



שירות לקוחות של החברה מספר טלפון ופקס	כתובת דואר אלקטרוני של החברה	כתובת החברה למשלוח דואר	כתובת אתר אינטרנט
טלפון: 1-800-35-2001 פקס: 03-7569586	moked-briut@ayalon-ins.co.il	בית איילון ביטוח, רח' אבא הלל 12 רמת גן ת"ד 10957 מיקוד 5250606	www.ayalon-ins.co.il

נספח שירותים אמבולטוריים וטכנולוגיות מתקדמות

תמורת תשלום פרמיה נוספת כאמור בדף פרטי הביטוח, ישפה המבטח את המבוטח ו/או ישלם לספק השירות עבור ההוצאות לשירות רפואי אמבולטורי, שעבר מבוטח בפועל, בגין מקרי ביטוח, המפורטים בביטוח נוסף זה, בכפוף לתנאים הכלולים בפוליסת הבריאות היסודית ולתנאים המיוחדים, המפורטים בביטוח נוסף זה. המבטח יהיה משוחרר מכל התחייבותיו שעל-פי ביטוח נוסף זה, אם לא נתבקש להוסיף את הביטוח הנוסף שעל-פי ביטוח נוסף זה לפוליסת הבריאות היסודית ואלא אם היו פוליסת הבריאות היסודית וביטוח נוסף זה בתוקפם המלא, בקרות מקרה הביטוח.

מקרה הביטוח ומועד קרות מקרה הביטוח	1.
מקרה הביטוח הוא מצבו הרפואי של המבוטח במהלך תקופת הביטוח ולאחר תקופת האכשרה כמוגדר בסעיף 9 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.	
פירוט השירותים	2.
<p>סכומי הביטוח המרביים למי מהשירותים המפורטים בתוכנית זו 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 תכנית זו.</p> <p>2.1 רפואת מומחים והתייעצויות</p> <p>2.1.1 התייעצות עם רופאים מומחים - כללי: המבטח ישלם החזר הוצאות למבוטח בגין התייעצות עם רופא מומחה לגבי בעיה רפואית שבתחום מומחיותו, עד 900 ₪ להתייעצות ראשונה בנוגע לבעיה רפואית ("התייעצות ראשונה") ועד 550 ₪ לכל התייעצות נוספת עם אותו מומחה באשר לאותה בעיה רפואית ("התייעצות חוזרת"). הכיסוי אינו כולל התייעצות עם רופא ברפואה ראשונית (דהיינו רופא משפחה וילדים), רופא שיניים והתאמת תרופות. סכום הביטוח המרבי יהיה 80% מההוצאות בפועל ובכפוף לתקרה השנתית כמפורט בסעיף 3 להלן.</p> <p>2.1.2 התייעצות בנוגע לבעיות גיל המעבר ואנטי אייג'ינג: המבטח ישלם החזר הוצאות למבוטח בגין התייעצות עם רופא מומחה בתחום, בהגבלה ל-2 ייעוצים לאבחנה רפואית אחת לתקופה של 12 חודשים רצופים. סכום הביטוח המרבי יהיה 80% מההוצאות בפועל עד לתקרה של 600 ₪ בגין התייעצות ובכפוף לתקרה השנתית כמפורט בסעיף 3 להלן.</p> <p>2.2 בדיקות אבחנתיות וטכנולוגיות מתקדמות</p> <p>2.2.1 בדיקות אבחנתיות - המבטח ישלם החזר הוצאות למבוטח בגין בדיקות אבחנתיות, ובכלל זה ובדיקות הדמיה לפי הפירוט (למעט אבחון דיידקטי ופסיכו דיידקטי, בעיות שינה, קשב וריכוז). החזר הוצאות יהיה 80% מההוצאות בפועל עד לסכום המרבי כמפורט בסעיף 3 להלן לשנת ביטוח. הבדיקות כוללות:</p> <p>2.2.1.1 בדיקות רנטגן - עד תקרה של 1,500 ₪.</p> <p>2.2.1.2 הדמיה באמצעות טומוגרפיה ממוחשבת (CT) לרבות CT PET - עד תקרה של 1,500 ₪.</p> <p>2.2.1.3 הדמיה באמצעות MRI לרבות MRI ו-MRA. ובנוסף בדיקת MRT - עד תקרה של 4,000 ₪ לבדיקה.</p> <p>2.2.1.4 הדמיה באמצעות אולטרא-סאונד - עד תקרה של 1,500 ₪. (לא יינתן כיסוי בעת ביצוע הבדיקה על ידי הרופא המייעץ, בגינו מוגשת חשבונית להחזר בנספח זה)</p> <p>2.2.1.5 CT קרדיאלי מניעתי של הלב וכלי הדם הכליליים למבוטח בדרגת סיכון גבוהה למחלות לב – מבוטח המצוי בדרגת סיכון גבוהה למחלות לב, יהיה זכאי אחת ל-5 שנים להחזר בגובה 80% מההוצאות בפועל בגין ביצוע בדיקת CT קרדיאלי, עד 2,000 ₪ ובכפוף לתקרה השנתית כמפורט בסעיף 3 להלן. מבוטח ייחשב כ"מצוי בדרגת סיכון גבוהה למחלות לב" אם יעמוד המבוטח בעת הפניה לבדיקה בתנאים המצטברים הבאים:</p> <p>א. גיל מעל 45</p> <p>ב. לחץ דם מעל 150/95</p> <p>ג. טריגליצרידים מעל 300</p> <p>ד. LDL מעל 180</p> <p>ה. BMI מעל 33</p>	

2.2.1.6 **אבחון וייעוץ גנטי למחלות תורשתיות** - המבטח ישלם למבוטח החזר הוצאות בגין ביצוע אבחון וייעוץ גנטי חד פעמי לגילוי מחלות תורשתיות וזאת במידה והתגלתה לראשונה מחלה המוכרת כמחלה תורשתית בתקופת הביטוח של המבוטח בקרב אחד מבני משפחתו מדרגה ראשונה (הורים, אחים, ילדים) של המבוטח. סכום הביטוח המרבי יהיה 80% מההוצאות בפועל בגין האבחון והייעוץ יחד עד לתקרה של 3,200 ₪ ובכפוף לתקרה השנתית כמפורט בסעיף 3 להלן.

2.2.1.7 **בדיקת אבחון אחרות** שלא מנויות לעיל - כמו למשל בדיקת רגישות למזון - עד תקרה של 1,500 ₪.

2.2.2 טיפולים פארא-רפואיים

2.2.2.1 המבטח ישלם החזר הוצאות למבוטח בגין טיפולים פארא-רפואיים על פי הוראות רופא כמפורט להלן. מספר הטיפולים לא יעלה על 12 טיפולים לתקופה של 12 חודשים רצופים. טיפולים פארא-רפואיים לפי סעיף זה יכללו את הטיפולים הבאים:

א. טיפול ריפוי בדיבור לאחר CVA או תאונה.

ב. טיפול ריפוי בעיסוק לאחר CVA או תאונה.

סכום הביטוח המרבי בגין סעיף 2.2.2 יהיה 80% מההוצאות בפועל עד לתקרה של 2,300 ₪ בגין כל מקרי הביטוח ובכפוף לתקרה השנתית כמפורט בסעיף 3 להלן.

2.2.3 **הראיית איברים פנימיים במערכת העיכול באמצעות קפסולה** - מבוטח 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 ל-3 שנים להחזר של 80% מההוצאות בפועל בגין ביצוע הבדיקה, ועד 5,000 ₪ בגין הבדיקה ובכפוף לתקרה השנתית כמפורט בסעיף 3 להלן.

2.3 היריון ולידה

2.3.1 המבטח ישלם למבוטחת החזר הוצאות בגין בדיקות היריון שבוצעו בגופה מהבדיקות המפורטות להלן, בגובה 80% מההוצאות בפועל עד לתקרה של 5,000 ₪ לכל היריון, וזאת על אף הקבוע בסייגים בתנאים כלליים לתוכניות ביטוח בריאות. להלן רשימת הבדיקות:

2.3.1.1 ביצוע סקירה על קולית לבדיקת מערכות עובר מוקדמת או מאוחרת - בדיקה לסקירה על קולית (ULTRA SOUND).

2.3.1.2 בדיקת שקיפות עורפית.

2.3.1.3 בדיקת סקר ביוכימי משולש (חלבון עוברי).

2.3.1.4 בדיקת מי שפיר.

2.3.1.5 בדיקת NIPT.

2.3.1.6 סיסי שלייה.

2.3.1.7 ביצוע בדיקה לאבחון גנטי טרום היריון לתכנון משפחה - זכאות בבדיקות דם לבדיקת סיכון רקע למחלות מולדות ולמחלות גנטיות לצורך תכנון המשפחה. הזכאות לגבי בדיקה זו תינתן הן למבוטח והן למבוטחת.

2.3.1.8 ביצוע בדיקת CMA ("צ'יפ גנטי") - זכאות לאבחון גנטי למחלות גנטיות. זכאות זו תינתן הן למבוטחת והן למבוטח.

2.3.1.9 החזר הוצאות למבוטחת בגין 3 התייעצויות עם רופא מומחה בנושא היריון ולידה, עד 800 ₪ עבור התייעצות. סכום הביטוח המרבי יהיה 80% מההוצאות אשר הוצאו בפועל וכלול בתקרת ההחזר כמפורט בסעיף 2.3.1. הכיסוי אינו כולל התייעצות עם רופא ברפואה ראשונית (דהיינו רופא משפחה) ותרופות.

2.3.2 השתתפות במימון, איסוף ושימור דם טבורי - המבטח ישלם החזר הוצאות למבוטח בסכום חד פעמי ועד 500 ₪ לכל היריון.

2.3.3 מלונית לאחר לידה - המבטח ישלם למבוטח לאחר לידה החזר בגין הוצאות שהייה במלונית יולדות בסמוך לאחר הלידה עד 200 ₪, לכל יום שהייה לתקופה מרבית של 8 ימים רצופים.

2.3.4 הפריית מבחנה - מבטח ישלם למבוטחת החזר הוצאות בגין הפריית מבחנה שבוצעה בגובה עד 80% מההוצאה בפועל, עד לתקרה של 10,000 ₪ בגין עד שתי הפריות מבחנה יחד. מובהר בזאת כי מספר הפריות המבחנה שהמבטח ישתתף בהוצאותיהן לא יעלה על שתי הפריות למשך כל תקופת הביטוח. הזכאות לכיסוי זה מותנית בכך שלמבוטחת שני ילדים קודמים.

2.3.4 תקרת התשלום לכל הכיסויים בסעיף זה תהיה 5,000 ₪ למעט סעיף 2.3.4.

2.4 מחלת הסרטן - אבחון, בדיקה ומניעה

הגדרות:

2.4.1 מחלת הסרטן -

נוכחות גידול של תאים ממאירים הגדלים באופן בלתי מבוקר וחודרים ומתפשטים לרקמות הסביבה או לרקמות אחרות. מחלת הסרטן תכלול לוקמיה, לימפומה ומחלת הודג'קינס.

מחלת הסרטן אינה כוללת:

- 2.4.1.1 גידולים המאובחנים כשינויים ממאירים של Carinoma in situ כולל דיספלזיה של צוואר הרחם CIN1, CIN2, CIN3 או גידולים המאובחנים בהיסטולוגיה כטרום ממאירים.
- 2.4.1.2 מלנומה ממאירה בעובי פחות מ-0.75 מ"מ עם פחות ממיטוזה אחת למ"ר וללא אוצרציות (התחייבויות).
- 2.4.1.3 מחלות עור מסוג:
 - 2.4.1.3.1 Basal Cell Carcinoma ו-hyperkeratosis.
 - 2.4.1.3.2 מחלות עור מסוג: Squamous Cell Carcinoma אלא אם כן התפשטו לאיברים אחרים.
- 2.4.1.4 מחלות סרטניות מסוג סרקומה על שם קפושי בנוכחות מחלת ה-AIDS.
- 2.4.1.5 סרטן הערמונית המאובחן בהיסטולוגיה עד ל- T2 NO MO TNM Classification (כולל) או לפי Gleason Score עד ל-6 (כולל).
- 2.4.1.6 לויקמיה לימפוציטים כרונית (C.L.L) עם ספירה של פחות מ- B cell lymphocytes 10,000/ul ובלבד שהמבוטח לא מקבל טיפול תרופתי.
- 2.4.1.7 סרטן תירוואיד שבו לא הוסרה כל הבלוטה.
- 2.4.1.8 פוליפים במעי או בכיס השתן שאינם מחייבים פעולה רפואית מעבר לכריתה מקומית.
- 2.4.1.9 גמופתיה מוקדמת MGUS ובלבד שהמבוטח לא מקבל טיפול תרופתי.
- 2.4.1.10 T cell lymphoma של העור, ובלבד שמדובר בנגעים שטחיים על פני העור בלבד, המחלה הקשה תכוסה בשלב בו הגיעה ל- T cell LY.

2.4.2 רפואה מונעת - בדיקות סקר לגילוי סרטן

"סקר" משמעו - סקר רפואי המבוצע במבוטח. יובהר כי במקרה בו מבוצעות בדיקות הסקר אצל נותן שירות שבהסכם, רשימת הבדיקות המומלצות בסקר יכולה להשתנות על פי מדיניות נותן השירות שבהסכם, במועד ביצוע הסקר.

"בדיקות סקר סרטן" - בדיקה חד פעמית, הכוללת את הבדיקות הבאות או חלקן: בדיקת רופא מומחה בתחום, יעוץ גנטי מומחה בתחום למיפוי גורמי סיכון אישיים והערכה לסיכויי נשאות לגנים סרטניים, בדיקה גנטית לגילוי נשאות גנים סרטניים.

2.4.2.1 המבוטח זכאי לבצע בדיקת סקר סרטן תקופתי אחת ל-3 שנים ולראשונה בתום השנה השלישית אשר כוללת את הבדיקות המפורטות ברשימה הסגורה שלהלן:

- א. מיפוי גורמי סיכון אישיים לפתח סוגי סרטן שונים (בליווי שאלון מובנה).
- ב. בדיקת רופא מומחה בתחום (בין היתר בדיקת חלל הפה, עור, ערמונית, בלוטת התריס, אשכים וכד').
- ג. מתן יעוץ אישי להפחתת גורמי הסיכון.
- ד. בדיקת שד ע"י כירורג.
- ה. בדיקת ממוגרפיה.
- ו. בדיקת דם בשתן.
- ז. בדיקה גניקולוגית.
- ח. בדיקת צוואר הרחם PAP.
- ט. בדיקת אולטרא-סאונד וגינאלי.
- י. בדיקת פולימורפיזם בגן של APC מ-DNA שמופק בדם פריפרי לגילוי מוקדם של סרטן מעי גס וחלחולת.
- יא. בדיקת PSA לגילוי מוקדם של סרטן ערמונית.
- יב. פגישה עם פסיכולוג לבדיקת הקשר בין היבטים נפשיים לבין מחלת הסרטן.
- יג. פגישה עם תזונאי/ת לשינוי אורחות החיים.

2.4.2.2 בסיום הבדיקות המפורטות לעיל המבוטח יקבל סיכום מידע הניתן ע"י רופא ותיק מודפס הכולל המלצות.

2.4.2.3 הבדיקות יבוצעו אצל ספק אחד, ובמועד אחד, ככל הניתן, וחריגה מכך מחייבת אישור מראש ע"י המבטח.

2.4.2.4 מובהר בזאת כי השירות יינתן בתום תקופת אכשרה של 3 שנים.

2.4.2.5 תקרת החזר שישולם למבוטח ע"י המבטח בגין הוצאות בדיקת סקר לגילוי סרטן תהיה 450 ₪.

2.4.3 בדיקת קולונוסקופיה מניעתית

למבוטח בדרגת סיכון גבוהה למחלות המעי הגס - בדיקת קולונוסקופיה, לרבות קולונוסקופיה וירטואלית, לתהליך אבחוני מניעתי תינתן אחת ל-3 שנים, אם יעמוד המבוטח באחד מהתנאים הבאים:

2.4.3.1 אצל המבוטח התגלו ונכרתו גידולים במעי הגס (בין אם ממאירים ובין אם לא) וזאת לאחר תום תקופת אכשרה על פי תכנית זו.

2.4.3.2 גילוי של גידול ממאיר במעי הגס אצל קרוב משפחה מדרגה ראשונה (הורים, אחים/יות, ילדים) וזאת לאחר תום תקופת אכשרה על פי תכנית זו.

2.4.3.3 גילוי מחלת פוליפוזיס אצל בן משפחה מדרגה ראשונה (הורים, אחים/יות, ילדים) וזאת לאחר תום תקופת אכשרה על פי תכנית זו.

סכום הביטוח המרבי יהיה 80% מההוצאות בפועל עד לתקרה של 4,400 ₪.

2.4.4 טיפול כימותרפי ורדיותרפי

טיפול כימותרפי ורדיותרפי ישולם למבוטח ע"י המבטח בתקרה של 80% מההוצאות בפועל, בכפוף לתקרה השנתית של 12,000 ₪ (כמפורט בסעיף להלן).

2.4.5 ביצוע בדיקה לאבחון גנטי מתקדם לגילוי גנים סרטניים

המבטח ישלם החזר הוצאות למבוטח בגין ביצוע אבחון גנטי חד פעמי לגילוי גנים סרטניים, במידה והתגלתה מחלת הסרטן בקרב בני משפחה מדרגה ראשונה (הורים, אחים, ילדים) של המבוטח במהלך תקופת הביטוח לאחר תום תקופת האכשרה של המבוטח. סכום הביטוח המרבי יהיה 80% מגובה ההוצאות בפועל, עד לתקרה של 3,200 ₪. הזכאות תינתן עבור אבחון של אחת מהמחלות הבאות:

- א. סרטן השחלות
- ב. סרטן המעי הגס
- ג. סרטן השד

2.4.6 שמירת מח עצם לתקופות ארוכות

מבוטח אשר יחלה במחלת הסרטן ונלקח ממנה מח עצם להשתלה, יהיה זכאי להחזר הוצאות בגין שמירת מח העצם ל-3 שנים החל מתום השנה השנייה לשמירתו ועד סה"כ 5 שנים. סכום ביטוח מרבי למקרה ביטוח זה יהיה 80% מההוצאות בפועל עד לתקרה של 1,700 ₪.

2.4.7 טיפול מיוחד במחלת הסרטן

השתלה תוך גופית של כדורים רדיואקטיביים לטיפול במחלת סרטן. סכום ביטוח מרבי עבור כל מקרי הביטוח יהיה 80% מההוצאות בפועל עד לתקרה של 6,000 ₪.

2.4.8 אביזרים מיוחדים

תינתן זכאות למבוטח לשימוש עבור אביזרי עזר המקלים על סימפוטמים ותוצאות הטיפול במחלת הסרטן, כגון: פאה, שרוול גומי, חזייה וכד'. סכום הביטוח המרבי לכל אביזר יהיה 80% מההוצאות בפועל עד לתקרה של 2,600 ₪.

2.4.9 חוות דעת שנייה בחו"ל

המבטח ישלם למבוטח החזר בגין חוות דעת שנייה בחו"ל באמצעות נותן שירות שבהסכם, זאת לאחר שקיבל חוות דעת ראשונה מרופאו האישי בישראל אבחנה של מחלת הסרטן. חוות הדעת השנייה תועבר למבוטח באמצעות נותן שירות שבהסכם, והיא תינתן לממצא הדמיתי ו/או לאבחנה קלינית הכוללת הדמיה בתוכה.

2.4.9.1 הזכאות תינתן עבור חוות דעת שנייה בתחומי הרדיולוגיה (כגון: צילומי רנטגן, אולטרא סאונד, MRI (CT), הפתולוגיה, כירורגיה ואונקולוגיה, לרבות שילובים.

2.4.9.2 השירות יינתן למבוטח תוך שימוש בטכנולוגיות אבחון מרחוק על בסיס אמצעי תקשורת אשר אינם מהווים ייעוץ "פנים אל פנים" וכולל מספר שלבים:

- הכוונה להמצאת הממצאים הנדרשים להכנת תיק רפואי.
- תמצות התיק לשפה האנגלית.
- שיגור התיק 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.

2.4.9.3 במקרה שמהבוטח יפנה לקבלת חוות הדעת כמפורט לעיל באמצעות נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח, החזר ההוצאות בפועל שיינתן ע"י המבטח יהיה 60% עד לתקרה של 1,000 ₪, לפי הנמוך מבין השניים.

2.5 בדיקת סקר תקופתי

"בדיקת סקר תקופתית" – משמעותה בדיקה תקופתית הכוללת את כל הבדיקות הבאות או חלקן: בדיקה כללית של רופא ומילוי שאלון רפואי, מדידת גובה ומשקל, בדיקות מעבדה (דם ושתן), בדיקות דם סמוי בצואה, בדיקות אנטיגן סגולי של הערמונית (PSA), בדיקות א.ק.ג וארגומטריה, בדיקות דופק ולחץ דם, בדיקות ראייה ושמיעה, בדיקות לחץ תוך עיני, תפקודי כליות כבד וריאות, צילום חזה.

נותן שירות שבהסכם - חברת Targetcare טלפון: 072-2576606

2.5.1 מבוטח זכאי לבצע בדיקת סקר תקופתית אחת לשנתיים, אשר כוללת את הבדיקות המפורטות ברשימה הסגורה שלהלן:

2.5.1.1 בדיקת רופא מקיפה, בדיקות דם ומעבדה הכוללות ספירת דם, אלקטרוליטים, תפקודי כבד וכליות, שומנים בדם (כולסטרול וטריגליצרידים), בדיקת לחץ דם, בדיקת גובה ומשקל, בדיקת דם בצואה, בדיקת בלוטת הפרוסטטה, בדיקת ראייה ושמיעה, לחץ תוך עיני, תפקודי ריאה, צילום חזה, בדיקת לב- א.ק.ג, בדיקת לב במאמץ ופענוח קרדיולוג מומחה - ארגומטריה.

2.5.1.2 בסיום הבדיקות המפורטות לעיל ינתן למבוטח תיק מודפס הכולל המלצות וסיכום הניתן ע"י הרופא.

2.5.1.3 הבדיקות יבוצעו אצל ספק אחד ובמועד אחד, ככל הניתן, וחריגה מכך מחייבת אישור מראש ע"י המבטח.

2.5.1.4 המבוטח ישלם השתתפות עצמית בסך 150 ₪ עבור ביצוע בדיקות הסקר אצל נותן שירות שבהסכם.

2.5.1.5 המבטח ישפה את המבוטח בגין בדיקות סקר שבוצעו אצל נותן שירות שאינו בהסכם בגובה 50% מההוצאות בפועל עד לתקרה של 500 ₪.

2.6 טיפולי פיזיותרפיה / הידרותרפיה

2.6.1 המבוטח זכאי ל-12 טיפולי פיזיותרפיה / הידרותרפיה בשנה בידי פיזיותרפיסט / מטפל הידרותרפיה מוסמך.

2.6.2 המבוטח ישלם השתתפות עצמית בסך של 45 ₪ בגין כל טיפול באמצעות נותן שירות שבהסכם.

2.6.3 המבטח ישפה את המבוטח בגובה 80% מההוצאות בפועל עבור כל טיפול עד לתקרה של 120 ₪ לטיפול, זאת במידה ובחר המבוטח בנותן שירות שלא בהסכם.

2.7 מרפאות כאב בבית חולים פרטי

בסעיף זה יחולו ההגדרות המפורטות להלן:

מרפאת כאב - מרפאה בבית חולים פרטי המטפלת בכאב חריף ובכאב כרוני, כגון: כאבי צוואר או גב, כאבים כתוצאה ממחלת הסרטן ועוד, בין היתר באמצעות טיפול בחשמל, בזריקות ו/או הזרקות וטיפול באמצעות גלי רדיו.

2.7.1 מבוטח הנזקק לבצע טיפולים במרפאת כאב בהמלצת רופא מומחה לכאב, יהיה זכאי להחזר בגובה 80% מההוצאות בפועל בגין ביצוע עד 10 טיפולים בלבד בכל התקופה (לרבות תקופות ביטוח רצופות), בה נספח זה בתוקף, במרפאת כאב בבית חולים פרטי, וזאת עד לתקרה של 150 ₪ עבור כל טיפול.

2.7.2 מבוטח אשר ביצע טיפולים במרפאת כאב במערכת הציבורית בישראל, ללא השתתפות החברה, יקבל החזר מהמבטח בגין תשלום השתתפות עצמית עד לסך של 75 ₪ לכל טיפול ועד עשרה טיפולים בלבד בכל התקופה (לרבות תקופות ביטוח רצופות) בה נספח זה בתוקף.

2.7.3 תקופת האכשרה לכיסויים על פי סעיף 2.7 היא 90 ימים.

2.8 בדיקת COLONFLAG

באמצעות ספק שירותים - חברת NOVOLOG, בדיקה ייחודית למבוטחים בגילאים 40-75 אשר מזהה אנשים בסיכון גבוה לחלות בסרטן המעי הגס בטווח של חצי שנה עד שנתיים ממועד הבדיקה וזאת בהתבסס על בדיקות דם סטנדרטיות (cbc), גיל ומין הנבדק.

לשם ביצוע הבדיקה יש להעביר תוצאות בדיקת דם סטנדרטית - אחת עדכנית ולפחות עוד בדיקה אחת שבוצעה ב-3 השנים האחרונות (במרחק של לפחות חצי שנה מהבדיקה העדכנית) ובנוסף מידע על גיל ומין הנבדק. על בסיס המידע שהועבר מתבצעת בדיקה אשר בסיימה יתקבל ציון המצביע על הסיכון של הנבדק.

נבדק אשר נמצא בסיכון גבוה (פעמים רבות מבלי שקיים סימפטום כלשהו) יוכל במצבים רבים למנוע את התפתחות המחלה ולהציל את חייו בכפוף להמשך התהליכים המקובלים לאנשים בסיכון לסרטן המעי הגס.

השתתפות עצמית עצמית של 85 ₪ לבדיקה.

יש לפנות לספק השירותים - 077-6051167

2.9 שירות מחקר אישי ממוקד

באמצעות ספק שירותים - חברת NOVOLOG, כל מטופל שאובחן כחולה במחלת מורכבת לפי רשימת מחלות, כגון:

- מחלת סרטן
- מחלות אוטו-אימוניות
- מחלות נוירו-דגנרטיביות
- מחלות נדירות ויתומות

השירות הינו רפואה מותאמת אישית באמצעות חברת מדינת מדיקל אינטלג'נס בע"מ - שירותי מחקר אישי ממוקד עבור מטופלים שאובחנו במחלות מורכבות בהתאם למאפיינים הייחודיים של כל מטופל.

שאלות המחקר הייעודיות יוגדרו יחד עם המטופל או הצוות הרפואי שלו.

כל מטופל יקבל דוח ובו פירוט המידע הרלוונטי שנמצא, בתוספת סיכום קצר לרופא המטפל.
 כחלק מתהליך בקרת האיכות של החברה, הדוחות עוברים ביקורת של רופא (השירות לא נועד להחליף את הצוות הרפואי של המטופל).
 הדוח שיימסר למבוטח יכלול נושאים כמו טיפולים קונבנציונאליים אפשריים וסיכויי הצלחתם, טיפולים אלטרנטיביים רלוונטיים, אפשרויות טיפול בתופעות לוואי, מחקרים קליניים ומידת התאמתם לחולה, זיהוי ואיתור של רופאים בהתאם להתמחות וניסיונם.

השירות יינתן בכפוף להשתתפות עצמית של 1,200 ₪

יש לפנות לספק השירותים - 03-3094421, info@medint.io

2.10 שירות מומחה עולמי

באמצעות ספק שירותים BEST MED OPINION, מספר טלפון ייעודי למבוטחי איילון: 073-3808714

בכפוף לכך שבידי המנוי קיימת חוות דעת ראשונה הכוללת אבחנה של מחלת סרטן, יהיה המנוי זכאי לשירותים כמפורט להלן:

2.10.1 **חוות דעת שנייה בתחומי הרדיולוגיה** - פענוח הדמיה על ידי רופא מומחה מחו"ל שתחום התמחותו רדיולוגיה, וזאת תוך 2 ימי עבודה מיום משלוח הדמיה. למען הסר ספק מובהר כי האחריות להעברת הדיסקים הנה באחריות המנוי, אשר ישא בהוצאות העברת הדמיה לידי ספק השירות, ככל שתהיינה. השירות יינתן על בסיס טכנולוגיה של "אבחון מרחוק".

2.10.2 **חוות דעת שניה בתחום הפתולוגיה** - חוות דעת רפואית לאבחון פתולוגי על בסיס דגימות, אשר יועברו לספק על ידי המנוי ועל חשבונו. השירות יינתן, במידת האפשר, על בסיס טכנולוגיות של "אבחון מרחוק".

2.10.3 **חוות דעת בתחום האונקולוגיה** - חוות דעת רפואית על ידי רופא מומחה מחו"ל שתחום התמחותו באונקולוגיה.

היקף השירותים - המנוי יהיה זכאי לקבלת שירות על פי כתב שירות זה, פעם אחת כל 12 חודשים רצופים מהמועד שבו נרכש כתב השירות. למען הסר ספק מובהר כי זכאותו של המנוי למימוש השירותים המפורטים בסעיף 2 לעיל, הנה ביחס לכל אחד מהשירותים, באופן שהמנוי יהיה זכאי ללא יותר מ-3 חוות דעת בשנה (רדיולוגי / פתולוגיה / אונקולוגיה).

2.10.4 אופן קבלת השירותים

על מנוי שבידיו קיימת חוות דעת ראשונה, לפנות לספק השירות באמצעות מוקד השירות, יזדהה בשמו, מספר ת"ז ומספר טלפון בו ניתן להשיגו.

ספק השירות יצור קשר, וזאת תוך 24 שעות מקבלת ההודעה, כאמור בסעיף 2.10.

לשם מתן השירותים, יעביר המנוי לספק השירות את חוות הדעת הראשונה, את הדמיות ו/או הדגימות ואת כל המידע הרפואי שיידרש, בהתאם להנחיות ספק השירות ו/או הרופא, לפי שיקול דעתם הבלעדי. יובהר, כי העברה מלאה של מלוא המידע הרפואי, לרבות הדמיות ו/או דגימות פתולוגיה, הינה באחריותו המלאה והבלעדית של המנוי, והיא מהווה תנאי מקדים מהותי למתן השירות.

2.10.5 **לאחר קבלת המידע הרפואי**, ישלח התייעוד הרפואי הרלוונטי, לאחר שיתורגם ויערך על-ידי ספק השירות, לבחינת רופא מומחה בחו"ל. הרופא המומחה בחו"ל ייבחר על-ידי ספק השירות, על-פי שיקול דעתו הבלעדי.

2.10.6 **הרופא המומחה בחו"ל** יבחן את התייעוד הרפואי אשר יועבר לעיונו, ויערוך חוות דעת נוספת. במידת הצורך ולפי בקשת הרופא המומחה בחו"ל, יועברו בדיקות רדיולוגיות ו/או פתולוגיות ו/או כל מידע נוסף הנחוץ לצורך כתיבת חוות הדעת. ספק השירות ינקוט במרב המאמצים לקבלת חוות הדעת הנוספת בתוך 15 ימי עסקים, ככל שהדבר יתאפשר ובהתחשב במורכבות המצב הרפואי.

2.10.7 השתתפות עצמית

המנוי ישלם השתתפות עצמית בסך של 400 ₪ עבור חוות דעת בתחום הרדיולוגיה (סעיף 2.10.1 לעיל), 1,200 ₪ עבור חוות דעת בתחום הפתולוגיה (סעיף 2.2 לעיל), 1,000 ₪ עבור חוות דעת בתחום האונקולוגיה (סעיף 2.4 לעיל).

3. סכום ביטוח מרבי לשנת ביטוח

סכום הביטוח המרבי השנתי שישלם המבוטח עבור הוצאות רפואת מומחים והתייעצויות (כאמור בסעיף 2.1) ו/או בדיקות אבחנתיות וטכנולוגיות מתקדמות (כמפורט בסעיף 2.2) ו/או טיפולים פארא רפואיים (כמפורט בסעיף 2.2.2) ו/או הראיית איברים פנימיים במערכת העיכול באמצעות קפסולה (כמפורט בסעיף 2.2.3) ו/או טיפול רדיו תרפיה וכימותרפיה (כאמור בסעיף 2.4.4) בגין כל מקרי הביטוח בשנת ביטוח יהיה עד לסך של 12,000 ₪ ובכל מקרה, לא יותר מתקרות סכומי הביטוח המפורטים בכל סעיף.

4.	הגבלות לאחריות החברה
	המבטח לא ישפה את המבוטח בגין בדיקות תקופתיות ובדיקות שגרה, שאינן עקב בעיה רפואית פעילה למעט בדיקות הסקר המפורטות בסעיפים 2.4.2 ו- 2.5 וכן בסעיפים 2.8, 2.9 ו-2.10.
5.	חריגים מיוחדים
	סעיף החריגים בתנאים הכלליים בפוליסה שאליה צורף נספח זה, חל גם על נספח זה. בנוסף לאמור לעיל, החברה לא תהא חייבת בתשלום תגמולי ביטוח על פי נספח זה במקרים הבאים:
5.1	בדיקות תקופתיות ו/או בדיקות שגרה ו/או טיפולים שאינם עקב בעיה רפואית פעילה, למעט המפורט בסעיף 2.3 היריון ולידה.
5.2	ניתוחים וטיפולים הקשורים בשיניים.
6.	שינויים, ויתורים או סטיות בתנאי התוכנית
6.1	תכנית זו מתווספת לתנאים הכלליים לתוכניות ביטוח בריאות.
6.2	במקרה של סתירה בין האמור בתכנית זו לבין האמור בתנאים הכלליים לתוכניות ביטוח בריאות יחייב לעניין תכנית זו האמור בה בלבד.
6.3	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.
7.	תוקף התכנית
	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 הינם בהתאם למפורט בתנאים הכלליים לתוכניות ביטוח הבריאות.
8.	הצמדה
	סכומי השיפוי הנקובים לעיל נקובים ב-שש וצמודים למדד 12194 נקודות.
9.	תקופת האכשרה
	תקופת האכשרה הינה בת 90 ימים, למעט המקרים הבאים:
9.1	לנושאי הריון או לידה תחול תקופת אכשרה בת 270 ימים.
9.2	לבדיקות סקר תקופתי – תחול תקופת אכשרה בת 24 חודשים.
9.3	לבדיקות סקר לגילוי סרטן – תחול תקופת אכשרה בת 3 שנים.
10.	ביטול או סיום הנספח
	תוקף נספח זה יפוג, בקרות אחד המקרים להלן, הקודם מביניהם:
10.1	במועד ביטול או סיום של פוליסת הביטוח ו/או תכניות הבסיס.
10.2	על פי הוראות סעיף 8 לתנאים הכלליים.
10.3	על פי הוראות סעיף 13 לתנאים הכלליים.