

תקנון פלטינום - רובד שני לכללית מושלם

1. מבוא

- 1.1 תקנון זה מעיד, כי תמורת תשלום דמי השתתפות כמפורט להלן ובהתאם לתנאים, להוראות, לסייגים ולחריגים המפורטים להלן, יהיה זכאי העמית לשירותים בהתאם לתקנון.
- 1.2 השירותים והכיסויים לפי תקנון זה הינם כפויים משלמים לסל שירותי הבריאות ולשירותים ולכיסויים שניתנים במסגרת התכנית לשירותי בריאות נוספים - כללית מושלם (להלן: "**כללית מושלם**") וכפויים להוראות הרלבנטיות בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994 (להלן: "**חוק ביטוח בריאות**"). בכל מקום בו יש סתירה בין האמור בתקנון לבין הוראות חוק ביטוח בריאות, יגברו הוראות החוק.
- 1.3 להלן חלק מהסעיפים הרלבנטיים בחוק ביטוח בריאות ולגי תכניתו לשירותי בריאות נוספים:
 - 1.3.1 סעיף 10 (ב) (2) לחוק ביטוח בריאות:

"הקופה רשאית לשנות, מעת לעת, את זכויות העמיתים בתכנית ואת תשלומי העמיתים"
 - 1.3.2 סעיף 10 (ג) לחוק ביטוח בריאות:

"(1) קופת חולים תצטרף לתכנית כל חבר המבקש להצטרף לתכנית, ללא קשר למצבו הבריאותי או הכלכלי, ולא תגביל את הצטרפותו או את זכויותיו בעת הצטרפותו בתנאי כלשהו, ולמעט תקופות אפשרה סבירות, שייקבעו לגבי כלל העמיתים בתכנית לענין מתן שירותים שונים במסגרתה, ומלבד שלא תיקבע תקופת אפשרה כאמור לענין שירותים שהיו כלולים בסל השירותים והתשלומים של הקופה לגבי מי שהיה חבר בקופה והצטרף לתכנית לא יאוחר משנה אחת אחרי השינוי בסל השירותים והתשלומים של הקופה;

(2) הקופה רשאית לקבוע, לענין תקופות אפשרה כאמור בפסקה (1), הוראות שונות לגבי מעבר מתכנית של קופה אחרת."
 - 1.3.3 סעיף 10 (ד) לחוק ביטוח בריאות:

"בכפוף לאמור בסעיף קטן (ג), קופת חולים לא תפלה בין עמיתים בתכנית, בין בעת הצטרפות אליה ובין במתן השירותים במסגרתה."
 - 1.3.4 סעיף 10 (ה) לחוק ביטוח בריאות:

"מחיר התכנית יהיה אחיד לכל קבוצת גיל, ללא תלות במספר שנות החברות בתכנית, או במצבו הבריאותי או הכלכלי של העמית."
 - 1.3.5 סעיף 21 לחוק ביטוח בריאות:

"(א) קופת חולים תיתן לכל מי שהיא אחראית כלפיו כאמור בסעיף 3(ג) את כל שירותי הבריאות שלהם הוא וזכאי לפי חוק זה, בין בעצמה ובין באמצעות נותני שירותים, ללא כל הפליה ולא תתנה מתן שירותים הכלולים בסל השירותים שלה בהצטרפותו או בחברות בתכנית לשירותים נוספים לפי סעיף 10.

(ב) אי תשלום או פיגור בתשלום דמי ביטוח בריאות לא יפטרו את קופת החולים מחובתה לתת את שירותי הבריאות הכלולים בסל שירותי הבריאות."

2. הגדרות

- בתקנון זה יהיו נובחנים הבאים ההגדרות המופיעות לצידי:
- 2.1 "**בנקת הצטרפות**" - בקשה להצטרף לתכנית, אשר הוגשה על-ידי מבוסס הכללית שהינו עמית כללית מושלם עבור ו/או עבור ילדיו שהינם עמיתים בכללית מושלם או שהגיש אפטרופוסט עבור מבוסס הכללית שהינו עמית כללית מושלם ונמצא תחת אפטרופוסט.
 - 2.2 "**הודעת הצטרפות**" - דף ובו מפורטים פרטי העמית, מועדי הצטרפות, מדד הבסיס, דמי השתתפות הראשונים וכל פרט אחר שיש לציין בכתב והוא מהווה גם אישור הצטרפות לתוכנית.
 - 2.3 "**הכללית**" - שירותי בריאות כללית.
 - 2.4 "**התכנית**" או "**מושלם פלטינום**" - תכנית לשירותי בריאות נוספים רובד שני, בהתאם להוראות תקנון זה, ששמו הינו "מושלם פלטינום".
 - 2.5 "**ועדת ערר**" - ועדה שתמונה על ידי שירותי בריאות כללית. הרכיב הועדות יותאמו לסוגיות שידונו בפניהן.
 - 2.6 "**מבוסס הכללית**" - יחיד אשר הינו מבוסס הכללית בהתאם להוראות חוק ביטוח בריאות.
 - 2.7 "**מדד**" - מדד המחייבים לצרכן הכולל ירקות ופירות המתפרסם על-ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, או בהיעדר פרסום כזה מדד המתפרסם על-ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקום הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
 - 2.8 "**מקרה מזכה**" - מערכת עובדות ונסיבות כמתואר בכל פרק מפרקי התקנון להלן, אשר בהתקיימה היא מקנה לעמית זכות לקבלת שירותי בריאות נוספים על-פי התקנון.
 - 2.9 "**סכום זכאות**" - הסכום המרבי אותו תחויב הכללית לשלם בגין מקרה מזכה אחד.
 - 2.10 "**עמית**" - יחיד שהינו מבוסס שירותי בריאות כללית והינו עמית בכללית מושלם מעל גיל 18 אשר ביקש להצטרף לתוכנית וחתם על הוראת קבע בנקאית או מסר הוראת קבע באמצעות כרטיס אשראי לתשלום דמי ההשתתפות בתוכנית, וכן ילדו (עמית שטרם מלאו לו 18 שנה), וכל אדם שמונה לו אפטרופוסט, אשר הורוה מבוסס כללית ועמית כללית מושלם, או אפטרופוסט, ביקש את ציפוי ל"מושלם פלטינום" והחייב לשלם את דמי ההשתתפות עבורו.
 - 2.11 "**תקופת אפשרה**" - תקופה רצופה הנקובה בכל אחד מפרקי התקנון, המתחילה לגבי כל עמית במועד בו החלה לראשונה זכאותו של אותו עמית על-פי תקנון זה ומסתיימת בתום התקופה הנקובה בכל פרק, לגבי מקרה מזכה על-פי אותו פרק. תקופת האפשרה תחול לגבי כל עמית פעם אחת בתקופות זכאות רצופות, ותחול מחדש בכל פעם בה הצטרף עמית לתכנית מחדש, בתקופות זכאות בלתי רצופות.
 - 2.12 "**תקנון כללית מושלם**" - תקנון לשירותי בריאות נוספים של חברי שירותי בריאות כללית. בכל מקום

בתקנן זה, שבו קיימת הפניה לתקנון כללית מושלם לשיחתי בריאות נוספים, היא לנוסח האחרון המאושר שיהיה בתוקף במועד קרות המקרה המזכה על פי תקנון זה.

2.13 "עמית כללית מושלם" - כהגדרת המונח "עמית" בתקנון כללית מושלם.

2.13 "דמי השתתפות" - כהגדרתם בסעיף 9 לתקנון זה.

3.3 צירופו של עמית כללית מושלם למושלם פלטינום

3.1 הכללית תצרך למושלם פלטינום מי שהתקיימו בו כל התנאים הבאים:

3.1.1. הינו עמית בכללית מושלם, בהתאם לתקנון כללית מושלם.

3.1.2. הגיש לכללית בקשת הצטרפות.

3.1.3. מסר לכללית התחייבות לתשלום דמי השתתפות וכן הוראת קבע בבנקאית או הוראת קבע באמצעות כרטיס אשראי לתשלום דמי ההשתתפות.

3.2. ביקש מבוסס הכללית לצרף את ילדו שהינו עמית כללית מושלם לתכנית מושלם פלטינום או ביקש אפוסטרפוס לצרף עמית כללית מושלם שתחת אפוסטרפוסו לתכנית מושלם פלטינום, יגיש עבורו בקשת הצטרפות, התחייבות לתשלום דמי ההשתתפות ויחתום על הוראת קבע בבנקאית או הוראת קבע באמצעות כרטיס אשראי לתשלום דמי ההשתתפות.

4. סייגים כלליים לאחריות הכללית

שירחתי בריאות כללית לא תהיה אחראית ולא תהיה חייבת לשלם עבור שחתי בריאות נוספים, כולם או מקצתם, על פי אחד או יותר מפרקי תקנון זה בכל אחד מן המקרים הבאים:

4.1. שירחתי הבריאות או הטיפולים הרפואיים ניתנו לפני תחילת תקופת הזכות או לאחר תום תקופת הזכות.

4.2. העמית זכאי לפיצוי בנין מקרה הזכות מכח החוקים הבאים:

4.2.1. חוק פיצויים לנפגעי תאונות דרכים התשל"ה - 1975.

4.2.2. חוק התגמולים לנפגעי פעולות איבה, התשל"ז - 1970.

4.2.3. פרק ה' לחוק הביטוח הלאומי (נוסח משולב), התשנ"ה - 1995 (ביטוח נפגע עבודה).

4.2.4. חוק הנכים (תגמולים ושיקום), התשי"ט - 1959 (נוסח משולב).

4.2.5. חוק תגמולים לאסירי ציון ובני משפחותיהם, התשנ"ב - 1992.

4.2.6. חוק נכי רדיפות הנאצים, התש"ז - 1957.

4.2.7. חוק נכי המלחמה בנאצים, התשי"ד - 1954.

5. תנאים כלליים לקבלת שירותים רפואיים מכח התכנית

5.1. שירחתי בריאות כללית תספק לעמית באמצעותה או באמצעות מנחי שירותים את השירותים הרפואיים להם הוא זכאי כמפורט בפרקי תקנון זה.

5.2. במקרה של טיפולים רפואיים שאינם מסופקים על-ידי הכללית כאמור, יהא העמית זכאי לקבלת החזרים לצורך הטיפול, כמפורט בתקנון. הוצאות בפועל שהוציא העמית ויכחו באמצעות הצבת חשבונות/קבלות מקוריות בלבד, בכל מקרה שבו יהא זכאי העמית להחזר הוצאות.

5.3. טיפול רפואי שלא באמצעות שירותי בריאות כללית וחשולם החזרים כאמור מותנה באישור הכללית מראש.

5.4. שירחתי בריאות כללית תיתן תשובות לתביעה תוך זמן סביר ובכל מקרה לא יאוחר מ- 60 יום מיום קבלת התביעה מהעמית בצירוף כל המסמכים והאסמכתאות הנדרשים על ידי הכללית. במקרים חדופים יתינת תשובה תוך זמן קצר יותר ואופן שלא תהיה פגיעה בבריאות העמית.

מובהר בזאת, כי ניהול וסילוק התביעות בקשר עם תוכנית הפלטינום יבוצע על ידי הכללית ו/או מי מטעמה.

6. תשלום תביעות

6.1. הכללית תהיה רשאית, על פי שקול דעתה, לשלם עבור השירותים הרפואיים הנכללים בתקנון זה, שירות למי תספיק לעמית את השרות הרפואי, או לשלום לעמית לאחר שהוצגה לפניה חשבונית מקורית מהספק.

6.2. עמית זכאי לקבל מהכללית, לפי דרישתו, מקדמות או כתב התחייבות כספית, אשר יאפשר לו לקבל שרות רפואי כמפורט בפרקי התקנון, ובלבד שזכוותו על פי תקנון זה אינה שנויה במחלוקת.

6.3. תשלומים אשר נועדו לממן טיפולים רפואיים המתבצעים מחוץ לגבולות מדינת ישראל ישולמו במטבע המדינה בה יש לבצע את התשלום.

6.4. סכומים הנקובים במטבע זר ומשולמים בישראל ישולמו בשקלים על פי השער להעברת והמחאות (הגבוה) של המטבע הזר הנייל בבנק הפועלים בע"מ ביום הכנת התשלום.

6.5. נסטר עמית ונותרה יתרת חוב לספק של שרות רפואי. בין שרות רפואי שניתן לעמית לפני פטירתו, תשלום שירחתי בריאות כללית את יתרת החוב כאמור לספק השרות הרפואי. אם יתרת החוב שנותנה (בין שרות רפואי שניתן לעמית לפני פטירתו) הינה כלפי העמית עצמו, שנפטרה, תשלום הכללית את יתרת החוב כאמור לחילופי של העמית על פי דין.

6.6. היתה לעמית בשל מקרה מזכה גם זכות שיפוי כלפי צד שלישי, שלא מכח חוזה ביטוח, עוברת זכות זאת לכללית ששולמה לעמית ובשיעור המגמולים ששילמה, ובלו לפגוע בזכות העמית לגבות תחילה מן הצד השלישי שיפוי מכל הסכום שקבל לפי תקנון זה. קבל העמית מצד שלישי שיפוי שהיה מביע לכללית לפי סעיף זה, עליו להעביר לכללית. העמית מתחייב לתת פעולה ככל שידרש ממנו לשם מימוש זכותה של הכללית כאמור.

6.7. בוטחו מקרים מזכים, סולם או מקצתם, אצל מבטס אחר (להלן: "ביטוח כפול"), על העמית להודיע על כך לשירותי בריאות כללית. זכותו של העמית לקבלת שירות או שיפוי בנינו על פי תקנון זה, במקרים של ביטוח כפול, תחול על החלק היחסי של הכללית מתוך כלל התוכניות או הפוליסות החלות על המקרה. השירות (או השיפוי בנינו) על פי תקנון זה ייתנו במלואו על ידי הכללית, ובלבד שנכבד מתן השירות (או השיפוי בנינו) וכתנאי לו יחתום העמית על כל מספר הדרוש ו/או המועיל, לדעת הכללית, על מנת לאפשר לכללית להיפטר ו/או לקבל שיפוי ו/או

החזר ממבטחים אחרים כאמור, ובכלל זה, אך מבלי לגרוע מכלליות האמור לעיל, יחתום העמית על כל מסמך לפיו הוא מעביר ו/או מוחה לכללית את זמיותו הנייל כלפי המבטחים האחרים וכן ייפה הוא את כוחה של הכללית או מי מטעמה לתבוע בשמו ובמקומו את המבטחים האחרים.

7. תנאים כלליים לאחריות הכללית

7.1. נעמית מלטיבם שיהיה מעוניין לקבל שרות הכלול בתקנון זה יודיע על כך לכללית וימסור לידיה את כל המידע והמסמכים הדרושים לביטוח חבותה, ואם אינם ברשותו, עליו לעמוד לכללית להשיגם ולשם כך עליו, בין היתר, לחתום על כתב הסכמה בדבר ויתורו על סודיות רפואית ומתן הוראה לכל רופא או מוסד רפואי או למוסד לביטוח לאומי ולכל רשות הסמכה למוסר לכללית את המידע הרפואי המלא הנוגע לעמית ואשר עליו להייתל לו השפעה על התביעה המדונה.

7.2. הכללית תהיה רשאית לנהל על חשבונה כל בדיקה או חקירה, לצורך ביטוח חבותה על פי התקנון. הכללית תמסור את השובתה לעמית תוך זמן סביר ולא יותר מאשר בתום 60 יום ממועד הגשת התביעה ובתנאי שתהליך הבדיקה לא יעכב את הטיפול, עיכוב העלול לסכן את המבוטח או בריאותו. זמיתה של הכללית לנהל חקירה ובדיקות לא תפגע מחמת מותו ח"ח"ח של העמית.

8. סכום הזכאות

8.1. הסכום המרבי אשר שירותי בריאות כללית תשלם בגין כל פרק לא יעלה על הסכום הנקוב באותו פרק.
8.2. סכומי הזכאות הנקובים בדולרים יומרו למטבעות אחרים לרבות השקל הישראלי על פי הכללים הנקובים בסעיף 6 לעיל.

8.3. סכומי הזכאות הנקובים בשקלים יהיו צמודים למדד כאשר מדד הבסיס הוא המדד שפורסם ב-1.2007.2007 ומדד ההתאמה הוא המדד הידוע במועד ביצוע התשלום ע"י שירותי בריאות כללית לעמית או לנותן השירותים, לפי העניין.

9. דמי ההשתתפות בתכנית ודרך תשלומם

9.1. דמי ההשתתפות הראשוניים עבור כל עמית ייקבעו לפי גילו של העמית במועד תחילת הזכאות. דמי ההשתתפות ישולמו בהתאם לקבוצות גיל. טבלת דמי ההשתתפות, כפי שהיא במועד פרסום מהדורה זו של התקנון, מצורפת **כנספח א'** לתקנון. שירותי בריאות כללית רשאית, מפעם לפעם, לשנות את דמי ההשתתפות, בכפוף לסעיפים 10 (א) ו-10 (ב) (2) לחוק הבריאות.

9.2. דמי ההשתתפות צמודים למדד כאשר מדד הבסיס הוא המדד שפורסם ביום 15.1.2007. וישולמו מדי חודש בהתאם למדד הידוע ביום התשלום ע"י העמית, ובלבד שהמדד הינו חיובי.

9.3. דמי ההשתתפות ישולמו בהוראת קבע בבנקאית או בהוראת קבע באמצעות כרטיס אשראי שימסור העמית או מי מטעמו לשירותי בריאות כללית בתחילת תקופת הזכאות. הכללית תבנה את דמי ההשתתפות מראש אחת לחודש, או אחת לחודשיים או אחת לשלושה חודשים במחצית הראשונה של החודש הראשון של כל תקופה כאמור.

9.4. כל פיגור או הפסקה בתשלום דמי ההשתתפות יגרום לביטול זמיותו של העמית כאמור בסעיף 12 לתקנון. הסכום שבפיגור יעמוד לפירעון מיידית בתוספת ריבית והפרשי הצמדה עד מועד תשלומם בפועל.

9.5. שירותי בריאות כללית לקחו מסכומים אשר העמית זכאי להם את דמי השתתפות שבפיגור (לרבות הפרשי הצמדה וריבית שנצבחו בינם).

10. תקופת הזכאות

בכפוף לאמור בסעיף 12 להלן, תקופת הזכאות על פי תקנון זה אינה מוגבלת בזמן. החלטה על סיום התכנית והסדרים לסיימה יאשרו על ידי המועצה ודירקטוריון של שירותי בריאות כללית וטענות אישור שר הבריאות.

11. שינויים בתקנון

הכללית רשאית לבטל ו/או לשנות תוכנית זו (בכללותה ו/או שירותים/כפויים מסוימים הנכללים בה), מדי פעם, ע"י החלטה לסיימה ואישור על ידי המועצה ודירקטוריון של שירותי בריאות, בהתאם לחוק ביטוח בריאות.

12. ביטול הזכאות

12.1. ביטול על ידי שירותי בריאות כללית:

הכללית תהיה רשאית להודיע לעמית על ביטול הזכאות 60 יום לפני ביטולה במקרים הבאים:

12.1.1. העמית אינו משלם או לא שולמו בגינו דמי ביטוח כסדרם, 60 יום לפני ביטולו.

12.1.2. העמית הביש לכללית תביעה כוזבת לתשלום מתוך כוונת מרמה.

12.1.3. לעמית שקיבל הודעה כ"ל ושיילם את חובו (כולל הפרשי הצמדה וריבית בגובה 4%) במלואו בתוך תקופת ההודעה (60 יום) בתטול הודעת ביטול הזכאות.

12.1.4. עמית שקיבל הודעה כ"ל יהיה זכאי לערער עליה בפני ועדת ערעור במהלך 60 הימים. הודעת הביטול תיכנס לתוקפה רק אחרי החלטה סופית של ועדת הערעור או תום 60 יום, לפי המאוחר שבניהם.

העמית יהיה רשאי להיות מיוצג בעצמו או ע"י בא כוחו.

12.2. ביטול על ידי העמית

הזכאות לפי תקנון זה ניתנת לביטול בכל עת על ידי העמית בהודעה שתימסר לכללית בכתב. ביטול הזכאות יכנס לתוקף תוך 30 יום מיום מסירת ההודעה.

12.3. ביטול אוטומטי

זכאות העמית תבטל באופן אוטומטי בכל מקרה בו בוטלה זכאותו של העמית בכללית מושלם בהתאם לתקנון כללית מושלם.

13. ערעור על דחיית תביעה:

דחתה תביעתו של עמית לתשלום לפי תכנית זו, יהיה העמית זכאי לערער בכתב על הדחייה בפני ועדת ערר.

העמית יהיה רשאי להיות מייצג בדיוני ועדת הערר בעצמו או על ידי בא כוחו.

14. תחולת חוקים:

הוראות חוק ביטוח בריאות יחולו על תקנן זה לפי הענין.

15. הודעות:

על העמית להודיע לשירותי בריאות כללית על כל שינוי בכתובתו במכתב רשום. יראו הודעה שנשלחה על ידי שירותי בריאות כללית לכתובתו האחרונה הידועה לה של העמית כהודעה שנמסרה לו כדין. כל הודעה המיועדת לכללית והן מסמכים שיש למסרם לשירותי בריאות כללית ימסרו בכתב למשרדה הראשי ברחוב ארלוזורוב 101 תל-אביב או למרפאת הכללית בה מקבל העמית שירותים באופן רגיל.

פרק א': ניתוחים פרטיים בארץ

1. הנדחת לפיקד זה

בפרק זה יהיו למונחים המפורטים להלן המשמעות המפורטת לצידם.

- 1.1. "ניתוח" - ניתוח, הנבלל ברשימת הניתוחים של כללית מושלם, או ניתוח אחר שבסל השירותים בהתאם לחוק ביטוח בריאות, שנעשה באשפוז מלא.
- 1.2. "בית חולים פרטי בהסכם" - בית חולים פרטי או שר"פ שלכללית מושלם יש עמו, במועד ביצוע הניתוח, הסכם לביצוע ניתוחים ע"פ פרק ג' בתקנן כללית מושלם. רשימת בתי החולים הפרטיים בהסכם תעודכן על-ידי כללית מושלם ממת לעת. מובהר, כי כל עדכון או שינוי ברשימת בתי החולים שבהסכם עם כללית מושלם יחולו באופן מיידי גם לזכי תכנית מושלם פלטינום.
- 1.3. "בית חולים פרטי אחר" - בית חולים פרטי בעל רישיון ממשרד הבריאות או שר"פ שלכללית מושלם אין, במועד ביצוע הניתוח, הסכם אתו לביצוע ניתוחים על פי פרק ג' בתקנן כללית מושלם.
- 1.4. "שרי"פ" - שרות רפואי פרטי בבית חולים ציבורי בירושלים בלבד (בתי החולים הדסה, שערי צדק וביקור חולים בלבד).
- 1.5. "מנתח פרטי בהסכם" - חפא מנתח עימו יש לכללית מושלם, במועד ביצוע הניתוח, הסכם תקף לביצוע ניתוחים ע"פ פרק ג' בתקנן כללית מושלם. רשימת המנתחים הפרטיים בהסכם תעודכן על-ידי כללית מושלם ממת לעת.
- 1.6. "מנתח פרטי אחר" - חפא מנתח בעל רישיון ממשרד הבריאות, אשר אין לכללית מושלם הסכם אתו, במועד ביצוע הניתוח, לביצוע ניתוחים ע"פ פרק ג' בתקנן כללית מושלם.
- 1.7. "ניתוח בהסכם" - ניתוח שבוצע בהתאם לכללים שקבועים בתקנן כללית מושלם בבית חולים פרטי בהסכם על-ידי מנתח פרטי בהסכם.

2. מקרה מזכה

כהגדרתו בפרק ג' בתקנן כללית מושלם. לשם הנוחיות יובא הציטוט מתוך תקנן המושלם להלן: "מקרה מזכה הינו מצבו הבריאות של העמית המחייב ביצוע ניתוח לו הוא זכאי על פי חוק הבריאות ואשר על פי בחירתו של העמית יבוצע על ידי מנתח פרטי בבית חולים פרטי בכבולות מדינת ישראל". מועד קצות המקרה המזכה יחשב כמועד בו בוצע הניתוח.

3. הכיסוי על-פי פרק זה

- 3.1. בחר העמית לבצע ניתוח בבית חולים פרטי שבהסכם על ידי מנתח פרטי בהסכם, תשלם הכללית למבצעי הניתוח על פי ההסכם בימם. העמית ישלם ישירות לבית החולים 25% מההשתתפות העצמית על פי ההסכם, כפי שנקבעה בתקנן כללית מושלם לסוג ניתוח כזה רשימת ההשתתפויות תופץ למרפאות הכללית.
- 3.2. בחר העמית לבצע הניתוח בבית חולים פרטי אחר ו/או על ידי מנתח פרטי אחר או בחר העמית לבצע ניתוח שאינם "ניתוח בהסכם" בהתאם להגדרתו בפרק זה לעיל, ישלם ישירות למבצעי הניתוח ויהיה זכאי לקבל החזר כלהלן:

- 3.2.1. לניתוח המפורט ברשימת הניתוחים של כללית מושלם עד לסכום של 50% מגובה ההשתתפות העצמית הגבוהה ביותר שנקבעה ע"י כללית מושלם לסוג ניתוח כזה, המבוצע בבית חולים פרטי שבהסכם על ידי מנתח פרטי בהסכם.
- 3.2.2. כל ניתוח אחר, ובלבד שהוא לאורך ריפוי מחלה, עד לסכום השווה ל-50% מגובה ההשתתפות העצמית הגבוהה ביותר שנקבעה ע"י כללית מושלם לניתוח דומה המתבצע בבית חולים פרטי שבהסכם על ידי מנתח פרטי בהסכם, בהתאם לקביעת המנהל הרפואי של כללית מושלם.
- סך ההחזר לעמית על פי פרק זה ועל פי פרק ג' לתקנן תוכנית כללית מושלם לא יעלה בכל מקרה על עלות הניתוח בפועל לעמית.
- 3.3. עמית שעבר ניתוח על פי סעיף 3.1 ע"י מנתח פרטי בהסכם ומקם לאביזרים מושלמים - הכלולים בסל השירותים בהתאם לחוק ביטוח בריאות - בבית חולים פרטי בהסכם, ע"פ רשימה (נספח ג') לתקנן כללית מושלם), ישלם בעבורם ויהיה זכאי להחזר מ"מושלם פלטינום" בגובה 25% מעלותם בפועל ולא יותר מ-1500 \$ של ארה"ב בשנה (להסרת ספק ההחזר האמור יבוא בנוסף להחזר לו זכאי העמית על פי תקנן כללית מושלם).
- 3.4. הכיסוי על פי סעיף 3.1 יכלול אשפוז במחלקה שניה של בתי חולים פרטיים, שכולל שימוש בחדר ניתוח, שרות הרדמה (לרבות מרדים), בדיקות מעבדה, שרותי הדמיה ותרופות, אך לא כולל אביזרים מושלמים בבית חולים, למעט האמור בסעיף 3.3 לעיל. מובהר באת, כי סכום ההחזרים מכללית מושלם מושלם פלטינום לא יעלה גבוים מקמה על ההוצאה הישירה שהוציא העמית בפועל עבור הניתוח עצמו.
- 3.5. ההשתתפות של מושלם פלטינום בעלות הניתוחים לפי פרק זה מחליפה את ההשתתפות, במידה שקיימת,

של שירותי בריאות כללית בסל הבסיסי ואינה באה בנוסף לה.

4. תנאי מוקדם לאחריות הכללית לפי פרק זה

שירותי בריאות כללית תהיה אחראית לביצוע התשלומים ע"פ פרק זה בתנאי שבצוע הניתוח אושר מראש ע"י המנהל הרפואי של התכנית.

5. תקופת האפשרה

תקופת האפשרה לכאות לפי פרק זה הינה 12 חודשים.

פרק ב': השתתפות בניתוחים פרטיים בחו"ל

1. הגדרות:

בפרק זה יהיו למונחים להלן המשמעות המפורטת לצידם:

"ניתוח" - ניתוח הנכלל ברשימת הניתוחים של כללית מושלם, או ניתוח אחר שבסל השיחתיים בהתאם לחוק הבריאות, שנעשה באשפוז מלא.

"אביזר מושתל" - אביזר שהושתל במסגרת ניתוח כאמור בפרק זה, והינו אביזר הכלול בסל שירותי הבריאות. **"הוצאות רפואיות"** - הוצאות אשפוז של העמית והטיפול בו עד 30 יום לרבות שימוש בחדר ניתוח, שכר רופאים, אחיות, בדיקות רפואיות, שירותי מעבדה ותורפות ובתנאי שהכל במהלך האשפוז.

"הוצאות בגין הטסה רפואית" - הוצאות הטסה של העמית כשירות מטוסים רגיל או במטוס מיוחד בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית לטובתו של העמית, המועבר מישראל לחו"ל או מחו"ל לישראל, בתנאי שעל-פי קריטריונים רפואיים מקובלים, אשר אושרו מראש על-ידי המנהל הרפואי של מושלם פליטימס, נקבע, כי עלול להתעורר צורך בהתערבות רפואית במהלך הטיסה.

היה ונקבע על-פי קריטריונים רפואיים מקובלים, אשר אושרו מראש על-ידי המנהל הרפואי של מושלם פליטימס, כי עלול להתעורר צורך בהתערבות רפואית במהלך הטיסה, ובעקבות כך התלווה לעמית במהלך טיסתו גם רופא ו/או פרמדיק, יכלול ההוצאות גם הוצאות כרטיס הטיסה של הרופא ו/או הפרמדיק.

מובהר כי ההוצאות לא כוללות הוצאות הנגזרות ממוטען עודף של העמית ו/או של הרופא ו/או הפרמדיק או כל הוצאה נוספת בגין הליווי הרפואי.

"הוצאות שהייה" - הוצאות בגין לינה במלון או שכר דירה עבור שכירת חדר מגורים בתוספת הוצאות החלפת על שוקר (ג, חשמל, מים) והוצאות כלכלה (אוכל ושתייה).

2. מקרה מזכה

מקרה מזכה הינו ביצוע ניתוח אשר על פי בחירתו של העמית יבוצע בחו"ל ובתנאי שהצורך בביצוע הניתוח הוכר ואושר מראש על-ידי כללית מושלם לפי פרק ג' לתקנון כללית מושלם בעוד העמית שווה בישראל. מועד קרות המקרה המזכה יחשב כמועד בו בוצע הניתוח.

4. הכיסוי ע"פ פרק זה

3.1 הסכום המרבי שהכללית תשלם בקרות מזכה בגין ההוצאות הרפואיות שהוציא העמית הינו בסכום שלא יעלה על 200% מהמחירון הדפראציאלי של משרד הבריאות עבור ההוצאות הרפואיות הקשורות בביצוע אותו ניתוח בבית חולים כללי בישראל, או במקרים בהם לניתוח שביצע העמית לא נקבע מחיר דיפראציאלי של משרד הבריאות - 200% ממכפלת מחיר יום אשפוז כפי שנקבע ע"י משרד הבריאות מעת לעת במספר ימי האשפוז בפועל, אולם לא יותר ממספר ימי האשפוז שיואשרו על ידי המנהל הרפואי של כללית מושלם.

3.2 עמית שעבר ניתוח על-פי פרק זה ומקק להטסה רפואית לצורך ביצוע הניתוח, יהיה זכאי להחזר בגובה ההוצאות בגין ההטסה הרפואית אך בכל מקרה לא יותר מ-10,000 דולר ארה"ב בשה"כ.

3.3 עמית שעבר ניתוח על-פי פרק זה ומקק לאביזר מושתל לצורך ביצוע הניתוח, יהיה זכאי להחזר בגובה ההוצאות השייכות שהוציא בגין האביזר ולא יותר מ-5,000 \$.

3.4 עמית שעבר ניתוח על-פי פרק זה יהיה זכאי להחזר ההוצאות שהייה בחו"ל עבור אדם אחד שנלווה אליו בעת שהותו בחו"ל, וזאת אך ורק אם תקופת האשפוז לאחר הניתוח תעלה על 10 ימים. הכללית תסכה את הוצאות שהייה של מלווה אחד, לכל תקופת האשפוז החל מיום האשפוז האחד עשר ואילך. סכום ההשתתפות של הכללית כאמור לא יעלה על 120 דולר ארה"ב ליום, וזאת לתקופה של עד 45 ימים. (ובסה"כ - \$ 5,400)

3.5 אם נפטר חו"ח העמית בעת שהותו בחו"ל במהלך תקופת האשפוז או בתוך תקופה שלא תעלה על 7 ימים מיום שחרור מבית החולים בחו"ל, תהיה זכאית משפחתו להחזר ההוצאות הטסה הגופה. סכום ההשתתפות של הכללית עבור ההוצאות הטסה הגופה לא יעלה על 8,000 \$. מובהר בזאת כי לא תמסנה הוצאות כלשהן בישראל הקשורות בהבאת הגופה.

3.6 מובהר בזאת כי סך כל ההחזרים על פי פרק זה ו/או ממקורות אחרים לא יעלו בשום מקרה על ההוצאות שהוציא העמית בפועל.

5.6. חריגים מיוחדים לכאות על פי פרק זה:

עמית הנכנית לא יאה זכאי לקבלת תשלום לפי פרק זה בכל אחד מהמקרים הבאים:

4.1 כל ניתוח הקשור באופן ישיר למטרה אסתטית.

4.2 ניתוח הנערך כחלק מניסוי קליני.

4.3 השתלת איברים.

4.4 טיפולים אחרים שאינם כלולים בהגדרת ניתוח כמפורט לעיל לרבות הקרנות, טיפולים כימותרפיים או אונקולוגיים, טיפול היפורטמי, זריקה, הוליסות, בדיקה/ות ופעילות הדמיה, כגון: MRI-CT כאשר אלה אינם חלק ממהלך האשפוז, בזמן הניתוח.

4.5 ניתוחים הקשורים בגיניים ובכיניים.

4.6 טיפולים וניתוחים הקשורים לעקת, מוריות, אי מריות, עיקור מרצון ולידה.

5. תנאי מוקדם לאחריות הכללית על פי פרק זה:

שירותי בריאות כללית תהיה אחראית לביצוע התשלומים ע"פ פרק זה בתנאי שבצוע הניתוח אושר מראש ע"י המנהל הרפואי של התכנית.

6. תקופת אכשרה:

תקופת האכשרה לזכות לפי פרק זה הינה 24 חודשים.

פרק ג': השתתפות בתרופות לטיפול במחלת הסרטן

1. הנדרות לפרק זה

1.1 **תנאי:** תכשיר הנדרתו בפקודת הרוקחים (נסח חדש), התשמ"א-1981, (להלן - "**פקודת הרוקחים**") שמועד לטיפול במחלה בכני אדם החייב מרשם רופא, אשר רשום בישראל או נרשם לשימוש באחת הרשויות המוסמכות של ארה"ב, מדינות החברות באיחוד האירופי (לפני מאי 2004), שווייץ, מורביה, איסלנד, אוסטרליה, ניו-זילנד, יפן וקנדה (להלן - "**המדינות המוכרות**") ולא נפסלה לשימוש על-ידי אחת המדינות המוכרות.

למען הסר ספק מובהר בזה, כי המונח "תכשיר" אינו כולל ויטמינים ו/או מזון (לרבות תוספי מזון).

1.2 **מחלת סרטן:** מחלה גידולית ממארת (סרטן) אשר אובחנה על ידי רופא מומחה (כהגדרתו בפרק זה להלן). הכללית תהא רשאית לדרוש מהעמית מסמכים להוכחת המחלה (לרבות בדיקות פתולוגיות או ציטולוגיות מוסמכות וכיו"ב).

1.3 **מרשם:** כהגדרתו בתקנות הרפואים (מתן מירשם), התשמ"א - 1981 חתום על ידי רופא מומחה, אשר אישר את הצורך בטיפול בתרופה, קבע את אופן הטיפול, את המימון הנדרש ומשך הטיפול הנדרש (עד חודש ימים לכל מרשם).

1.4 **טיפול:** נטילת תרופה בישראל, כתוצאה ממחלת סרטן, בצורה חד פעמית או מתמשכת, שלא במהלך ניתוח ו/או אשפוז בבית חולים (למעט טיפול כימותרפי הניתן במסגרת של אשפוז יום).

1.5 **תרופה חלופית:** תרופה אשר עפ"י אמות מידה רפואיות מקובלות נועדה לטיפול באותו מצב רפואי, ובעלת יעילות דומה לזו של התרופה נשואת המקרה המזכה ובלבד שהשימוש בתרופה חלופית זו אינו כרוך בתוצאות גופניות חמורות יותר לעמית.

1.6 **רופא מומחה:** רופא אשר הוכר כמומחה בתחום האונקולוגיה, ההמטולוגיה או המטאונקולוגיה לידים על ידי רשויות הבריאות במדינת ישראל.

1.7 **"מחירון משרד הבריאות"** או **"המחירון"** - מחירון משרד הבריאות המתפרסם על ידי משרד הבריאות מוכח צו פיקוח על מחירי מצרכים ושירותים (מחירים מירביים לתכשירים שהם תכשירי מרשם) התשמ"א-2001.

2. מקרה מזכה

מקרה מזכה הוא אספקת תרופה לעמית על ידי הכללית המקק לתרופה לצורך טיפול במחלתו או לצורך החלמתו, על פי הוראת רופא מומחה, ובתנאי שהתקיימו כל התנאים המצטברים שלהלן:

מזכור בתרופה (כהגדרתה לעיל), אשר מיועדת לטיפול במחלת הסרטן ושומנה להטויה המבוקשת למחלתו הספציפית של העמית.

התרופה אינה כלולה בסל התרופות לפי חוק ביטוח בריאות, או שהתרופה כלולה בסל הבריאות אולם לא להטויה המבוקשת על-ידי העמית.

התרופה אין תרופה חלופית כהגדרתה בפרק זה, הכלולה בסל התרופות לפי חוק ביטוח בריאות.

התרופה איננה תרופה מתחום הרפואה האלטרנטיבית.
מועד קרות המקרה המזכה יחשב כמועד אספקת התרופה.

3. הכיסוי על פי פרק זה

3.1 בעת קרות מקרה מזכה (כהגדרתו לעיל) יקבל העמית מרשם. תקרת ההשתתפות המצטברת של כללית פלטיגום למלל המרשמים לא תעלה על סך של 1,000,000 (מיליון) ₪ (בצמוד למדד) לעמית לכל תקופות התוכנית, למועד לעניין תרופה שהוחל במימונה על פי פרק זה, וכל עוד הטיפול בה דרוש לעמית מבחינה רפואית (להלן - "**ירצף טיפולי**"). למען הסר ספק מובהר, כי אם ישולם סכום מעבר לתקרת הכיסוי במסגרת הרצף הטיפולי, הכיסוי הנוסף יחול רק בגין תרופה או תרופות אשר מימונם החל על פי פרק זה (טרם ניצול תקרת הכיסוי ע"י העמית) ולא תרופות נוספות ו/או אחרות לטיפול במחלת הסרטן או במחלות סרטן אחרות.

3.2 ההשתתפות העצמית שישולם העמית מפיסו לכל מרשם תהא בסך של 300 (שלוש מאות) ₪ (בצמוד למדד) (להלן: "**ההשתתפות העצמית**").

3.3 עלות התרופה שתחושב לצורך התחשבות עם העמית בנוגע לכיסוי על פי פרק זה תהא על פי המחיר המירבי לצרכן במחירון משרד הבריאות (**) בכיסוי 5%, ואם אין לתרופה מחיר משרד הבריאות - לפי המחיר לצרכן שנקבע לאותה תרופה בהולנד או בארה"ב על-פי שער החוץ (ארה"ב) - הנמוך מביניהם, בכיסוי ההשתתפות העצמית.

3.4 הכללית תשלם את סכום הזכאות בגין התרופה מחוץ לסל או ההוצאה הכרוכה ברכישת התרופה מחוץ לסל, כאמור לעיל, ישירות לספק התרופה.

3.5 מובהר כי הכיסוי על פי פרק זה יינתן בתנאי שלל תרופה יינתן מרשם נפרד והמימון בכל מרשם ייועד לטיפול של עד חודש אחד בכל פעם.

3.6 עמית שאושרה לו תרופה על פי תקנון זה ובהמלך הטיפול התרופה נכללה בסל השירותים לפי חוק ביטוח בריאות, והעמית זכאי לה על פי סל השירותים, לפי מצבו הרפואי - תיפסק זכאותו של העמית על פי פרק זה, וזאת

החל ממועד זכאותו של העמית לתרופה על פי סל השירותים.
(*) יציין, כי המחיר המירבי לצרכן במחירון משרד הבריאות נחשב כמחיר לצרכן כולל מע"מ.

4. חריגים מיוחדים לפרק זה

הכללית לא תהיה חייבת במימון התרופות על פי פרק זה במקרה של תרופה שניתנה במהלך ניתוח ו/או השתלה, או במהלך אשפוז בבית חולים (ולמעט טיפול כימותרפי הניתן באשפוז יום).

5. תנאי מוקדם לאחריות הכללית על-פי פרק זה

העמית יפנה לאישור הכללית למימון התרופה כאשר בידיו מרשם ומסמך רפואי אודות מחלתו וכל מסמך רפואי או אחר הגדרת לא התואם לאמור לעיל (ולרבות קביעת הכללית, כי התרופה אינה כלולה בסל התרופות לפי חוק ביטוח בריאות, או שהתרופה כלולה בסל הבריאות אולם לא להתוניה המבוקשת על-ידי העמית). הכללית לא תהיה חייבת בתשלום סכומי הזכאות אם העמית לא פנה מראש לכללית לשם קבלת אישור למימון התרופה כאמור והכללית אישרה את היות המקרה מזכה, באמצעות המנהל הרפואי של התוכנית או מי מטעמו.

6. תקופת אכשרה

תקופת אכשרה לזכאות על-פי פרק זה הינה 24 חודשים.

פרק ד - חבילה לנשים בהריון

1. מקרה מזכה

מקרה מזכה הינו מצב בו אשה בהריון שהינה עמיתה בתוכנית "מושלם פליטננס" (כהגדרת המונח "עמית" בתקנון זה) זקוקה לקבלת ייעוץ, ביצוע בדיקה ו/או טיפול רפואי (והכל בקשר עם הריונה ו/או הלידה הצפויה), אשר אינם נכללים בסל הבריאות הבסיסי ו/או בתוכנית כללית מושלם ומבדו שאין מדובר ביעוץ/בדיקה/טיפול שאינם קונבנציונליים (ולרבות טיפולי הומאופתיה ו/או תרופות אלטרנטיביות). על אף האמור, תהיה עמיתה זכאית להחזר לפי פרק זה בגין שירותים שרכשה מספק שלא בהסדר ושמוכסם אותה בהחזר מ"כללית מושלם", וזאת מעבר לסכום החוזר המגיע לה מ"כללית מושלם".

2. הכיסוי על-פי פרק זה

הסכום המרבי לו תהא זכאית העמיתה בגין קרות כל אחד מהמקרים העונים על הגדרתו של מקרה מזכה, הינו בעיבור של 75% מסך ההוצאה שהוציאה העמיתה בפועל עד לתקרה מצטברת של 2,500 ש"ל לכל תקופות החברות בתוכנית.

לעניין זה "הוצאה בפועל" משמעה הוצאה שהוציאה העמיתה מכיסה בניכוי כל החזר/השתתפות שהעמיתה קיבלה או זכאית לקבל מתוכנית "כללית מושלם".

3. מיצוי זכאות

למען הסר ספק מובהר בזאת כי הזכאות לכיסוי על פי פרק זה תהיה לאחר מיצוי הזכאות בתוכנית כללית מושלם.

4. תקופת אכשרה

תקופת אכשרה לזכאות על-פי פרק זה הינה 9 חודשים.

פרק ה': השתתפות בעלות ניתוחים וטיפוליים אסתטיים

1. הגדרות

בפרק זה יהיו למונחים להלן המשמעות המפורטת לצידיהם:

"מרפאות שבהסכם" - בתי חולים, מרפאות או מכונים עימן התקשרה או תתקשר הכללית בהסכם לצורך מתן שירותים על-פי פרק זה. רשימת המרפאות כאמור תעודק מעת לעת על-ידי הכללית.

2. מקרה מזכה

מקרה מזכה הינו ביצוע ניתוח או טיפול אסתטי, שהעמית אינו זכאי לו על פי חוק ביטוח בריאות ואשר כלול ברשימת הניתוחים והטיפולים המפורטת בסעיף 3 להלן ובתנאי שבוצע במרפאות שבהסכם.

מועד קרות המקרה המזכה יחשב כמועד בו בוצע הניתוח או הטיפול.

3. הכיסוי על-פי פרק זה

להלן סוגי הניתוחים ו/או טיפולים אסתטיים הכלולים במסגרת הכיסוי על פי פרק זה. העמית ישלם שירות למרפאה שבהסכם את ההשתתפות העמיתית על פי ההסכם. רשימת ההשתתפויות העצמיות תופצנה למרפאות הכללית ולמרפאות שבהסכם.

הסרת שיער

פנים
בית שחי/מפשעה
ידיים - אמה
ידיים - זרוע
ידיים - כף יד
גב- תחתון
גב- עליון
רגליים - שוק
רגליים - ירך
רגליים - כף רגל
עורף
בטן
חזה

סוג הניתוח

אף
עפעף אחד
זוג עפעפיים
מתיחת פנים או צוואר
מתיחת בטן
שאיבת שומן קטנה
שאיבת שומן גדולה
הרמת / הקטנת שדיים
הגדלת שדיים (ולא שתלים)
טיפול להזעת יתר - בית שחי
טיפול להזעת יתר - כפות ידיים/רגליים

4. תקופת אכשרה

תקופת אכשרה לזכאות על-פי פרק זה הינה 12 חודשים.

פרק ו': השתתפות בעלויות הסעה באמבולנס

1. מקרה מזכה

מקרה מזכה הינו פיני דחוף של עמית למיזן באמצעות אמבולנס (כולל נט"ן) שאושר על ידי משרד הבריאות לכית חולים ציבורי והמקרה לא הסתיים באשפוזו של העמית. מועד קרות המקרה המזכה יחשב כמועד ביצוע הפינוי באמבולנס.

2. כיסוי על פי פרק זה

טכום הזכאות המרבי אותו תשלם הכללית בין מקרה מזכה עפ"י פרק זה הינו 50% מההוצאה בפועל ולא יותר מ-250 ש"ח וולכל היותר פעמיים בשנה קלנדרית. לעניין זה "הוצאה בפועל" משמעה הוצאה שהוציא העמית מכיסו בפיני כל החזר/השתתפות שהעמית קיבל או זכאי לקבל על פי חוק ביטוח בריאות או חוק הביטוח הלאומי (נוסח משולב), התשנ"ה-1995.

3. תקופת אכשרה

תקופת אכשרה לזכאות על-פי פרק זה הינה 6 חודשים.

פרק ז' - תרומת ביצית בחו"ל

1. מקרה מזכה

מקרה מזכה הינו השגת תרומת ביצית בחו"ל לצורך ביצוע הפריה חוץ גופית עבור ילד ראשון ושני בחו"ל, לרבות בדיקת התורמת, הכנתה, השגת הביצית והחזרתה לנתרמת בחו"ל והכל בתנאי שלא מלאו לעמיתה 52 שנים ממועד קרות המקרה המזכה, כמפורט להלן, ובלבד שהתקיימו תנאי תקנות בריאות העם (הפריה חוץ גופית), התשמ"ז-1987.

מועד קרות המקרה המזכה יחשב כמועד ביצוע הפריה בחו"ל.

2. הכיסוי על-פי פרק זה

טכום הזכאות המרבי אותו תשלם הכללית בין מקרה מזכה עפ"י פרק זה הינו בשיעור 75% מההוצאה בפועל, אך לא יותר מ-10,000 ש"ח לילד.

3. תנאי מוקדם לאחריות הכללית על-פי פרק זה

שירותי בריאות כללית תהיה אחראית לביצוע תשלומים ע"פ פרק זה בתנאי שביצועה אושר מראש על-ידי המנהל הרפואי של התכנית.

4. תקופת אכשרה

תקופת אכשרה לזכאות על-פי פרק זה הינה 12 חודשים.

נספח א' -

טבלת דמי ההשתתפות - בהתאם לקבוצות גיל

קבוצת גיל	מושלם פלטינום
0-17	11 ש"ח
18	12 ש"ח
19-30	33 ש"ח
31-39	37 ש"ח
40-49	38 ש"ח
50-59	41 ש"ח
60-64	49 ש"ח
65-69	69 ש"ח
+ 70	77 ש"ח

* התעריפים הינם בנוסף לתעריפי תוכנית הזהב (כללית מושלם)