדים), בדיקות מעבדה לרבות בדיקה פתולוגית וחוות דעת שנייה בארץ בגינה ע"פ הצורך, שירותי הדמיה ותרופות, אך לא כולל אביזרים מושתלים בבית חולים, למעט האמור בסעיף 6 להלן.

6. מבוטח הזכאי לניתוח על פי סעיף זה ונזקק לאביזרים מושתלים בבית חולים, עפ"י רשימה, ישלם בעבורם ויהיה זכאי להחזר מלא אך לא יותר מ – 20,905 ש"ח.

## 7. שירותים רפואיים נלווים לניתוחים :

### 7.1 פיזיותרפיה

- 7.1.1 טיפול פיזיותרפי - טיפול הניתן ע"י בעל מקצוע מומחה בתחום, בעל תעודת הסמכה מהרשויות המוסמכות.
- 7.1.2 מקרה הביטוח – הינו מצבו הרפואי של המבוטח המחייב על פי החלטה רפואית, ביצוע טיפולי פיזיותרפיה (שאינם מכוסים עפ"י סל הבריאות) לאחר ניתוח שבוצע במבוטח במסגרת ביטוח זה.
- 7.1.3 תגמולי הביטוח - סכום השווה ל – 75% מההוצאה בפועל ועד לסכום מרבי של 143 ש"ח לטיפול למשך 12 טיפולים.

### 7.2 אחות פרטית

- 7.2.1 שמירת אחות – השגחת אחות מוסמכת, בעלת תעודת הסמכה מהרשויות המוסמכות, על החולה בעת אשפוזו לאחר הניתוח בבית חולים ציבורי או פרטי.
- 7.2.2 מקרה הביטוח – שכירת שירותי אחות פרטית במהלך האשפוז לאחר הניתוח.
- 7.2.3 תגמולי הביטוח- החזר עבור 5 הימים הראשונים שלאחר הניתוח עד ל – 85% מההוצאות בפועל אך לא יותר מ – 522 ש"ח לכל יום.



### 7.3 התייעצות ע"י רופא מומחה

7.3.1 התייעצות עם רופא מומחה – ביקור אצל רופא מומחה על פי

בחירת המבוטח, בפרקטיקה פרטית או במסגרת שר"פ שאושר על ידי משרד הבריאות. על הרופא להיות מנהל מחלקה או מנהל יחידה בבית חולים ציבורי או בעל תואר פרופסור, או מומחה בתחום ההתייעצות.

7.3.2 מקרה הביטוח -התייעצות עם רופא מומחה באחד המקרים

הבאים: אובחנה אצל המבוטח מחלת הסרטן (לא כולל טרום סרטניות), אי ספיקת כליות סופנית, שבץ מוחי, התקף לב, עיוורון, נכות מלאה ותמידית או שהמבוטח עומד לפני ביצוע ניתוח בהרדמה מלאה.

7.3.3 תגמולי הביטוח – החברה תשפה את המוטב בסכום השווה ל

– 85% מעלות התייעצות אחת ועד לסך של 565 ש"ח לכל מקרה ביטוח.

7.3.4 החברה תשפה את המוטב בסכום השווה ל- 75% מעלות

התייעצות אחת עם רופא מומחה ועד לסך של 270 ש"ח למקרה הנזקק להתייעצות עם רופא מומחה גם אם לא אירעו המקרים כמפורט ב- 7.3.2

תקופת אכשרה לפרק זה 3 חודשים מיום תחילת הביטוח.

## תוספת שנייה

### ביטוח סיעודי

#### 1. הגדרות לפרק זה:

- 1.1. "מצב סיעודי": מצבו הבריאותי והתפקודי של מבוטח אשר בגינו אין סיבה לאשפוז בבית חולים כללי והוא זקוק לעזרה ממשית יומיומית ואשר בהעדרה אינו יכול לבצע באופן עצמאי וללא עזרה לפחות 3 מתוך הפעולות המפורטות בסעיף 2 להלן.
- 1.2. "תקופת המתנה": תקופה המתחילה במועד בו אירע מקרה הביטוח, לאחר תום תקופת האכשרה, ומסתיימת 90 יום לאחר מכן ובמהלכה היה המבוטח במצב סיעודי מלא או חלקי (אינו יכול לבצע באופן עצמאי וללא עזרה לפחות אחת מתוך הפעולות המפורטות בסעיף 2 להלן) באופן רצוף. מובהר בזאת כי הזכאות לתגמולי ביטוח תחל לאחר תקופת ההמתנה.

#### 2. מקרה הביטוח:

- 2.1. מצב בריאות ותפקוד ירודים של מבוטח כתוצאה ממחלה, תאונה או ליקוי בריאותי אשר בגינו אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה), של לפחות 3 מתוך 6 הפעולות הבאות:
- 2.1.1. לקום ולשכב- יכולתו העצמאית של המבוטח לעבור ממצב שכיבה לישיבה ו/או לקום מכיסא, כולל ביצוע פעולה זו מכיסא גלגלים ו/או ממיטה.
- 2.1.2. להתלבש ולהתפשט- יכולתו העצמאית של מבוטח ללבוש ו/או לפשוט פריטי לבוש מכל סוג ובכלל זה לחבר ו/או להרכיב חגורה רפואית ו/או גפה מלאכותית.

- 2.1.3. **להתרחץ** - יכולתו העצמאית של המבוטח להתרחץ באמבטיה, להתקלח במקלחת או בכל דרך מקובלת, כולל פעולת הכניסה והיציאה לאמבטיה או למקלחת.
- 2.1.4. **לאכול ולשתות** - יכולתו העצמאית של מבוטח להזין את גופו בכל דרך או אמצעי (כולל שתייה ולא אכילה בעזרת קש), לאחר שהמזון הוכן עבורו והוגש לו.
- 2.1.5. **לשלוט על סוגרים** - יכולתו העצמאית של מבוטח לשלוט על פעולת המעיים ו/או פעולת השתן. אי שליטה על אחת מפעולות אלה אשר משמעה למשל שימוש קבוע בסטומה או בקטטר בשלפוחית השתן, או שימוש קבוע בחיתולים או בסופגנים למיניהם, יחשב כאי שליטה על הסוגרים.
- 2.1.6. **ניידות** - יכולתו העצמאית של מבוטח לנוע ממקום למקום. ביצוע פעולה זו באופן עצמאי וללא עזרת הזולת, תוך העזרות בקביים ו/או במקל ו/או בהליכון ו/או באביזר אחר כולל מכני או מוטורי או אלקטרוני, לא תחשב כפגיעה ביכולתו העצמאית של המבוטח לנוע. אולם, ריתוק למיטה או לכיסא גלגלים, ללא יכולת הנעתו באורח עצמאי ע"י המבוטח, ייחשב כאי יכולתו של המבוטח לנוע.
- 2.2. מצב בריאות ותפקוד ירודים של מבוטח עקב "תשישות נפש" שנקבעה על ידי רופא מומחה בתחום. לעניין זה, "תשישות נפש" – פגיעה בפעילותו הקוגניטיבית של המבוטח וירידה ביכולתו האינטלקטואלית, הכוללת ליקוי בתובנה ובשיפוט, ירידה בזיכרון לטווח ארוך ו/או קצר וחוסר התמצאות במקום ובזמן הדורשים השגחה במרבית שעות היממה על פי קביעת רופא מומחה בתחום, שסיבתה במצב בריאותי כגון: אלצהיימר, או בצורות דמנטיות שונות.

3. **סכומי ביטוח:**

סכומי הביטוח על פי פרק זה יקבעו על פי גילו של המבוטח בעת קרות מקרה הביטוח ויהיו כמפורט להלן:

סכום הפיצוי החודשי בש"ח	גיל המבוטח ביום קרות מקרה הביטוח
7,954	עד גיל 49 (כולל)
5,568	גיל 50 עד גיל 64 (כולל)
3,608	גיל 65 עד גיל 74 (כולל)
2,386	גיל 75 ומעלה

4. **תגמולי ביטוח:**

בהתקיים מקרה הביטוח, תשלם החברה למוטב בתום תקופת ההמתנה תגמולי ביטוח ("גמלת סיעוד") כדלקמן:

4.1 לגבי מבוטח שאינו יכול לבצע 4 מתוך הפעולות המפורטות בסעיף 2 ולגבי מבוטח הזקוק להשגחה מתמדת ובלתי פוסקת עקב מחלת אלצהיימר או דמנציה או תשישות נפש תגמולי ביטוח חודשיים בהתאם לטבלה בסעיף 3.

4.2 לגבי מבוטח שאינו יכול לבצע 3 מתוך הפעולות המצוינות בסעיף 2 – תגמולי ביטוח חודשיים בסכום שווה ל – 50% מהמפורט בטבלה בסעיף 3.

5. התקופה המרבית לתשלום תגמולי הביטוח 36 חודשים.

**6. סייג מיוחד לפרק זה:**

**החברה לא תהיה חייבת בתשלום תגמולי ביטוח על פי פרק זה בהתקיים מקרה ביטוח שאירע בשתי שנות חייו הראשונות של המבוטח.**

7. אחריות החברה לתשלום תביעה בזמן היות המבוטח מחוץ לגבולות מדינת ישראל מוגבלת לכל היותר ל – 3 חודשים.

8. הפסיקה החברה לשלם למבוטח גמלת סיעוד לפי פרק זה עקב שיפור במצבו ויציאתו ממצב סיעודי, ובתוך 12 חודשים ממועד הפסקת התשלומים חזר המבוטח למצב סיעודי, תשלם לו החברה גמלת סיעוד מהמועד בו חזר למצב סיעודי, ללא תקופת המתנה. התקופה המצטברת של תשלום גמלת סיעוד לפני ההפסקה ולאחריה לא תעלה על התקופה כמפורט בסעיף 5.

9. ויתור על תשלום דמי ביטוח המשלם ו/או המוטב יהא משוחרר מתשלום דמי הביטוח בגין ביטוח סיעוד זה במשך תקופת תשלום התגמול הסיעודי על ידי החברה.

**תקופת אכשרה לפרק זה 3 חודשים מיום תחילת הביטוח.**

נספח לתוספת ראשונה פרק א' : השתתפות בעלות ביצוע ניתוח פרטי

• אביזרים מושתלים בבית חולים פרטי

• אביזרים לקיבוע וייצוב עמוד שדרה	• סטנטים בניתוחי לב
• תותב לאשך	• וצנתורים
• סיליקון בניתוחי שד משחזרים	• מסתמים
• סוגר לשלפוחית שתן	• סטנטים באורולוגיה
• קרנית	• משתל ירך
• פלטת מתכת לאיחוי שבר	• משתל ברך
	• רצועת ברך

\* בכפוף לכיסוי "אביזרים מושתלים" המופיע בתקנון "כללית מושלם".