

## **בקשה להצעת מחיר לשירותי יישור שיניים באמצעות סדים שקופים למבוטחי מכבי**

### **בשב"ן (להלן - "הבקשה")**

#### **1. כללי**

1.1. מכבי שירותי בריאות (להלן - **"מכבי"**) מעוניינת לקבל הצעות להתקשרות בנושא שירותי יישור שיניים באמצעות סדים שקופים (להלן - **"ההצעה"**).

1.2. את ההצעות יש לשלוח אל ד"ר עליזה חריטון שלן, במייל: [DentalMedicinebalam@mac.org.il](mailto:DentalMedicinebalam@mac.org.il) עד לתאריך 15/11/2026 בשעה 12:00.

מציע שיגיש הצעה לאחר מועד זה, **הצעתו תיפסל**.

1.3. מכבי אינה מתחייבת לקבל את ההצעה הזולה ביותר, חלק מההצעה או כל הצעה שהיא.

1.4. הצעות שלא עומדות בסף איכות שהוגדר ע"י מכבי ובציון איכות מינימלי היכן שנדרש, כמפורט באמות המידה בנספח א' להלן - תיפסלנה.

1.5. מכבי שומרת לעצמה את הזכות לנהל משא ומתן עם המציעים.

1.6. מכבי תהיה רשאית להתקשר בכל עיר עם מספר מרפאות שאינו עולה על המספר המרבי המפורט בסעיף 8 להלן.

1.7. בחירת המרפאות הזכות תתבצע לפי שקלול אמות המידה שלהלן, לפי פריסת הערים המפורטת בסעיף 8 להלן:

#### **איכות - 30%, מחיר - 70%.**

בכל עיר, כל ההצעות שעברו את תנאי הסף ואת ציון האיכות המינימלי ידורגו לפי הציון המשוקלל, בסדר יורד. ייבחרו עד מספר המרפאות שבסעיף 8 והכל על פי שיקול דעתה הבלעדי של מכבי ובאופן שייבחרו ההצעות (אחת או יותר) המעניקות למכבי את מירב היתרונות:

##### **1.7.1. ציון המחיר:**

ציון המחיר ייקבע על פי הצעת המרפאה לאחוז הנחה לכל סוג טיפול כמפורט בנספח ב' 1 להלן. המציע בעל החיסכון המצטבר בש"ח הגבוה ביותר יקבל את מלוא ציון המחיר, והמציעים האחרים יקבלו ציון מחיר ביחס אליו.

##### **1.7.2. ציון האיכות:**

ציון האיכות יינתן עפ"י אמות המידה המפורטות בנספח א' להלן (ציון איכות מינימלי היכן שנדרש - 7).

## 1.8. ניסיון גרוע

באם המועמד לזכייה בבל"מ הינו ספק עמו יש למכבי "ניסיון גרוע", כהגדרתו להלן, מכבי תהא רשאית להעניק את הזכייה למציע שהצעתו הינה המועמדת הבאה בתור לזכייה, ובלבד שלמכבי לא היה "ניסיון גרוע" עם מציע זה.

לצורכי סעיף זה, המילים "ניסיון גרוע" פירושו:

1.8.1. אי שביעות רצון מאיכות המוצרים ו/או השירותים; או

1.8.2. מחדלים אחרים של הספק, העולים כדי הפרת חוזה.

1.9. הצעה זו אינה מבטלת את זכותה של מכבי להמשיך התקשרויות קודמות, בהתאם לשיקול דעתה הבלעדי, עם מציע, ואין בעובדה שמציע הציע את הצעתו במסגרת בקשה זו על מנת לבטל ו/או לשנות ו/או לגרוע מזכויות מכבי בהתאם להסכמים קודמים עימו, לרבות מימוש אופציות ככל שהן קיימות.

1.10. ספק עימו תתקשר מכבי, יחתום על ההסכם המצורף לבקשה תוך 7 ימים מקבלת הודעה על רצונה של מכבי להתקשר עימו. מסמכי הבקשה והצעת הספק יהוו חלק בלתי נפרד מהסכם ההתקשרות שייחתם.

1.11. ידוע למציע שמכבי תהא רשאית להציג את פרטי הצעתו הכלכלית, ככל שתוכרז כזוכה, בפני מציעים אחרים.

## 2. רקע

מכבי מבקשת להתקשר עם מרפאות שיניים פרטיות / רשתות פרטיות לצורך שיפור פריסת וזמינות שירותי יישור שיניים באמצעות סדים שקופים למבוטחי מכבי **חברי השב"ן בלבד**, בהתאם לדרישות המקצועיות, השירותיות והתפעוליות המפורטות במסמך זה.

## 3. תנאי סף לספק השירות

3.1. רשאי להגיש הצעות רק מציע שעומד בכל התנאים המוקדמים שלהלן ומצרף אסמכתאות תומכות:

3.1.1. מרפאת השיניים שבבעלותו מורשית על פי דין (נדרשת אסמכתא).

3.1.2. במרפאתו רופא שיניים אחראי בעל רישיון תקף ממושרד הבריאות. (נדרשת אסמכתא)

3.1.3. עומד בנוהל בריאות השן 2.1 ובהנחיות למניעת מעבר זיהומים על פי נוהל בריאות השן 1.3, וכל עדכון שיצא אחריהם.

לצורך בחינה ראשונית של עמידת המציע בתנאי כאמור ימלא המציע את **נספח**

## **א'2.**

3.1.4. במרפאה מועסק לפחות מומחה אחד באורתודונטיה או רופא שיניים בעלי ניסיון

מוכח של 5 שנים לפחות בטיפול בסדים שקופים (נדרשת אסמכתא)

3.1.5. המרפאה ביצעה טיפולי יישור שיניים בסדים שקופים במשך שלוש השנים שקדמו

למועד ההגשה, בהיקף ממוצע של 30 מטופלים לפחות בשנה

3.1.6. בידיו אישור ניהול ספרים על פי חוק עסקאות גופים ציבוריים, תשל"ו-1976

(נדרשת אסמכתא)

3.2. מציע שלא יעמוד בכל התנאים המוקדמים המפורטים בסעיף 3- הצעתו לא תיבחן.

3.3. המרפאה המוצעת נמצאת בעיר המפורטת בסעיף 8 או בטווח המרחק שהותר לגביה

בטבלה. מציע יצרף כתובת מלאה ואסמכתה למיקום המרפאה.

יש להעביר לעיון מכבי מסמכים התומכים בעמידת המציע בתנאים המוקדמים.

#### **4. תכולת ההצעה הנדרשת מהספק :**

הספק הזוכה יעניק למבוטחי מכבי **בעלי רובד שב"ן בלבד**, שירותי יישור שיניים באמצעות סדים שקופים, על פי התהליך הבא:

4.1. אבחון אורתודנטי הכולל:

4.1.1. בדיקת רופא שיניים כללי, בדיקה של אורתודנט או רופא העוסק בסדים שקופים מינימום 5 שנים, התייעצות עם מומחה לפריודונטיה לפי צורך.

4.1.2. ביצוע צילום וסריקה במכון צילום מורשה

4.1.3. בניית תוכנית טיפול אורתודנטית דיגיטלית

4.1.4. קבלת הסכמת המטופל לתוכנית הטיפול והחתמתו (אפוטרופוס/ הורים). (לפי פורמט של מכבי, כפי שמופיע בנספח ד' לבקשה להצעת מחיר – טופס הסכמת מטופל).

4.2. תכולת הטיפול:

4.2.1. אספקת כלל הסדים הנדרשים

4.2.2. בדיקות תקופתיות על ידי רופא שיניים+ 2 צילומי נשך פעם בחצי שנה (כל שנה)

4.2.3. שלושה מפגשי שיננית בשנה (ניקוי או הקצעות לפי צורך כולל פלואוריד)

4.2.4. מתן עזרה ראשונה דחופה בהתאם לצורך

4.3. אחריות והמשך טיפול במהלך השנה ללא עלות תוספתית למכבי :

החלפת פלטת קיבוע שנשברה או התנתקה בשנה הראשונה מתום הטיפול תבוצע ללא תשלום נוסף. אחריות לכשל טיפולי וטיפול חוזר ללא תמורה תחול לפי סעיף 3.5 להסכם, עד 5 שנים מתום הטיפול. לאחר השנה הראשונה החלפת פלטת קיבוע שאינה נובעת מכשל טיפולי תחויב רק לפי המחיר המוסכם בנספח המחיר

## **5. התחייבויות הספק בהקשרי דיווח:**

5.1 המרפאה תעמיד קיבולת לקליטת 25 מטופלים חדשים לפחות בשנה. אין בכך התחייבות מכבי להפנות מספר מינימלי של מטופלים.

5.2 על המרפאה להעביר למכבי נתונים שוטפים בממשק ממוחשב:

5.2.1 מספר טיפולים שהחלו

5.2.2 מספר טיפולים שהסתיימו

5.2.3 משך טיפול ממוצע

5.2.4 שיעור נשירה- מטופלים שלא סיימו טיפול בפרק זמן של שנתיים

5.2.5 שיעור טיפולים חוזרים

5.2.6 שביעות רצון מטופלים

5.2.7 המרפאה נדרשת להגיש רשימת מטופלים מפורטת אחת לרבעון עם דיווח תז

והתקדמות הטיפול שם+ תעודת זהות+ מספר הפלטה+ מספר ניקויי אבנית

5.2 לאפשר גישה למסמכים רפואיים הרלוונטיים לבקרה

5.3 שמירת המידע בהתאם לנהלי משרד הבריאות

5.4 דרישות אבטחת מידע ופרטיות:

הספק מתחייב כי הנו בעל הסמכה לתקן בינלאומי לאבטחת מידע ISO27001 – או לתקן לאבטחת מידע במוסדות בריאות ISO27799

## **6. בקרה:**

6.1 מכבי תהיה רשאית לבצע בקורות מקצועיות, לדרוש מסמכים רפואיים, לבצע סקרי שביעות רצון, לבצע בקורות איכות באמצעות מומחים מטעמה.

6.2 מכבי יכולה לבצע בקורות פתע במרפאה או להפעיל לקוח סמוי

## **7. שירות:**

7.1 זמן לפגישות ייעוץ- עד חודש ימים מפניית המטופל

7.2 זמן לתחילת טיפול- עד חודש ימים ממועד הבדיקה ובכפוף לתשלום

7.3 מענה טלפוני- 90% מהשיחות

7.4 שביעות רצון המטופלים > 85%

7.5 טיפול בתלונה- עד 7 ימי עבודה.

## **8. פריסת מרפאות:**

מכבי תתקשר עם מרפאות בערים המופיעות מטה (ובמרחק המוגדר ממרכזי הערים היכן שמופיע בטבלה) ולפי מספר המרפאות הנדרש (עד למספר המופיע בטבלה)

| עיר                         | מספר מרפאות נדרשות (עד) |
|-----------------------------|-------------------------|
| באר שבע                     | 2                       |
| אשקלון                      | 1                       |
| נתיבות (ועד 10 ק"מ ממרכז)   | 1                       |
| ערד (ועד 20 ק"מ ממרכז)      | 1                       |
| קרית גת (ועד 10 ק"מ ממרכז)  | 1                       |
| ירושלים                     | 3                       |
| בית שמש                     | 3                       |
| בת ים                       | 1                       |
| חולון                       | 2                       |
| מודיעין                     | 2                       |
| יבנה                        | 1                       |
| ראשון לציון                 | 2                       |
| רחובות                      | 1                       |
| רמלה                        | 1                       |
| תל אביב                     | 3                       |
| אילת                        | 1                       |
| בני ברק                     | 2                       |
| גבעתיים                     | 1                       |
| קרית אונו                   | 1                       |
| רמת גן                      | 1                       |
| נתניה                       | 2                       |
| פתח תקווה                   | 2                       |
| פרדס חנה (ועד 10 ק"מ ממרכז) | 1                       |
| הוד השרון                   | 1                       |
| רמת השרון                   | 1                       |
| הרצליה                      | 1                       |
| חדרה                        | 1                       |
| כפר סבא                     | 1                       |
| ראש העין                    | 1                       |
| רעננה                       | 1                       |

|   |                                |
|---|--------------------------------|
| 1 | שוהם                           |
| 2 | חיפה                           |
| 1 | קרית אתא                       |
| 1 | קרית מוצקין                    |
| 1 | נצרת (ועד 10 ק"מ ממרכזה)       |
| 1 | זכרון יעקב (ועד 10 ק"מ ממרכזה) |
| 1 | חריש                           |
| 1 | נהריה (ועד 10 ק"מ ממרכזה)      |
| 1 | כרמיאל (ועד 10 ק"מ ממרכזה)     |
| 1 | עפולה (ועד 15 ק"מ ממרכזה)      |

## נספח א'1

### אמות מידה

| <u>מסקל</u> | <u>אופן מתן הניקוד</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <u>אמת מידה</u>                                 |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 20%         | מעל 3 שנות ניסיון עד 5 שנות ניסיון – 5 נק', מעל 5 שנות ניסיון ועד 7 שנות ניסיון – 7 נקודות. מעל 7 שנות ניסיון – 10 נק'                                                                                                                                                                                                         | ניסיון מקצועי סדים שקופים                       |
| 15%         | 25-35 מטופלים אשר טופלו בממוצע בשנה, בשלוש שנים האחרונות בסדים שקופים – 3 נקודות. 36-45 מטופלים אשר טופלו בממוצע בשנה בשלוש השנים האחרונות בסדים שקופים – 5 נקודות. 46-55 מטופלים אשר טופלו בממוצע בשנה בשלוש השנים האחרונות בסדים שקופים – 7 נקודות. מעל 60 מטופלים בממוצע בשנה בשלוש השנים האחרונות בסדים שקופים – 10 נקודות | היקף לקוחות לפי יישוב                           |
| 20%         | מרפאה אשר יש בה רופא כללי עם ניסיון של 5 שנים בסדים שקופים ומומחה לחניכיים – 7 נקודות. מרפאה אשר יש בה אורתודנט מומחה העובד בסדים שקופים ומומחה לחניכיים – 10 נקודות.                                                                                                                                                          | איכות הצוות המקצועי                             |
| 15%         | המציע הינו בעל רשומה רפואית מפורטת כנדרש. מציעים יקבלו ניקוד לפי איכות הרשומה והפירוט – דרוג לפי התרשמות, ציון מינימלי 5, מקסימלי 10.                                                                                                                                                                                          | איכות רשומה רפואית                              |
| 20%         | 50% מהתורים לבדיקה עד חודש, התחלת טיפול עד חודש מהבדיקה – 7 נקודות. 50% מהתורים לבדיקה עד שבועיים, התחלת טיפול עד חודש מהבדיקה – 10 נקודות.                                                                                                                                                                                    | זמינות תורים                                    |
| 10%         | שנה ניסיון – 5 נקודות. שנה עד שנתיים – 7 נקודות. מעל שנתיים – 10 נקודות                                                                                                                                                                                                                                                        | ניסיון בקופת חולים או בחברת ביטוח או ארגון גדול |

## דרישות חובה קליניות והצהרת עמידה בדרישות

יש לסמן כן/לא.

סימון לא באחד הסעיפים או יותר – יביא לפסילת ההצעה

| סעיף                               | פרוט                                                                                                                                                                         | כן/לא |
|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| רישוי והיתרים                      | המציע הינו מרפאת שיניים בעלת כל הרישיונות, ההיתרים והאישורים הנדרשים על פי דין להפעלת מרפאת שיניים בישראל, והמרפאה פועלת בהתאם להוראות משרד הבריאות כפי שיהיו בתוקף מעת לעת. |       |
| מבנה המרפאה נגישות ובטיחות         | המרפאה עומדת בדרישות משרד הבריאות לעניין תכנון מרפאות שיניים, נגישות לאנשים עם מוגבלות, שילוט, שטחי טיפול, שירותים ותשתיות פיזיות כנדרש במרפאות שיניים                       |       |
| נהלים והטמעתם                      | במרפאה קיימים ומיושמים כלל נהלי משרד הבריאות הרלוונטיים לפעילותה, לרבות מנגנון מובנה לעדכון, הטמעה ובקרה של הנהלים בקרב כלל אנשי הצוות.                                      |       |
| רשומה רפואית                       | המרפאה מנהלת רשומות רפואיות מלאות, עדכניות בהתאם להוראות הדין ולהנחיות משרד הבריאות, לרבות גיבוי ושמירת מידע רפואי כנדרש                                                     |       |
| ציוד רפואי ורנטגן                  | המרפאה מצוידת בכלל הציוד, המכשור הרפואי ומערכות ההדמיה הנדרשים על פי הוראות משרד הבריאות, כאשר כלל המכשור מתוחזק ונבדק כנדרש ובעל אישורי תקינות בתוקף.                       |       |
| ערכות חירום והחייאה                | במרפאה קיימת ערכת החייאה תקינה ומעודכנת וכל ציוד החירום הנדרש בהתאם להוראות משרד הבריאות לסוג הפעילות המבוצעת במרפאה                                                         |       |
| ניקוי, חיטוי, עיקור ומניעת זיהומים | המרפאה עומדת בכל הוראות משרד הבריאות בנושא מניעת זיהומים, ניקוי, חיטוי ועיקור במרפאות שיניים, לרבות קיומם של תהליכי בקרה, תיעוד, ניטור ותחזוקה של ציוד העיקור                |       |

|  |                                                                                                                                                                                  |                                     |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
|  | כנדרש.                                                                                                                                                                           |                                     |
|  | המרפאה פועלת בהתאם לדרישות הדין והנחיות משרד הבריאות בכל הנוגע לאיסוף, אחסון, סימון, הובלה ופינוי של פסולת רפואית, פסולת זיהומית וחומרים מסוכנים.                                | פסולת רפואית וחומרים מסוכנים        |
|  | במרפאה מועסקים כל בעלי התפקידים הנדרשים על פי דין ועל פי הנחיות משרד הבריאות, והם מחזיקים ברישיונות תקפים לעיסוק במקצועם.                                                        | כוח אדם מקצועי                      |
|  | למרפאה רופא אחראי כנדרש בהוראות משרד הבריאות, המקיים מנגנוני פיקוח ובקרה מקצועיים על כלל הפעילות הקלינית ועל אנשי הצוות במרפאה.                                                  | רופא אחראי ומנגנוני בקרה            |
|  | המרפאה מקיימת מערך סדור של הדרכות מקצועיות, הכשרות ולימודי המשך לצוות הרפואי והמסייע בהתאם לדרישות משרד הבריאות.                                                                 | הכשרות ולימודי המשך                 |
|  | המרפאה פועלת בהתאם לחוק זכויות החולה ולהנחיות משרד הבריאות בנושא מסירת מידע למטופל, סודיות רפואית, נגישות תרבותית ולשונית ושוויון במתן שירותים רפואיים.                          | זכויות מטופל, נגישות וסודיות רפואית |
|  | המרפאה מפעילה נוהל לדיווח, תחקור וטיפול באירועים חריגים בהתאם להוראות משרד הבריאות.                                                                                              | דיווח על אירועים חריגים             |
|  | המרפאה מפעילה נהלים ואמצעים להתמודדות עם אלימות כלפי צוותים רפואיים ולזיהוי ודיווח על חשד לאלימות במשפחה, בהתאם להנחיות משרד הבריאות                                             | טיפול באלימות והגנה על הצוות        |
|  | במועד הגשת ההצעה לא קיימים במרפאה ליקויים מהותיים פתוחים או דרישות תיקון שלא הושלמו בעקבות ביקורות של משרד הבריאות, אשר יש בהם כדי להשפיע על בטיחות המטופלים או על איכות הטיפול. | העדר ליקויים מהותיים                |

מחירים:

הספק מתבקש להציג מה ההנחה אותה הוא מעוניין לתת ממחיר המקסימום

| פריט                                                                                                                                                             | מחיר מקסימום -<br>מחיר כולל<br>השתתפות<br>עצמית של<br>החבר וכולל<br>מעמ | הנחה | משקל  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------|-------|
| בדיקת אורתודנט/ רופא העוסק<br>בתחום סדים שקופים עם ניסיון של<br>5 שנים . החיוב יעשה אם מטופל<br>לא סגר תוכנית טיפול, ויקוזז אם<br>יתחיל ת"ט (יכלל בתוכנית המלאה) | 200                                                                     |      | 1.57% |
| צילומים במכון צילום (אם נדרש<br>והמטופל הגיע ללא סט צילומי<br>אורתודנטיה                                                                                         | 750                                                                     |      | 0.21% |
| טיפול מלא כולל לפי תכולת סעיף<br>4.2 (לא כולל סט צילומים)                                                                                                        | 17000                                                                   |      | 97%   |
| פלטת קיבוע לאחר תום תקופת<br>אחריות                                                                                                                              | 1200                                                                    |      | 0.22% |

המחיר יתעדכן ביום 1 בינואר החל משנת 2027, ביחס שבין המדד הידוע במועד העדכון למדד הבסיס הידוע ביום 11/2026.

למען הסר ספק, מובהר כי לא ישולם לספק הזוכה כל תשלום מעבר למפורט להלן והתשלום להלן כולל את כל הוצאות הספק הזוכה.

## טופס פרטי המציע

• המציע נדרש למלא את כל הפרטים להלן, ולחתום בסוף הטופס.

• המציע נדרש לצרף כל חומר משלים.

1. פרטי המציע

|                                   |                                       |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| <u>שם</u>                         | <u>מס' עוסק מורשה / ח.פ.</u>          |
| <u>מעמד משפטי (צורת התאגדות):</u> | <u>פועל/ת משנת _____ עד שנת _____</u> |
| <u>כתובת משרדי ההנהלה:</u>        | <u>דואר אלקטרוני:</u>                 |
| <u>טלפונים:</u>                   | <u>כתובת המרפאה</u>                   |

2. תיאור כללי של המציע

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

|  |
|--|
|  |
|  |

### **3. ניסיון**

3.1. מספר שנות ניסיון בתחום יישור שיניים באמצעות סדים שקופים (פרוט לכל שנה בנפרד):

\_\_\_\_\_.

3.2. מספר הלקוחות שטופלו על-ידי המציע ב-5 השנים האחרונות (פרוט לכל שנה בנפרד):

\_\_\_\_\_.

3.3. היקף המטופלים אשר המרפאה יכולה לקלוט בשנה:\_\_\_\_\_.

### **4. פרוט ואיכות הצוות המקצועי**

4.1. מספר מומחים באורתודנטיה (אסמכתאות):\_\_\_\_\_.

4.2. מספר מומחים בחניכיים (אסמכתאות):\_\_\_\_\_.

### **הננו מצהירים בזה שכל הפרטים דלעיל נכונים.**

**חתימת המציע :** \_\_\_\_\_

**חותמת :** \_\_\_\_\_

**תאריך:** \_\_\_\_\_

## תצהיר

אני הח"מ, \_\_\_\_\_, ת.ז. מס' \_\_\_\_\_, לאחר שהוזהרתי כי עלי לומר את האמת וכי אהיה צפוי לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן, מצהיר בזה בכתב כדלקמן:

**1.** תצהיר זה ניתן כחלק בלתי נפרד מהצעת \_\_\_\_\_ (להלן: "המציע") לבקשה להצעת

מחיר שפרסמה מכבי שירותי בריאות להפעלת שירות מתן שירותי יישור שיניים באמצעות סדים

שקופים

2. הנני משמש בתפקיד \_\_\_\_\_ אצל המציע, ומוסמך ליתן תצהיר זה בשמו.

3. למציע ניסיון בהפעלת שירות יישור שיניים באמצעות סדים שקופים לפחות ב- 3 השנים האחרונות

שעד המועד האחרון להגשת ההצעות בבל"מ.

4. במרפאת המציע רופא שיניים אחראי בעל רישיון תקף ממשרד הבריאות (מצורף הסכם

התקשרות/העסקה).

5. במרפאת המציע מועסק לפחות אורתודנט אחד מומחה או רופא בעל ניסיון מוכח בתחום הסדים

השקופים של למעלה מ-5 שנים (מצורף הסכם התקשרות/העסקה).

6. מרפאת המציע ביצעה יישור שיניים באמצעות סדים שקופים, לפחות ב-3 השנים האחרונות שעד

המועד האחרון להגשת הצעות בבל"מ.

7. במרפאת המציע בוצעו לפחות 30 טיפולי יישור שיניים באמצעות סדים שקופים בממוצע בשנה,

במשך שלוש השנים האחרונות שעד המועד האחרון להגשת הצעות בבל"מ.

זה שמי, זו חתימתי ותוכן תצהירי לעיל אמת.

-----  
חתימה

אישור

הנני מאשר בזה, כי ביום \_\_\_\_\_ הופיע בפני, \_\_\_\_\_, עו"ד, במשרדי ברחוב,

\_\_\_\_\_ גב'/מר \_\_\_\_\_, שזיהה/תה עצמו/ה על-ידי תעודת

זהות מספר \_\_\_\_\_, ואחרי שהזהרתיו/ה כי עליו/ה להצהיר את האמת וכי ת/יהיה צפוי/ה

לעונשים הקבועים בחוק אם לא ת/יעשה כן – אישר/ה את נכונות הצהרתו/ה הנ"ל וחתם/מה עליה בפני.

-----  
חתימה וחותמת

## נספח ד- טופס הסכמת המטופל לתוכנית הטיפול

אנו מבקשים ממך לקרוא בעיון רב, ומעבר לכך נשמח לענות על כל שאלה הקשורה לטיפול, לפניו במשכו ולאחריו. הנך מתבקש לשמור על דפי ההסבר, על מנת שתוכל לחזור ולעיין בהם במשך הטיפול ולאחריו. לדף ההסבר מצורף דף התחייבות והסכמה מדעת לטיפול זה, עליו יש לחתום.

### **מטרת הטיפול:**

מטרת הטיפול האורתודונטי הינה שיפור בעמדת השיניים ושיפור היחס בין לסת עליונה ולסת תחתונה לשם שיפור המראה האסתטי ותפקוד מערכת הלעיסה.

### **מהלך הטיפול:**

לאחר בדיקת האורתודונט וקביעת תוכנית טיפול, יופנה אל רופא השיניים הכללי לבדיקה, טיפולי שיניים ועקירות הכרחיות ככל שנקבעו בתוכנית האורתודונטית, וכן תופנה לשינינית לשם סילוק אבנית והדרכה לשמירת היגיינת הפה. התחלת הטיפול האורתודונטי מותנית בביצוע מלא של הטיפול אצל רופא השיניים הכללי והשינינית. לאחר הדבקת הסמכים והתקנת המכשור האורתודונטי תזומן לטיפולים סדירים (לרוב אחת למס' שבועות) וכן תידרש להגיע לביקורת רופא שיניים כללי וטיפול שינינית בהתאם לצורך ועל פי הפניות הצוות הרפואי. בסיום הטיפול, המכשור האורתודונטי יוסר מהפה ולרוב תתבקש להמשיך ולהשתמש בפלטת רטנציה ו/או קיבועים לשם שמירה על התוצאות שהושגו. משך וסוג השימוש בפלטה או בקיבוע יקבע בתחילת הטיפול על ידי הרופא המטפל ועליך להגיע לביקורת חצי שנתית למשך שנה וחצי לפחות עם הפלטות לרטנציה.

הטיפול האורתודונטי מתבצע לפי תוכנית טיפול המבוססת על בדיקות ותצלומים ספציפיים למתפא טרם תחילת הטיפול. במהלך הטיפול עוקב הרופא אחר השינויים במצב ואחר תגובת הרקמות ומחליט אם עליו לאסוף נתונים חדשים, כמו למשל צילומי רנטגן נוספים. תוצאות הטיפול מושפעות במידה רבה משיתוף הפעולה של המטופל ומהתגובה הביולוגית שלו לטיפול, כמו גם מקצב בקיעת השיניים. משתנים אלו אינם ניתנים לחיזוי ולפיכך תתכן חריגה מסוימת מההערכה והאבחנה הראשונית של משך הטיפול וכמובן בטיפול הנדרש עצמו.

### **מאכלים שיש להימנע מהם תוך כדי טיפול, או לאוכלם בזהירות:**

מוצרי מזון קשים ו/או דביקים (מסטיק, טופי וכו') עלולים לגרום לניתוק המכשור המודבק מהשיניים או לשבור את המכשור עצמו. כמו כן, יש להימנע מהרגלים אוראליים כגון, כססת ציפורניים ו/או לעיסת מכשירי כתיבה שכן הם עלולים לגרום שברים חוזרים ונשנים במכשור האורתודונטי. סיום הטיפול הפעיל, מסרים למתפא מכשירים לשימור התוצאה (מכשירים רטנציה) קיימים כשירים המודבקים על השיניים (קיבועים) ומכשירים ניידים (פלטות). תפקיד מכשירים אלו לשמור על תוצאה, מאחר ולשיניים יש נטייה לחזור למקומן המקורי. במידה ניתן מכשיר מודבק, יש לשמור על יקיונו לאורך זמן ולדאוג שלא ישבר. את המכשיר הנייד יש להרכיב על פי הנחיות הרופא. אי שימוש מכשירי הרטנציה על פי הנחיות הרופא עלול לגרום לתזוזת שיניים בלתי רצויה ולפגיעה בתוצאת טיפול. במקרה של ניתוק המכשיר הקבוע או שבר/אובדן המכשיר הנייד, יש ליצור קשר מידי עם מרפאה. כל המתנה והשהייה בהגעה למרפאה עלולים לגרום לתזוזת שיניים.

בסיום הטיפול יש צורך בתיעוד (מידות לימוד, צילומי רנטגן צילומי מצלמה) כדי שנוכל להשוות בין המצב היה לפני הטיפול והמצב שהתקבל בעקבותיו. תיעוד זה חשוב ביותר לצורך המשך המעקב העתידי חר המתפא (כמו מצב שיני הבינה, מצב תנוחות שורשי השיניים, מעקב אחר גדילה) (התפתחות וכדומה).

## **תופעות לוואי וסיבוכים אפשריים בטיפול אורתודונטי:**

כל טיפול אורתודונטי נושא בחובו בצד יתרונותיו הרבים, גם תופעות לוואי וסיבוכים אפשריים.

### **1.עששת ודקליסיקציה**

סמכים או טבעות אינם גורמים לעששת. הינייה אוראלית לקויה היא זו שגורמת לכך. צחצוח נכון, במיוחד בשולי המכשור יקטין את הסיכוי לנזקים לזוגית השן. עליך להקפיד הקפדה יתרה ולוודא הגעה לבקורות אצל הרופא השיניים (כל 6 חודשים) ולטיפול שיננית סדירים (כל 3-6 חודשים).

### **2.מחלות פריודונטליות**

קיימת אפשרות כי במהלך הטיפול תתפתח מחלת חניכיים המתבטאת בין היתר בנפיחות ודימום מהחניכיים. במידת הצורך המטופל יופנה לפרודונט (מומחה חניכיים) להמשך בירור ו/או טיפול במקרים נדירים הטיפול האורתודונטי יופסק.

### **3.ספינת שורשים**

קיימת תופעה רפואית ידועה של ספינת קצות השורשים. מדובר בתופעה שיכולה להתרחש גם ללא טיפול אורתודונטי. אובדן קצות השורשים כשלעצמו הינו חסר משמעות קלינית. במקרים בהם מתפתחת מחלת חניכיים המבטאת בין היתר באובדן עצם בשילוב עם קיצור קצות השורשים עלול המצב לגרום לקיצור אורך חיי השן. במקרים אילו דרוש מעקב תקופתי ובמקרים נדירים אף להפסיק את הטיפול, או לשנות את מטרותיו.

תופעה נדירה יותר היא ספינה צווארית של השורשים. הגורם לכך אינו ידוע והיא מתבטאת בספינה של השורש במפגש בין השורש לכותרת. האבחנה מתבצעת על ידי צילומי רנטגן ומצריכה מעקב רופא שיניים. האבחון המוקדם חשוב לטיפול בספינה, אחרת היא עלולה לגרום לאובדן השן.

### **4.בעיות במפרק הלסת**

בעיה קיימת במפרקי הלסת לפני הטיפול עלולה לעיתים לבוא לידי ביטוי תוך כדי הטיפול האורתודונטי. לדוגמה: רעשים במפרק ו/או הנבלה בתנועת המפרק וכאבים. תופעות אלו קיימות גם באוכלוסיה הכללית שלא עוברת או עברה טיפול אורתודונטי. תופעות במפרקי הלסת הינן מחזוריות באופיין ויכולות להופיע ולהיעלם לפני הטיפול, תוך כדי הטיפול ולאחריו. עבודות מדעיות רבות בנושא לא מצאו קשר ישיר בין נזקים למפרק הלסת, בכל שלב טיפולי לבין הטיפול האורתודונטי. במידה ומאובחנת בעיה במפרקי הלסת, יש מקום לבדיקה/ טיפול אצל רופא מומחה למפרקי לסתות.

---

### **5.בעיות הקשורות לעצבוב השיניים**

לעיתים נדירות ביותר, העצב המעצבב את השן עלול לאבד חיות. מצב שכזה נובע כמעט תמיד עקב טראומה וחבלה לשן, אפילו שזו התרחשה לפני שנים רבות. לעיתים רואים זאת בשיניים עם שחזורים עמוקים במיוחד. במקרה ותופעה זו מתרחשת, מתבטאת בכאבים או בשינוי צבע השן, יש לפנות לרופא שיניים או למומחה לטיפול שורש לבירור וטיפול בהתאם.

### **6.אנקילוזיס**

לעיתים נדירות לא ניתן להזיז את השיניים למקום הרצוי. הדבר קורה מאחר והשן עצמה עברה התחברות לעצם העוטפת אותה, ואין שום אפשרות להזיזה. לעיתים נדירות התופעה מתרחשת תוך כדי טיפול מבלי שניתן היה לצפות אותה מראש ואין אפשרות להזיז את השן אל מעבר שכבר הוזזה. במקרים כאלו, יהיה מקום לבחון את תכנית הטיפול מחדש.

### **7.שיניים כלואות**

בטיפול אורתודונטי לעיתים מאובחנות שיניים כלואות (נביים, חותכות, מלתעות) אשר לא בקעו לחלל הפה. לשיניים אלו קיימת חשיבות מבחינה אסתטית ותפקודית ולכן תתבצע חשיפה כירורגית של כותרת השן הכלואה. (פעולה שמתבצעת על ידי מנתח פה ולסת או מומחה לחניכיים) ולאחר מכן יודבק עליה מכשור אורתודונטי שיאפשר את משיכתה אל קשת השיניים. טיפול בשיניים כלואות אינו מבטיח שאכן השן תגיע למקומה וקיימת אפשרות שיהיה צורך בעקירתה ובחינת תכנת הטיפול מחדש.

### **8.נזקים מהמכשור**

למכשור אורתודונטי יש פוטנציאל לגרום לפציעות ונזקים לרקמות הסמוכות וקיימת אפשרות לבליעת מכשירים. התנהגות נכונה עם המכשור והרכבתו על פי כל הכללים וההנחיות ימנעו נזקים אלו. מכשור נייד עלול לגרום לתגובה אלרגית לאקריל, הטבעות עלולות לגרום רגישות אצל מטופלים רגישים לניקל וסמכים מחרסינה עלולים לגרום לשחיקת זוגית השן. בכל מקרה של פגיעה יש להודיע מיידית למרפאה ובמקרים חמורים לפנות ישר לחדר מיון.

---

## **רטנציה**

לאחר סיום הטיפול יש צורך בשמירה על התוצאה: חלל הפה והשיניים כמו כל אבר אחר בנוף עוברים כל הזמן שינויים בהתאמה לתנאים החדשים שנוצרים עם הזמן. או בעברית: תקופת שמירת (RETENTION) בסיום הטיפול הפעיל, מתחיל השלב, הנקרא רטנציה התוצאה.

קיימים מכשירים שונים לשמירת התוצאה (פלטת, קיבוע קבוע המודבק על השיניים), כדי שהתוצאה האסתטית של הטיפול תשמר לתקופה ארוכה עליך להקפיד, בלא פשרות, על כל הוראות ההתנהגות עם הריטיינרים? הפלטות, כמו גם עם הקיבועים המודבקים. הריטיינר נועד לשמור על התוצאה הטיפולית בגמר הטיפול הפעיל. הטיפול הפעיל פתר רק את הבעיה שבגללה בוצע הטיפול, אך הגורמים והכוחות שיצרו את הבעיה ממשיכים לפעול. עמדת השיניים מושפעת מסך כל הכוחות הפועלים עליהן ואלו משתנים לאורך כל החיים וקשורה לפיזיולוגיה והביולוגיה הגורמאליות של התבגרות גוף האדם.

קיימות שתי דרכי שימור ולכל אחת יתרונות וחסרונות:

1. **קיבוע קבוע** - פס מתכתי שמודבק בחלק הפנימי של השיניים הקדמיות באופן קבוע יתרונות- המכשיר הנמצא באופן קבוע בפה ואינו מצריך תחזוקה.

חסרונות- יש להקפיד על היגיינת פה טובה. עקב נטייה מוגברת להצטברות של רובד חיידקי ואבנית על גבי הקיבוע. הצטברות זו עלולה לגרום להתפתחות עששת ומחלות חניכיים סיכון- לעיתים הקיבוע עלול להתנתק מהשיניים או להתעוות. במקרה זה קיים סיכון לתזוזת שיניים ולכן יש מקום לפנות בדחיפות לרופא המטפל.

2. **פלטת** ? מכשיר נשלף שמיצב את השיניים ומונע את תזוזתן.

יתרונות-מאפשר שמירה קלה יותר של היגיינת הפה

חסרונות- דורש הקפדה ושינוף פעולה בהרכבת המכשיר. המכשיר שביר ויש להיזהר בשימוש בו

סיכון- הרכבת הפלטת עלולה לגרום לתזוזת השיניים. בכל קושי בהרכבת הפלטת יש לפנות באופן מיידי לרופא המטפל לעיתים, יעשה שימוש בפלטת בנוסף לקיבוע כמפורט לעיל.

## **הנחיות בשימוש**

יש לדאוג לניקיון מרבי של המכשירים הניידים (פלטות) בכדי למנוע זיהומי פה, עששת ודלקות חניכיים. חובה לצחצח את המכשירים לפחות פעמיים ביום במברשת השיניים ולשטוף במים קרים (לא חמים). ניתן להשתמש בטבליטות חיטוי שמיועדות לפלטות וניתנות לרכישה בכל בית המרקחת.

## **חשוב לדעת!**

במקרים של טראומה בחלל הפה יש לפנות מיידי לרופא המטפל או לחדר מיון ולהודיע בהקדם האפשרי לאורתודנט על החבלה. אין להפסיק את הטיפול על דעת עצמך!

**השגת התוצאה המקווה היא הצלחה משותפת ורק יחדיו נוכל להגיע אליה.**

אנו נשמח לענות על כל השאלות שלך, לפני הטיפול במהלכו ואף אחריו.

## הנחיות ודגשים לשימוש בפלטות (קשתיות) שקופות

ריכזנו עבורך את כל המידע החשוב לתחילת הטיפול באמצעות פלטות שקופות

- בימים הראשונים של הטיפול צפויים כאבים ולחץ בשיניים וברקמות הסובבות, ניתן לקחת משכך כאבים לפי הצורך.
  - ביומיים הראשונים של כל פלטה מומלץ להשתמש בנשכן על מנת להדק את הפלטה אל השיניים.
  - יש להרכיב את הפלטות לפחות 22 שעות ביממה ולהסירן רק בזמן אכילה, שתייה חמה וצחצוח שיניים.
  - כשהן לא בשימוש יש להניחן בקופסא המיועדת שקיבלת.
  - יש לנקות את הפלטה באמצעות מברשת שיניים ומשחת שיניים/סבון כלים. אין להשתמש במים חמים מחשש ליצירת עיוות הפלטה.
  - יש להקפיד על ניקיון השיניים, להשתמש בחוט דנטלי באופן קבוע, ולהרכיב פלטה נקייה על שיניים נקיות.
  - במהלך הטיפול יש להמשיך לבצע ביקורת אצל רופא שיניים ושיניית וכן אצל מומחה לחניכיים במידת צורך.
  - חובה לשמור לפחות פלטה אחת אחורה. כלומר שכשמתמשים בפלטה מס, 2' יש לשמור את פלטה מס. 1' כשמתמשים בפלטה מס 3' יש לשמור את 2 וניתן לזרוק את מס 1' ז'כן הלאה. אנו ממליצים לשמור את כל הפלטות המשומשות עד לסיום טיפול יישור השיניים.
  - יש להחליף את הפלטה בהתאם להנחיות שנתן הרופא.
  - יש להגיע לביקורת עפ"י הנחיות שקיבלת מהרופא.
  - במקרה של בעיה בהושבת הפלטה יש ליצור קשר עם המרפאה.
  - במידה ואחד המחברים מתנתק (הבליטה שהדביקו על השיניים) יש לעדכן את הרופא בתור הבא. אין צורך להגיע לעזרה ראשונה.
- מטופל/ת יקרה/ה, מידת שיתוף הפעולה שלך הכרחית להצלחת הטיפול, עליך למלא את הנחיות הרפואיות שתקבל/י מהאורתודונט ולשמור על רצף הטיפול.
- אנו שמחים לעמוד לרשותך בכל בעיה או שאלה ומאחלים לך טיפול מוצלח.**

## טופס הסכמה ליישור שיניים באמצעות פלטות שקופות

אנו מודים לך על שבחרת לעבור טיפול יישור שיניים באמצעות פלטות שקופות במכבידנט ובטוחים כי צוות האורתודונטיה במרפאה יעשה כמיטב יכולתו להעניק לך טיפול איכותי וחוויתי שירות מוצלח.

לפני תחילת הטיפול, ריכזנו עבורך את כל המידע החשוב:

הטיפול האורתודונטי בשיטת הפלטות השקופות מאפשר תזוזה של השיניים באופן הדרגתי כדי לשפר את המנשך ואת המראה האסתטי. לטיפול זה יתרונות של יישור שיניים מסורתי (ברקטים) וכן יתרונות בלעדיים: בהיותו טיפול ללא חוטים, הפלטות שקופות כך שאנשים כמעט לא מבחינים בהן, הקשתיות נוחות יותר מטיפול עם ברקטים, הן נשלפות ומאפשרות לאכול, לשתות ולצחצח שיניים בחופשיות.

### אני מצהיר בזאת כי:

- הובא לידיעתי בטופס זה כי התאמתי לטיפול תקבע בהתאם לבדיקת האורתודונט ביחס להתאמתי לטיפול ואני נותן את הסכמתי לעבור את טיפול יישור שיניים באמצעות פלטות שקופות
- אני מצהיר/ה מאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה על אופן הטיפול, הצלחתו והתופעות הכרוכות בו:

ספצעים ונגעים ברקמות הרכות בפה (בחניכיים, בלשון או בשפתיים) - יתכן שיופיעו, אך רק לעיתים נדירות בשל השימוש בקשתיות השקופות.

סצורת השיניים יכולה להאריך את זמן הטיפול ותוצאותיו. לדוגמה: כותרת שיניים קצרה יכולה ליצור בעיות בשימוש בקשתיות כמו תזוזה איטית של השיניים, אי תזוזה בכלל או חוסר התאמה לטיפול בשיטה זו.

סביעות חניכיים, הצטברות אבנית רבה על השיניים ונזקים עד כדי כתמים עלולים להיווצר אם לא שומרים על היגיינת הפה, בין אם משתמשים בקשתיות ביישור שיניים ובין אם לאו.

סישנם מצבים שבהם צריך להתבצע הליך כירורגי מקדים לטיפול בקשתיות כדי לטפל בצפיפות יתר או בחוסר איזון וסימטריה בלסת.

סלעיתים יש צורך בהוספת חיבורים קטנים העשויים קומפוזיט (חומר מרוכב) בצבע השן כדי לסייע בהזזת השיניים. במקרים אלו, תיתכן תחושת אי נעימות קלה בשיניים כשלא מרכיבים את הקשתיות.

סחוסבר ל"י שיתכן שהקשתיות ישפיעו באופן זמני על הדיבור, אך לרוב מטופלים מסתגלים מהר לשימוש בהן ונדיר שההשפעה היא לאורך זמן.

סבמקרה של צפיפות גדולה בשיניים בפה, לעיתים תישקל אפשרות של ליטוש/שיוף קל באמייל כדי לאפשר מקום להזזת השיניים.

סבמקרים של צפיפות חמורה או חוסר בשיניים ייתכן שהקשתית תישבר? יש להתקשר מיד לאורתודונט.

סאם ישנם בפה כתרים ונשרים יתכן שהם יושפעו מהשימוש בקשתיות. יתכן שיציבותם תיפגע ויידרש מיקום והדבקה מחדש. לפני הדבקה של שיחזור דנטלי או כתר יש להתייעץ עם האורתודונט, משום שזה ישפיע על מידת ההתאמה של הקשתית לשיניים שלך.

סהשימוש בקשתיות עשוי להחמיר את מצב השיניים אם עברו טראומה בעבר.

סתרופות שנלקחות על בסיס קבוע ומצב רפואי כללי עלולים להשפיע על מהלך הטיפול.

סנדיר שיווצרו בעיות בלסת או כאבים קשים בלסת, כאבי ראש או בעיות אוזניים כתוצאה מן המערכת האורתודונטית? במקרה כזה יש ליידע מיד את

סעלולה להיווצר רגישות בשיניים במהלך הטיפול, במיוחד במעבר משלב לשלב בקשתיות. יתכן שתחול השפעה על החניכיים ועצמות הלסתות התומכות

סעלולה להופיע תגובה אלרגית לחומר הקשתיות. במקרה של תגובת נגד קיצונית? יש לדווח מיד לאורתודונט המטפל.

סספינת שורשים יכולה לקרות במהלך טיפול אורתודונטי וגם בשימוש בפלטות שקופות.

סבמקרים נדירים ספינת שורשים תוביל לאיבוד שיניים.

סכשמערכת אורתודונטית נמצאת בחלל הפה, ישנם מקרים שבהם עלול המטופל ללעוס או לבלוע חלק ממנה.

סהטיפול עלול להתארך מעבר לזמן המשוער מסיבות שונות: הרכבת הקשתיות פחות מ-22 שעות ביממה, החמצת פגישות, היגיינת פה לא טובה, שבירת

## **אני מצהיר בזאת כי:**

- קראתי והבנתי את תופעות הלוואי העיקריות והסיכונים של הטיפול בעזרת הפלטות השקופות
- הוסבר לי שמידת שיתוף הפעולה שלי הכרחית להצלחת הטיפול- מילוי אחר ההנחיות הרפואיות שקבלתי מהאורתודונט ושמירה על רצף הטיפול.
- פלטות שיורכבו בפה בסדר הלא נכון עלולות לגרום לעיכוב בטיפול ובתוצאותיו. יש להרכיב את הקשתיות תמיד בסדר שהורה לך האורתודונט.
- הוסבר לי כי אי שימוש בקשתית הקיבוע הסופית כפי שהורה האורתודונט עלולה לגרום נסינה בתוצאות
- הובא לידיעתי שטיפול מוצלח לטווח רחוק לא מובטח בוודאות. יהיו מקרים שבהם ידרשו קשתיות נוספות, טכניקות אורתודונטיות מסורתיות (סמכים) או פרוצדורות קוסמטיות כמו כתרים ויגורים כדי לקבל תוצאות אידיאליות. אם ידרשו פרוצדורות כאלה הן תהיינה כרוכות בהוצאות נוספות. לכן, חשוב מאוד לעקוב אחר הוראות השימוש בקשתיות, על מנת להשיג את התוצאות הטובות ביותר.
- ידוע לי כי במקרה של שאלות, בעיות או תלונות עלי ליצור קשר מייד עם האורתודונט שלי (מיד עם הופעת הבעיה).
- ברור לי כי האורתודונט המטפל או החברה אשר מייצרת את הפלטות השקופות, העובדים ברור לי כי האורתודונט המטפל או החברה אשר מייצרת את הפלטות השקופות, העובדים -
- הוסבר לי הצורך בביצוע, צילומים ו/או הדמיה (ע"י סורק) ולקיחת מידות וזאת כדי לשלוח לייצרן את הממצאים ליצירת הפלטות השקופות המותאמות לטיפול האורתודונטי שלי. אני מודע לכך שכל אלה יוכלו ברשומות הרפואיות שלי כמידע המוגן בסודיות רפואית.
- אני מסכים/ה ומאשר/ת שמידע רפואי זה שנמצא בידי של האורתודונט שלי יועבר לחברה המייצרת את הפלטות השקופות ובמידת הצורך לרופאים אחרים להתיעצות נוספת, בין אם במדינות האיחוד האירופי או בארה"ב.
- ידוע לי שכללי הסודיות הרפואית בארה"ב שונים מאלו שבישראל ואני נותן/ת את הסכמתי למשלוח הנתונים (דאטה) הרפואיים שלי מחוץ לישראל. בנוסף, אני נותן/ת את הסכמתי לכך שהאורתודונט שלי והחברה המייצרת ישתמשו במקרה שלי למטרות מחקר ולימוד אך בעילום שם. שימושים נוספים בנתונים הרפואיים שלי כמו פרסום או שיווק ע"י החברה או האורתודונט שלי ייעשו רק עם הסכמתי החתומה מראש.
- אני מאשר/ת כי לא אנסה לגרום (וגם לא איש מטעמי) לנזק או לתיקון שיגרור רווח מכל סוג שהוא (כספי או שווה ערך כספי או אחר) הנובע משימוש בנתוניי הרפואיים הכפופים לתנאי הסכם זה.

המסמך מנוסח בלשון זכר מטעמי נוחות בלבד ומיועד לשני המינים

חתימת המטפל/ האפוסטרופוס: \_\_\_\_\_

## **ה ס כ ס**

לזכרים בלבד

שנערך ונחתם ב \_\_\_\_\_, ביום \_\_\_\_\_ לחודש \_\_\_\_\_ שנת \_\_\_\_\_

ב י ן

מכבי שירותי בריאות, מחוז \_\_\_\_\_

אגודה עותמנית מס' 227/99

מרחוב \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

(להלן: "מכבי")

מצד אחד;

ל ב י ן

\_\_\_\_\_ בע"מ, ח.פ. \_\_\_\_\_

מרחוב \_\_\_\_\_

(להלן: "הבעלים")

מצד שני;

ל ב י ן

\_\_\_\_\_ דר' - ת.ז. \_\_\_\_\_

רישיון מספר: \_\_\_\_\_

מרחוב \_\_\_\_\_

(להלן: "הרופא")

מצד שלישי;

**הואיל**

ומכבי הינה קופת חולים מוכרת המנויה בתוספת השביעית לחוק בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 (להלן: "חוק הבריאות") המספקת שירותי רפואה למבוטחיה ברחבי הארץ בין היתר באמצעות התקשרות עם ספקי שירותים רפואיים בתחום רפואת השיניים;

**והואיל**

והבעלים מצהיר, כי בבעלותו ובניהולו מרפאת שיניים בשם "\_\_\_\_\_", אשר נמצאת ברחוב \_\_\_\_\_, בעיר \_\_\_\_\_ (להלן: "המרפאה"), ואשר בה מבוצעים מכלול של טיפולים בתחום רפואת השיניים;

|               |                                                                                                                                                                                                      |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>והואיל</b> | והבעלים והרופא מצהירים, כי הרופא משמש כרופא אחראי במרפאה;                                                                                                                                            |
| <b>והואיל</b> | ומכבי פרסמה בקשה לקבלת מחיר למתן שירותי יישור שיניים בסדנים שקופים (להלן: "שירותי רפואת השיניים" או "השירותים"), והבעלים הגיש הצעה בבל"מ והצעתו הוכרזה כזוכה.                                        |
| <b>והואיל</b> | ומכבי מסכימה כי בעקבות זכייתו של המציע בבל"מ המרפאה תוגדר "כמרפאה שבהסכם" בה יוכלו מבוטחי מכבי לקבל את שירותי רפואת שיניים, והכל על-פי האמור בהסכם זה ובכפוף לכך שהרופא ישמש כרופא האחראי של המרפאה; |

### **אי לכך הוצהר, הותנה והוסכם בין הצדדים כדלקמן:**

## **1. כללי**

- 1.1. המבוא להסכם זה מהווה חלק בלתי נפרד מההסכם גופו.
- 1.2. כותרות ההסכם נועדו לנוחות בלבד ואין להשתמש בהן לשם פרשנות ההסכם.

## **2. הצהרות והתחייבויות הרופא והבעלים**

הרופא והבעלים מצהירים ומתחייבים כדלקמן:

- 2.1. כי הם בעלי הידע, הכישורים, היכולת, הניסיון וכוח האדם המתאים הדרושים על מנת לעמוד בהתחייבויותיהם בהתאם להסכם זה, וכי הם יפעלו במימוש הסכם זה על-פי כל דין.
- 2.2. כי אנשי הצוות הרפואי והפרה רפואי הפועלים ויפעלו בקשר להסכם זה במרפאה מורשים ויהיו מורשים לעסוק במקצועם על-פי כל דין, לרבות פקודת רופאי השיניים (נוסח חדש), התשל"ט-1979 והתקנות על פיה, ולבצע את שירותי רפואת השיניים למבוטחי מכבי על-פי הסכם זה במהלך כל תקופת הסכם זה.
- 2.3. כי הם מתחייבים לבצע את שירותי רפואת שיניים במרפאה על-פי הקריטריונים והסטנדרטים המקצועיים והמקובלים בארץ לטיפול שיניים כפי שיעודכנו מעת לעת, והכל באמצעות כח אדם מיומן ומוסמך, במכשור, בכלים, באמצעים ובשיטות הנדרשים על-פי ובכפוף לכל דין, לרבות תקנות, הנחיות והוראות משרד הבריאות, כפי שיעודכנו מעת לעת.
- 2.4. כי יש ויהיו בידיהם, במהלך כל תקופתו של הסכם זה או כל הסכם שיבוא תחתיו, רישיון בר תוקף של משרד הבריאות לרפואת שיניים. מובהר ומוסכם על הצדדים, כי קיומו של רישיון בר תוקף כאמור, במשך כל תקופתו של הסכם זה, מהווה תנאי הכרחי להתקשרות ולהמשך ההתקשרות בהסכם. הרופא והבעלים מתחייבים להודיע למכבי על כל שינוי שיחול בתנאי הרישיון כאמור.
- 2.5. כי הם ינהלו רשומה רפואית בהתאם לדין לכל חבר מכבי אשר קיבל את שירותי רפואת השיניים במרפאה. הרשומה תכלול, בין היתר, פרטים מזהים של החבר והרופא המטפל וכן מידע רפואי בדבר השירותים הרפואיים אשר קיבל החבר במרפאה.
- 2.6. כי המרפאה תוחזק על ידם בכל עת במשך תקופתו של הסכם זה בתנאי אסתטיקה, היגיינה וניקיון נאותים והולמים על-פי הקריטריונים הנהוגים בעולם.
- 2.7. כי הם מנהלים ספרים כחוק, וכי הם מנהלים פנקסי חשבוניות על-פי פקודת מס הכנסה וחוק מע"מ, הם נוהגים לדווח לפקיד השומה על הכנסותיהם וכן נוהגים לדווח על עסקאותיהם למע"מ בהתאם לחוק.
- 2.8. הרופא מצהיר ומאשר, כי הוא משמש כרופא האחראי במרפאה, ובמסגרת זאת הינו האחראי לאיכות הטיפול והשירות הרפואי במרפאה ולמקצועיות הצוות הרפואי במרפאה וכי יבצע פיקוח ובקרה על עבודת הצוות הרפואי במרפאה. עוד מצהיר ומתחייב הרופא, כי הטיפול והשירות הרפואי במרפאה יתבצעו בהתאם להוראות החוק ועל-פי סטנדרטים רפואיים מקובלים, תוך עמידה בהנחיות משרד הבריאות ודרישות מכבי בכל הקשור לאיכות הטיפול הרפואי, וכי המרפאה תעמוד בסטנדרטים של משרד הבריאות ודרישות מכבי. מובהר ומוסכם בין הצדדים, כי אחריותו לעיל של הרופא הינה אישית, ואין באחריותו של הבעלים כמפורט בהסכם זה לעיל ולהלן כדי לגרוע מאחריותו האישית של הרופא כאמור.

## **3. ההתקשרות**

- 3.1. הרופא והבעלים יעניקו במרפאה למבוטחי מכבי אשר יחפצו בכך את טיפולי השיניים המפורטים להלן:
- יישור שיניים בסדים שקופים, בדיקות וביקורות הנדרשות לצורך הטיפול: בדיקות משמרת וחניכיים, הסרת אבנית ויישום פלואוריד (כמופיע בנספח ג')
- 3.2. הרופא וצוות המרפאה יקבלו את מבוטחי מכבי לצורך ביצוע טיפולי השיניים, רק לאחר בדיקת זכאות המבוטח לטיפול השיניים, שתיעשה על-ידי הרופא ו/או צוות המרפאה באמצעות כניסה לאתר מאובטח באינטרנט המופעל על-ידי מכבי. לצורך כך, הרופא ואנשי הצוות הרלבנטיים במרפאה יחתמו על טופס שמירת סודיות בנוסח המצ"ב להסכם זה **נספח א'**, וזאת כתנאי לקבלת אמצעי זיהוי שיאפשר לנציג המרפאה כניסה לאתר זה ובדיקת זכאותו של כל מבוטח מכבי. עם חתימת הסכם זה, באחריות הרופא לפנות אל \_\_\_\_\_ במכבי על מנת לקבל את פרטי הכניסה לאתר כאמור.
- מכבי ו/או השב"ן יהיו רשאים, בכל עת לפי שיקול דעתם, לקבוע דרך נוספת/חלופית לבדיקת הזכאות כאמור.
- 3.3. טיפולי השיניים במרפאה יבוצעו באמצעות רופאי שיניים מיומנים ומוסמכים, אשר יהיו מקובלים על מכבי, בעלי רישיון מאת משרד הבריאות בתוקף ובעלי פוליסת ביטוח אחריות מקצועית אישית, אשר ביום חתימת הסכם זה הינם כמפורט ב**נספח ב'** להסכם. הרופא והבעלים לא יחליפו את רופאי השיניים בכל הקשור למתן טיפולי השיניים למבוטחי מכבי אלא ברופאי שיניים מוסמכים אחרים המיומנים ומוסמכים להעניק את השירותים על-פי כל דין ואשר יאושרו ע"י מכבי מראש ובכתב.
- 3.4. רישיונות משרד הבריאות של כל רופאי השיניים הפועלים במרפאה מטעם הרופא והבעלים ואישורי הביטוח בגינם מצ"ב כחלק ב**נספח ב'** להסכם זה, וככל שיצטרף לצוות המרפאה רופא שיניים חדש – רישיון משרד הבריאות והביטוח בגינו יצורף גם הוא **לנספח ב'**.
- 3.5. במקרה של טיפול שיניים לקוי ו/או שנכשל ו/או שנמצא כבלתי מספק מבחינה מקצועית ו/או שלא צלח - הרופא והבעלים מתחייבים להעניק למבוטחי מכבי טיפול חוזר ללא כל תמורה נוספת מצידם עד לתיקון הליקוי הנ"ל, וזאת עד 5 (חמש) שנים מיום סיום הטיפול, וזאת גם לאחר סיום תקופת ההתקשרות לפי הסכם זה מכל סיבה שהיא. אין באחריות לפלטת הקיבוע שבסעיף 4.3 לבקשה כדי לגרוע מהתחייבות זו.
- 3.6. שעות פעילות המרפאה על פי הסכם זה הינן כדלקמן:
- יום א', בין השעות \_\_\_\_\_ . יום ד', בין השעות \_\_\_\_\_ .
- יום ב', בין השעות \_\_\_\_\_ . יום ה', בין השעות \_\_\_\_\_ .
- יום ג', בין השעות \_\_\_\_\_ . יום ו', בין השעות \_\_\_\_\_ .
- יום שבת, בין השעות \_\_\_\_\_ .
- 3.7. המרפאה מתחייבת לזמינות של מינימום 25 מטופלים חדשים בשנה. זמן לפגישות ייעוץ- עד חודש, זמן לתחילת טיפול- עד חודש.
- 3.8. המרפאה מחויבת לענות ל-90% מהפניות הטלפוניות ולעמוד בציון של מעל 85% בסקרי שביעות רצון אותם מכבי תבצע מעת לעת.
- 3.9. הבעלים מתחייב, כי כל העובדים אותם יעסיק לצורך מתן השירותים במסגרת ההסכם יעברו או עברו הדרכה מסודרת טרם תחילת עבודתם, וכן מדי שנה, לרבות כלל ההדרכות הנדרשות בהתאם לתקנות ארגון הפיקוח על העבודה (מסירת מידע והדרכת עובדים), התשנ"ט-1999. ככל שיחסר לבעלים מידע הנדרש לו לצורך ביצוע ההדרכות האמורות, והמידע הנ"ל נמצא רק ברשות מכבי, יוכל לפנות למכבי בכתב בבקשה שתמסור לו את המידע הדרוש.
- 3.10. הבעלים והרופא לוקחים על עצמם לבצע, באחריותם ועל חשבונם, את כל ההוראות המנויות בחוזר מנכ"ל משרד הבריאות 8/2016 מיום 8.9.2016 ו/או כל חוזר שיבוא בנוסף אליו או במקומו. מבלי לגרוע מכלליות האמור, הבעלים והרופא מתחייבים להסביר לעובדים אשר יקחו חלק במתן השירותים למבוטחי מכבי במסגרת ההסכם על המחלות והחיסונים הרלוונטיים, לחסן אותם בהתאם לתכנית החיסונים המנויה בחוזר ולנהל מעקב שוטף אחר חיסוני העובדים. כל זאת, עובר למועד תחילת העבודה של כל אחד מהם. עובד שסירב לבצע איזה מהחיסונים, לא יועסק במתן השירותים למכבי במסגרת ההסכם. לפי דרישתה, הבעלים והרופא יעבירו למכבי אישור על ביצוע החיסונים.

#### 4. פרסום המרפאה כ"מרפאה בהסכם"

4.1. מכבי תדאג להודיע למבוטחי מכבי את עובדת קיומה ופעילותה של המרפאה כמרפאה שבהסכם בהינם יכולים, בהתאם לזכאותם, לקבל את טיפולי השיניים, וכן תדאג ליידע את סניפי מכבי באזור אודות הסכם זה על מנת שניתן יהיה להוציאו אל הפועל.

4.2. הבעלים והרופא יהיו רשאים לפרסם, על חשבונם, בכל מדיה שהיא, לרבות, אם ניתן הדבר, במסגרת ביטאונים ו/או ידיעונים אחרים המתפרסמים מעת לעת למבוטחי מכבי, את היות המרפאה נשוא הסכם זה מרפאה שבהסכם, ובתנאי שיעבירו לידי אנשי הקשר במכבי האמונים על כך את נוסח הפרסום. מכבי תהא רשאית להעיר לבעלים ולרופא על תוכן הפרסום ו/או נוסחו, אם לדעתה יש בו הטעיה של מבוטחי מכבי ו/או שיש בו ניגוד עניינים. בכל מקרה, לא יכלול הפרסום שימוש בסימני המסחר של מכבי ו/או לוגו מכבי.

## 5. התמורה – כללי

5.1. בגין טיפולי השיניים שיקבלו מבוטחי השב"ן (המבוטחים בתוכנית "מכבי כסף" או "מכבי זהב" או "מכבי שלי"), יהיו זכאים הרופא והבעלים לתמורה כמפורט בהצעתו שהוכרזה כזוכה בבל"מ, אשר תשולם כמפורט להלן (להלן ביחד: "**התמורה**").

5.2. השתתפות עצמית של המבוטחים:

5.2.1. הבעלים והרופא יגבו השתתפות עצמית מהמבוטחים, מכל מבוטח, בהתאם לזכאותו, לרבות על-פי תוכנית השב"ן אליה הוא משתייך, כמפורט להלן.

5.2.2. הבעלים והרופא במרפאה יעניקו את טיפולי השיניים המפורטים ב**נספח ג'** להסכם זה למבוטחים (שחברותם במכבי אומתה על-ידי הרופא וצוות המרפאה), וזאת ללא חיוב המבוטחים, למעט גביית השתתפות עצמית שתקבע במעמד ההסכם וכפי שתתעדכן מעת לעת.

5.2.3. האחריות לגביית ההשתתפות העצמית מהמבוטחים הינה על הבעלים והרופא בלבד.

5.2.4. הרופא והבעלים יפעלו בכל הנוגע למימוש הזכויות בכלל, ולתקופות ההמתנה בפרט, של מבוטחי מכבי החברים בתוכניות השב"ן השונות בהתאם להנחיות מכבי שתימסרנה להם מעת לעת.

5.2.5. הבעלים והרופא יהיו אחראים בלעדיים לגביית התשלום ממבוטחי מכבי בהתאם להסכם זה. עוד מובהר, כי אין ולא תהיה לבעלים ולרופא כל זכות לבוא בכל דרישה ו/או טענה ו/או תביעה כלפי מכבי, בכל מקרה בו חבר מכבי אשר קיבל טיפול שיניים בהתאם להסכם זה לא יעמוד בהתחייבויותיו הכספיות כלפי הבעלים והרופא.

5.3. יתרת התמורה (לאחר ניכוי ההשתתפות העצמית של החבר) תשולם כמפורט בסעיף 6 להלן.

5.4. הבעלים והרופא מתחייבים, כי מחירון הטיפולים למבוטחי מכבי נשוא הסכם זה לא ישונה במהלך כל תקופת ההתקשרות (למעט הצמדת מדד), אלא בכפוף לקבלת אישור מראש ובכתב ממכבי.

5.5. מובהר, כי התמורה הינה סופית ומוחלטת, וכוללת את כל הזמן ו/או כח העבודה ו/או ההוצאות, לרבות חומרים, הכרוכים במתן טיפולי השיניים, וכן כל מס ו/או תשלום ו/או היטל, לרבות מע"מ. הבעלים והרופא מתחייבים לא לגבות מחבר מכבי כל סכום מעבר למחירים המגיעים להם מחבר מכבי לפי הסכם זה, על נספחיו, והם מאשרים כי לא יהיו זכאים לתוספת תשלום כלשהי בגין מתן טיפולי השיניים על-פי הסכם זה מכבר לתמורה הקבועה בהסכם זה.

## 6. דיווח הרופא והבעלים ותשלומי מכבי

6.1. אחת לחודש, בראשית כל חודש, יעביר הרופא לידי מכבי, מידי חודש בחודשו, חשבון חיוב בגין טיפולים שהוענקו על ידו עבור החודש שחלף. חשבון החיוב שיועבר לידי מכבי ייערך לפי המתכונת ובאופן שיהיו נהוגים במכבי מעת לעת, ויכלול את כל הפרטים הנדרשים לצורך התשלום, וכן יצורפו אליו כל האישורים והדוחות כנדרש על-פי נוהלי מכבי.

הסבר והנחיות להעברת פירוט החשבון לתשלום מפורטים ב**נספח ה'**

6.2. מובהר, כי מסירת חשבון חיוב בגין טיפולים כאמור בסעיף 6.1 לעיל מהווה תנאי לתשלום התמורה על-ידי מכבי לרופא ולבעלים. על הבעלים והרופא להעביר חשבוניות חודשיים אלה לא יאוחר מה-15 לחודש העוקב, ובמקרים מוצדקים לא יותר מ-3 (שלושה) חודשים ממועד החשבון, וזאת כתנאי לקבלת התמורה ממכבי.

6.3. עוד מובהר, כי אם ינתנו טיפולי שיניים במרפאה למבוטחי מכבי מבלי שנעשתה בדיקת זכאות והתברר בדיעבד כי המבוטח אינו חבר בתוכנית השב"ן – אזי לא יהיו זכאים הבעלים והרופא לכל תשלום מצד מכבי.

על מנת למנוע מקרה כגון זה – על הבעלים והרופא לדאוג לוודא מראש את חברות המבוטח הנ"ל במכבי ו/או בתוכנית השב"ן ואת זכאותו לטיפול שנייים בהנחות כאמור.

6.4. מכבי תבדוק את חשבון החיוב החודשי, ולאחר בדיקתו יהווה החשבון אסמכתא לתשלום שישולם על-ידי מכבי בתנאי תשלום של שוטף + 60 (שישים) ימים מיום קבלתו, בכפוף להמצאת חשבונית מס כדין. בכל מקרה, לא תשלם מכבי יותר מאשר פעם בחודש בגין חיובים שיגיעו מהבעלים ומהרופא.

6.5. מכבי תהא רשאית לקזז כל חוב שיחוב לה נותן השירותים מכל מקור שהוא מהתמורה המגיעה לנותן השירותים על-פי הסכם זה, ובכלל זה תהא מכבי רשאית לקזז מהתמורה כל סכום שבו תישא מכבי עקב נזקים שייגרמו לה על-ידי נותן השירותים.

6.6. מכבי רשאית לעכב כל תשלום לנותן השירותים בגין כל סוג שרות שנותן השירותים חויב להעניקו על-פי הסכם זה ולא עשה כן או עשה באופן לקוי ו/או חלקי.

## **7. פרסום, שמירת סודיות ואבטחת מידע**

הבעלים והרופא מצהירים ומתחייבים כדלקמן:

7.1. כי כל פרסום בקשר להסכם זה ו/או שימוש בשמה של מכבי, לרבות בסימני המסחר שלה, כפופים לקבלת אישורה מראש ובכתב של מכבי.

### **7.2. דרישות לסודיות:**

הבעלים והרופא מצהירים ומתחייבים כדלקמן:

7.2.1. לשמור בסוד, ולא להעביר, למסור ו/או להביא לידיעת כל אדם, כל ידיעה בקשר עם ביצוע ההסכם או השירות או ידיעה שהגיעה אליהם בתוקף או במהלך או אגב ביצוע ההסכם או מתן השירות, תוך תקופת ההתקשרות, לפני תחילתה או לאחר סיומה.

7.2.2. לשמור על סודיות מוחלטת ביחס לכל המידע שנכלל במסמכי ההסכם וכן ביחס לכל מידע על ושל מכבי, עובדיה, מבוטחיה, שיטות עבודתה, נתונים הכספיים, מידע על ספקיה, מידע רפואי, מידע ניהולי, מידע עסקי, מידע פיננסי וכיו"ב נתונים, אשר יגיעו לידיעתם במסגרת ביצוע התחייבויותיהם על-פי האמור במסמכי ההסכם זה (להלן: "המידע").

7.2.3. למנוע כל פרסום ו/או גילוי של המידע בכל דרך שהיא ובכל זמן שהוא, אלא אם קיבל אישור ספציפי, לכל נושא בנפרד, בכתב, מאת מכבי ובהתאם לאישור שניתן.

7.2.4. לעשות את כל הסידורים הדרושים לשמירת המידע, להגביל את הגישה למידע אך ורק לעובדי הבעלים המורשים לכך, ולדאוג לכך שכל עובדי הבעלים, נותני השירותים והמועסקים על ידו ומטעמו לצורך ביצוע התחייבויותיו על-פי ההסכם יחתמו על כתב התחייבות אישי לשמירת סודיות כלפי הבעלים (בכל עת), בנוסח המחייב אותם לעמוד בהתחייבויות הבעלים לשמירת סודיות המפורטות בהסכם זה, וכן כלפי מכבי (בהתאם לדרישה מפורשת ולנוסח שיומץ על-ידי מכבי).

מובהר בזאת, למען הסר ספק, כי הבעלים והרופא יהיו אחראים כלפי מכבי למילוי האמור על-ידי עובדי הבעלים ו/או הפועלים מטעמו או עבורו.

7.2.5. חובת שמירת הסודיות המפורטת לעיל לא תחול על:

7.2.5.1. מידע שהיה בידי הבעלים ו/או הרופא ו/או בידי עובדי הבעלים ו/או נותני השירות מטעמו טרם ההתקשרות בהסכם זה שלא עקב הפרת התחייבות לשמירת סודיות;

7.2.5.2. מידע שנתקבל מצד ג' באופן עצמאי שלא עקב הפרת התחייבות לשמירת סודיות;

7.2.5.3. מידע שהוא או הפך נחלת הכלל שלא בגין הפרת התחייבות לסודיות של הבעלים ו/או הרופא.

7.2.5.4. מידע שחובה לגלותו על-פי דין או על-פי צו מרשות שיפוטית מוסמכת, ובלבד שהבעלים והרופא הודיעו למכבי ללא דיחוי אודות צו כאמור, ואפשרו לה להתגונן מפניו.

7.2.6. כי ידוע להם והם מסכימים שכל המידע הוא בבעלותה הבלעדית של מכבי.

7.2.7. הבעלים והרופא לא יהיו רשאים לעשות במידע שימוש שאינו לצורך ביצוע ההסכם.

7.2.8. כי ידוע להם שיתכן והם ייחשפו גם למידע רגיש ביותר, לרבות מידע אשר קיימת לגביו התחייבות מפורשת או משתמעת של מכבי כלפי צדדים שלישיים לשמור עליו בסודיות,

ואשר גילוי לאחרים או שימוש בו שלא לצורך ביצוע ההסכם עלול לגרום למכבי נזקים והפסדים ולהפרת התחייבות לשמירת המידע בסודיות, וכי הם מודעים לכך שהמידע הינו חלק מנכסיה של מכבי.

7.2.9. כי ידועות להם הוראות הדין הקובעות את חובת שמירת הסודיות, והם מודעים לסנקציות האזרחיות והפליליות (בנוסף לצעדים בגין הפרת ההסכם) להן הם צפויים אם הם או מי מעובדי הבעלים או מי מטעמו יפר הוראות אלו, לרבות (אך לא רק) הוראות חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א-1981 ותקנותיו, חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996, וכל דין רלבנטי נוסף, וכי ידוע להם שהפרת ההתחייבות האמורות מהווה עבירה לפי סעיף 118 לחוק העונשין, התשל"ז-1977.

#### 7.2.10. שמירת סודיות רפואית:

7.2.10.1. מבלי לגרוע מהאמור לעיל, הבעלים והרופא מתחייבים לשמור על-פי כל דין על סודיות המידע הרפואי בכל הנוגע למבוטחי מכבי אשר יטופלו במרפאה, והם ימלאו באופן קפדני את הוראות חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א-1981, וכן לא ימסרו כל אינפורמציה רפואית הנוגעת למבוטחים אלו מבלי לקבל לפני כן את אישורם בכתב לוותור על סודיות רפואית. הבעלים והרופא מתחייבים לדאוג לכך שכל צוות המרפאה ימלא אחר ההוראה דלעיל.

7.2.10.2. שמירת הסודיות כאמור לא תפגע בזכותה של מכבי לקבל מהבעלים ומהרופא פרטים כלשהם, בין רפואיים ובין אחרים, אודות מבוטחי מכבי שטופלו ו/או מטופלים במרפאה בהתאם לדין, לרבות לפי חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996.

#### 7.3. דרישות אבטחת מידע:

הבעלים והרופא מצהירים ומתחייבים כדלקמן:

##### 7.3.1. כללי:

7.3.1.1. אצל הספק יוגדר איש קשר אחראי לאבטחת המידע שבאחריותו לוודא את יישומן של הדרישות שיובאו להלן.

7.3.1.2. הספק מתחייב כי הנו בעל הסמכה לתקן בינלאומי לאבטחת מידע – ISO27001 או לתקן לאבטחת מידע במוסדות בריאות ISO27799

7.3.1.3. הספק מתחייב להעביר למכבי עד חודש מיום חתימת ההסכם, דוח סקר אבטחת מידע ממערכת יוב"ל, שבוצע על פי שאלון ספקים של מערך הסייבר הלאומי, לקטגוריות הבאות: דרישות רוחביות (טיפול במידע+ עבודה בחצרות הלקוח), אחסון מידע בענן (במקרה שרלוונטי). הספק מתחייב לתקן כל ליקוי מהותי שיעלה בסקר, על פי שיקול דעת והנחיות מכבי. בנספח ו' קיים פירוט על אופן ביצוע הסקר במערכת יוב"ל. דרישה זו הינה דרישה רגולטורית בסיסית לכל ספק של מכבי כארגון בריאות על פי דרישות מב"ר.

7.3.1.4. לספק יהיו נהלי אבטחת מידע מעודכנים וזמינים לעובדי הספק. מכבי רשאית לבקש מהספק בכל עת עותק מנהלים אלו.

7.3.1.5. במקרים שבהם הספק שומר מידע של מכבי המכיל פרטים מבוטחי מכבי ו/או עובדיה, הספק מצהיר כי הוא פועל כנדרש על פי חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981, התקנות מכוחו והנחיות הרשות להגנת הפרטיות במשרד המשפטים (להלן ביחד: "החוק"), וכי הוא נוקט באמצעי אבטחה ובקרה כמתחייב מהחוק.

7.3.1.6. הספק מתחייב להחתים את עובדי ושלוחיו הרלוונטיים על הצהרות סודיות, הכוללות, בין היתר, התחייבות לשמירה מוחלטת על סודיות המידע של מכבי. למען הסר ספק, ניתן לבצע שימוש בנוסח ההתחייבות לשמירת סודיות המקובל אצל הספק.

7.3.1.7. כל מידע המגיע לידי הספק ומי מטעמו יישמר ולא יעשה בו שימוש שלא לצורך הפעילות מול מכבי.

7.3.1.8. כל מידע שייחשף במסגרת מתן השירותים הנוגע למכבי ו/או למבוטחיה ו/או לעובדיה לא יועבר לצד ג' ללא אישור בכתב ממנהל אבטחת המידע והגנת הסייבר במכבי.

7.3.1.9. יש לדווח למנהל אבטחת המידע והגנת הסייבר במכבי בכל חשד לאירוע אבטחת מידע בעל השפעה על המידע של מכבי.

- 7.3.1.10. אין בהתחייבות הספק במסמך זה כדי לגרוע או להפחית מאחריותו של כל עובד שלו לגבי דרישות מסמך זה ו/או לאחריות הספק למילוי הוראותיו ע"י כל עובדיו ושלוחיו.
- 7.3.1.11. הספק מתחייב לאפשר לנציג מכבי לערוך ביקורת אבטחה בכל עת. הביקורת תבוצע בתאום עם הספק.
- 7.3.1.12. הספק אחראי להתאים את רמת אבטחת המידע שלו לסטנדרטים המקובלים בשוק.
- 7.3.2. אבטחת מסמכים
- 7.3.2.1. מסמכים ו/או תיקים ו/או כל חומר בעותק קשיח ("Hard copy") אשר הוצאו ממכבי למטרת עבודה יוחזרו חזרה לגורם שעמו מבוצעת ההתקשרות במכבי לצורך גריסה או השמדה מיד בסיום הטיפול בהם.
- 7.3.2.2. מסמכים המכילים מידע של מכבי ישמרו נעולים בארונות, מגירה, ארון או כספת שהוקצו לצורך זה בלבד.
- 7.3.2.3. הגישה למסמכים אילו תותר רק למי שעבודתם ותפקידם אצל הספק מחייבים זאת, ולכאלו שחתמו על התחייבות לשמירת סודיות מול מכבי.
- 7.3.2.4. אין להעביר מסמכים המכילים חומר מודפס של מכבי לגורמים אחרים בכל אמצעי (פקס, דואר ישראל וכו'), ללא אישור כתוב ממכבי.
- 7.3.2.5. אין להשאיר מסמכים עם חומר של מכבי על השולחן/במדפסת בסוף יום העבודה.
- 7.3.2.6. יש לגרוס מסמכים המכילים מידע של מכבי בתום השימוש בהם.
- 7.3.2.7. הספק מתחייב להודיע מידית למנהל אבטחת מידע והגנת הסייבר במכבי בגין כל חשש לפגיעה, אובדן ו/או חשיפה של מסמכים המכילים מידע של מכבי.
- 7.3.3. שימוש באמצעי mobile ומחשבים ניידים:
- במקרה שבמהלך מתן השירותים למכבי יוחזק מידע של מכבי באמצעי מחשב ניידים לדוגמא: DOK, Laptop, Mobile Phone, Tablet, מחויב עובד הספק לפעול כדלקמן:
- 7.3.3.1. הנחיות כלליות:
- 7.3.3.1.1. מחשב נייד שבאמצעותו ניתן שרות למכבי או למבוטחי מכבי – הינו מחשב לשימוש זה בלבד.
- 7.3.3.1.2. במידה והספק מספק שירות ממחשב בודד למספר לקוחות – יש להצטייד במחשב נוסף עבור מתן שרות למכבי בלבד.
- 7.3.3.1.3. אין להשתמש במחשב המשמש למתן שרות למכבי לצרכים פרטיים- השימוש הוא לצרכי עבודה בלבד.
- 7.3.3.1.4. אין להתקין על המחשב תוכנות המשמשות להורדת קבצים, מדיה כגון torrent, netflix וכו'.
- 7.3.3.1.5. מערכת הפעלה - יש להשתמש במערכת ההפעלה המעודכנת לפי סוג יצרן:
- 7.3.3.1.5.1. מחשב מבוסס Windows - יש להשתמש ב-Windows 10 בלבד.
- 7.3.3.1.5.2. מחשב מבוסס Apple - יש להשתמש במערכת ההפעלה macOS 10.14 או macOS 10.15.
- 7.3.3.1.6. חל איסור לספק שרות למכבי על גבי מחשבים אישיים/ניידים מבוססי Linux.
- 7.3.3.1.7. יש לדאוג כי מערכת ההפעלה מוגדרת לקבלת עדכונים אוטומטיים מטעם היצרן.
- 7.3.3.2. אנטי וירוס:
- 7.3.3.2.1. יש להתקין אנטי וירוס מעודכן על המחשב. במידה ולא קיים אנטי וירוס על המחשב ניתן לקבל המלצה לאנטי וירוס ממחלקת אבטחת המידע במכבי.

- 7.3.3.2.2. על האנטי וירוס להיות מוגדר לקבלת עדכונים אוטומטיים.
- 7.3.3.3. בקרת גלישה באינטרנט :
- 7.3.3.3.1. יש להתקין תוכנת בקרה לגלישה באינטרנט המאפשרת הגנה מפני אתרים זדוניים.
- 7.3.3.3.2. ניתן להשתמש בתוכנות המשלבות אנטי וירוס יחד עם תוכנת בקרת גלישה.
- 7.3.3.4. הזדהות :
- 7.3.3.4.1. על המחשב להיות מוגן באמצעות סיסמא או טביעת אצבע של נותן השרות.
- 7.3.3.4.2. במידה ומשתמשים במחשב מספר נותני שרות יש להגדיר משתמש עבור כל אחד ממשתמשי המחשב.
- 7.3.3.4.3. תנאי הסיסמא המינימליים :
- 7.3.3.4.3.1. מינימום 8 תווים ;
- 7.3.3.4.3.2. לפחות אות 1 גדולה ;
- 7.3.3.4.3.3. לפחות ספרה אחת ;
- 7.3.3.4.3.4. לפחות סימן מיוחד אחד ;
- 7.3.3.4.3.5. יש להגדיר כי הסיסמא תוחלף כל 6 חודשים ;
- 7.3.3.4.3.6. יש להגדיר כי המחשב יינעל לאחר מינימום זמן של 5 דקות ללא שימוש ויידרש הזדהות מחדש.
- 7.3.3.5. הגנה והצפנת נתונים :
- 7.3.3.5.1. יש להצפין את המחשב באמצעות תוכנה להצפנת דיסק קשיח. ניתן להשתמש בפתרונות חינוכיים כגון Microsoft Bitlocker. מכבי תוכל לספק מדריך להתקנת ההצפנה (אך לא תספק תמיכה מעבר לכך).
- 7.3.3.5.2. אין לחבר למחשב התקנים חיצוניים אשר אינם דרושים לצורך ביצוע מתן השירות, כגון התקני אחסון ניידים, טלפון חכם, מצלמה.
- 7.3.3.6. שימוש ברשתות WIFI :
- 7.3.3.6.1. יש להתחבר רק לרשתות WIFI מוכרות ומוגנות בסיסמא.
- 7.3.3.6.2. יש לדאוג כי הרשת האלחוטית מאובטחת WPA2 לפחות.
- 7.3.3.6.3. אין להתחבר ממחשב שנותן שירות למכבי לרשתות אלחוטיות לא מוכרות דוגמת בתי קפה.
- 7.3.3.7. תחזוקת המחשב :
- לפני מסירת המחשב לתחזוקה (במעבדה או מחות לידי של נותן השירות) יש לדאוג למחיקת כל מידע השייך למכבי או למבוטחיה מהמחשב.
- 7.3.3.8. הגנה פיזית על מחשבים ניידים ו-Mobile :
- 7.3.3.8.1. אמצעי ה-mobile ימצא בהשגחת עובד הספק בכל עת. במידה והעובד אינו לוקח את אמצעי המחשב הנייד עמו מסיבה כלשהי, עליו לנעול אותו במקום בטוח.
- 7.3.3.8.2. אם אמצעי ה-mobile אבד, על העובד או איש הקשר מטעם הספק לדווח מידית למנהל אבטחת המידע והגנת הסייבר ו/או לקב"ט ולפרט את סוג המידע של מכבי שהיה על אמצעי המחשב שאבד וכיצד הוא מוגן ומגובה
- 7.3.4. שימוש בשירותי ענן :
- במקרה שיבוצע שימוש בשירותי ענן, מחויב הספק לפעול כדלקמן :
- 7.3.4.1. ספק הענן יהיה ב-EU Region בלבד.

- 7.3.4.2. ספק שירותי הענן יגדיר איש קשר לנושאי אבטחת מידע(בקורות ואירועים).
- 7.3.4.3. ספק שירותי ידווח על כל חשש או אירוע מהותי בנושא אבטחת מידע וסייבר.
- 7.3.4.4. ספק הענן יודיע לארגון - ודרכו גם למכבי - על כל דרישה של הרשויות למסירה/עיון במידע של מכבי או לקוחותיה.
- 7.3.4.5. ספק הענן יודיע לארגון על כל שינוי בבעלות הספק, ויבטיח כי כל שינוי כאמור יבוצע רק בכפוף לקיום התחייבויות הבעלים החדשים כלפי הארגון, על פי חוזה ההתקשרות שנחתם עם הספק.
- 7.3.4.6. העברת מידע לשירות הענן תבוצע לאחר חתימת הספק על הסכם סודיות.
- 7.3.4.7. מכבי רשאית לבצע ביקורות ומבדקי חדירה לשירות הענן. כולל ביצוע ע"פ העניין של ביקורת פיזית באתר הספק ע"י נציגי אבטחת מידע ויחידת הביטחון של מכבי. במידת הצורך הספק יוכל לבחור בספק צד ג' המוסכם על מכבי לביצוע הבדיקות מטעמו. דוח הבדיקה במקרה זה יועבר למכבי.
- 7.3.4.8. הספק מתחייב להודיע למנהל אבטחת המידע ב- מכבי על כל פעילות של העברת מידע של מכבי ומבוטחיה לשירותי ענן.
- 7.3.4.9. על שירות הענן לעמוד בכללי הרגולציה והתקינות הרלוונטיות למכבי על פי צורך והמידע הפעיל בשירות מועבר, מועבד או מאוחסן: ISO 27799, ISO-27001, ISO-27017, PCI, חוק הגנת הפרטיות.
- 7.3.4.10. **ניהול זהויות והרשאות בענן:**
- 7.3.4.10.1. גישה לשירות (הן ניהולית והן מצד לקוח) תבצע במשתמש אישי בלבד.
- 7.3.4.10.2. בשירות יוגדר פרופיל ההזדהות בהתאם למדיניות הארגון (חוזק סיסמה, נעילה לאחר כניסות שגויות, ניתוק לאחר אי שימוש וכו').
- 7.3.4.11. **אחסון מידע:**
- 7.3.4.11.1. נתוני מכבי ימחקו מהתקני המחשוב בהם משתמש הספק לאחר סיום השימוש בהם או בתום השירות, הראשון מבניהם.
- 7.3.4.11.2. על פי צורך, תתאפשר לארגון יכולת למחיקה מוחלטת של המידע מהשירות.
- 7.3.4.12. **הצפנת המידע:**
- 7.3.4.12.1. נתונים המוגדרים כרגישים (ובכל מקרה במידע רפואי של לקוחות) יוצפנו באחסון.
- 7.3.4.12.2. ההצפנה תבוצע בהתאם לסטנדרטים המקובלים בשוק.
- 7.3.4.12.3. מפתחות ההצפנה יישמרו באופן בלעדי בידי הארגון במידת האפשר.
- 7.3.4.13. **ניטור אירועים:**
- 7.3.4.13.1. יוגדר ויופעל לוג אירועים מלא על כלל האירועים בכלל מרכיבי המערכת.
- 7.3.4.13.2. לוג האירועים יוגדר על הבאים:
- 7.3.4.13.2.1. בכל מודול ומערכת שמאחסנת מידע של מכבי.
- 7.3.4.13.2.2. בכל רכיב בשרת: מערכת הפעלה, מסד הנתונים, וה-GUI.
- 7.3.4.13.2.3. בכל רכיב במערכת: אתר משתמשים, backoffice וכו'.
- 7.3.4.13.3. לוג אירועים יופעל על האירועים הבאים:
- 7.3.4.13.3.1. כניסות למערכת – מוצלחות או כישלונות.
- 7.3.4.13.3.2. כל גישה לנתונים, כולל קריאה בלבד.
- 7.3.4.13.3.3. כל גישה ללוג האירועים, שינוי הגדרות בו או מחיקתו.

7.3.4.13.3.4 כל פעולה המבוצעת על ידי משתמש ניהול המערכת/שרת.

7.3.4.13.3.5 שינוי הגדרות מערכת. כולל שינוי במערכת המשתמשים וההרשאות.

7.3.4.13.4 רישום כל אירוע יכלול את הערכים הבאים:

7.3.4.13.4.1 מועד ביצוע הפעולה.

7.3.4.13.4.2 שם משתמש מבצע הפעולה.

7.3.4.13.4.3 כתובת מקור.

7.3.4.13.4.4 סוג ה – Client.

7.3.4.13.4.5 שם הפעולה.

7.3.4.13.4.6 סטטוס – הצלחה/כישלון.

7.3.4.13.4.7 תיאור הפעולה.

7.3.4.14 העברת מידע מהארגון לשירותי הענן:

העברת המידע תבוצע בתווך מזוהה ומוצפן.

7.4 סעיף זה, על כל סעיפי המשנה לו, הינו סעיף עיקרי בהסכם, אשר הפרתו מהווה הפרה יסודית של ההסכם.

## 8. העדר יחסי עובד - מעביד

8.1 הצדדים מצהירים ומוסכים עליהם, כי בין מכבי לבין הרופא ו/או הבעלים ו/או צוות המרפאה ו/או עובדים אחרים של הבעלים ו/או הרופא אין ולא יהיו כל יחסי עובד-מעביד ו/או יחסי שליחות, על כל המשתמע מכך. עוד מצהירים הבעלים והרופא, כי הם אינם בגדר "קבלן כח אדם", כהגדרתו בחוק קבלני כח אדם, התשנ"ו-1996 ו/או בדינים אחרים, וכי במסגרת הסכם זה ובמסגרת מתן השירותים לפיו - מכבי אינה "מעסיקה בפועל".

8.2 הרופא והבעלים מתחייבים להימנע מכל מעשה ו/או מחדל העלול ליצור את הרושם כי הם ו/או צוות המרפאה ו/או עובדים מטעמם במרפאה הינם עובדי מכבי, ו/או כי היחסים ביניהם ו/או בין צוות המרפאה ו/או עובדים מטעמם במרפאה לבין מכבי שונים בצורה כלשהי מהאמור והקבוע בהסכם זה.

8.3 בשום מקרה לא יהיו הבעלים ו/או הרופא ו/או צוות המרפאה ו/או עובדים מטעמם במרפאה זכאים לתשלום ו/או זכויות כלשהן ממכבי, לרבות זכאות לפיצויי פיטורין או פיצוי פרישה כלשהם אחרים, בין אם הגיעה ההתקשרות בין הצדדים לסיומה ביוזמת מכבי ובין ביוזמת הבעלים והרופא ו/או מי מטעמם. מבלי לגרוע מהאמור לעיל, הבעלים ו/או הרופא ו/או צוות המרפאה ו/או עובדים מטעמם במרפאה לא יהיו זכאים ממכבי, ומכבי לא תהא חייבת להם, כל משכורת, חופשה שנתית או חופשה אחרת או דמי חופשה, חופשת מחלה או כל זכות או טובת הנאה אחרת הקשורה על-פי כל דין ביחסי עבודה, ותשלומים אלו יחולו באופן בלעדי על הבעלים והרופא כמעסיקיהם של עובדים אלו.

8.4 מוסכם בין הצדדים, כי באם בית משפט כלשהו או גורם מוסמך אחר יחליט, למרות כוונת הצדדים המפורשת, כי הבעלים ו/או הרופא ו/או צוות המרפאה ו/או עובדים מטעמם במרפאה הינם עובדי מכבי ו/או כי על מכבי חלה חובת תשלום כלשהי ביחס למי מהם, אזי מתחייבים הבעלים והרופא לשפות את מכבי על כל הוצאה ו/או נזק שיגרמו לה עקב כך. מבלי לגרוע מהאמור לעיל, והיה וייקבע כאמור, מתחייבים הבעלים והרופא להחזיר למכבי סך בשקלים השווה ל-30% (שלושים אחוזים) מסך כל התשלומים אשר שולמו לבעלים ולרופא במשך כל תקופת ההתקשרות עם מכבי, בצרוף ריבית והצמדה כדין ממועד תשלומם ועד למועד השבתם למכבי.

8.5 הבעלים והרופא מתחייבים, באופן בלתי חוזר, לשפות ו/או לפצות את מכבי בגין כל סכום ו/או תשלום שיהיה על מכבי לשלם עקב חיוב שיוטל עליה, לרבות שכ"ט עו"ד, שיסודו בקביעה כי המצב העובדתי ו/או המשפטי שונה מהמוצהר בסעיף זה.

## 9. אחריות וביטוח

9.1 מבלי לגרוע מן האמור בהסכם זה, הבעלים והרופא לבדם יהיו אחראים לכל נזק ו/או אובדן ו/או פגיעה ו/או הפסד, לרבות נזק תוצאתי מכל סוג וללא יוצא מן הכלל, שייגרמו למכבי ו/או למבוטחיה ו/או יורשיהם ו/או שאריהם ו/או צד שלישי כלשהו עקב ו/או בקשר עם מתן טיפולי השיניים

במרפאה על-ידי הבעלים והרופא ו/או צוות המרפאה, עובדיהם וכל מי שמטעמם כמפורט ומוגדר בהסכם זה או על פי כל דין.

9.2. הבעלים והרופא מתחייבים לפצות ו/או לשפות את מכבי, על פי דרישה ראשונה, בגין כל נזק ו/או הוצאה כאמור, לרבות הוצאות ושכר טרחת עורכי דין בגין תביעה שתוגש כנגד מכבי, שייגרמו למכבי כתוצאה מאירוע שהינו באחריותם של הבעלים ו/או הרופא ו/או מי מטעמם, על פי הסכם זה או על פי כל דין.

9.3. מבלי לגרוע מאחריות הבעלים והרופא על-פי הסכם זה ו/או על פי כל דין, ממועד תחילת הסכם זה או ממועד תחילת מתן השירותים על-פי הסכם זה, לפי המוקדם, מתחייבים הבעלים והרופא לערוך ולקיים, על חשבונם, למשך כל תקופת ההסכם, לרבות כל הארכה שלו, את ביטוח האחריות המקצועית המפורט להלן ואת הביטוחים המפורטים באישור עריכת הביטוחים המצ"ב **כנספת ה'** להסכם זה ומהווה חלק בלתי נפרד הימנו (להלן: **"ביטוחי הבעלים והרופא"**).

9.4. מבלי לגרוע מהאמור באישור עריכת הביטוחים (נספח ה') יובהר, כדלקמן:

9.4.1. **ביטוח חבות מעבידים** - יבטח את חבות הבעלים והרופא כלפי עובדיהם המועסקים על ידם על-פי פקודת הנזיקין (נוסח חדש) ו/או על-פי חוק האחריות למוצרים פגומים, התש"ס-1980. הביטוח אינו כפוף להגבלה, בין היתר, בדבר ימי שעות עבודה, עבודות בגובה, קבלנים, קבלני משנה ועובדיהם (ככול שייחשבו לעובדי הבעלים והרופא) והעסקת נוער כחוק. הביטוח מורחב לשפות את מכבי, ככל שתחשב למעבידה של מי מעובדי הבעלים והרופא.

9.4.2. **ביטוח אחריות כלפי צד שלישי** - יבטח את חבות הבעלים והרופא על-פי דין בגין פגיעה ו/או אובדן ו/או נזק שייגרמו לגופו ו/או לרכושו של כל אדם ו/או גוף כלשהו. הביטוח אינו כפוף להגבלה, בין היתר, בדבר חבות הנובעת מאש, התפוצצות, פריקה וטעינה, הרעלה, כל דבר מזיק במאכל ובמשקה, שביתה והשבתה. הביטוח מורחב לשפות את מכבי ו/או הבאים מטעמה בגין אחריותם למעשי ו/או מחדלי הבעלים והרופא ו/או מי מטעמם, בכפוף לסעיף אחריות צולבת. רכוש מכבי ייחשב כרכוש צד ג', ולעניין רכוש מכבי לא תחול הגבלה בדבר רכוש הנמצא בחזקתם ו/או בפיקוחם ו/או בשליטתם ו/או בהשגחתם של הבעלים והרופא ו/או רכוש שפועלים בו.

9.4.3. **ביטוח אחריות מקצועית רפואית:**

9.4.3.1. הבעלים והרופא מתחייבים לבטח את החבות המקצועית שלהם ושל הרופאים הפועלים מטעמם, וכן את החבות של הצוות הפארה-רפואי וכל הפועלים מטעמם ו/או בשמם ו/או בעבורם ו/או בשליחותם (להלן: **"הצוות הלא-רפואי"**), בגין נזק גוף ו/או היזק נפשי ו/או מוות ו/או מחלה ו/או חולי, כולל כל הנזקים התוצאתיים, בשל מעשה ו/או מחדל מקצועי ו/או הפרת חובה מקצועית ו/או טעות שמקורם ברשלנות, טעות, מחדל או השמטה אשר אירעו תוך כדי ו/או עקב מתן השירותים (כמוגדר בהסכם).

9.4.3.2. חבותם המקצועית של הבעלים והרופא ושל כל אחד מהרופאים הפועלים מטעמם לא תפחת מסך של \$ 2,500,000 (שני מיליון וחמש מאות אלף דולר ארה"ב) לתביעה ולתקופה, וזאת למשך כל התקופה בה קיימת אחריות על-פי הסכם זה או על-פי כל דין.

חבותם המקצועית של הצוות הלא-רפואי בשל מעשה רשלנות לא תפחת מסך של \$ 1,000,000 (מיליון דולר ארה"ב) לתביעה ולתקופה.

9.4.3.3. הבעלים והרופא מסכימים ומאשרים בזאת, כי במקרה שהביטוח לא יחודש, מסיבה כלשהי, אזי בפוליסה תחול תקופת גילוי נזקים ותביעות מוארכת, למשך 24 (עשרים וארבעה) חודשים מהמועד בו פג תוקף הביטוח, וכל אירוע שאירע בתקופת הביטוח ושעליו תימסר הודעה במהלך תקופת הגילוי המוארכת, ייחשב לכל נושא ועניין כאירוע עליו נמסרה ההודעה במהלך תקופת הביטוח.

9.5. הביטוחים ייערכו על-ידי הבעלים והרופא ועל חשבונם בחברת ביטוח מורשית כחוק לעריכת ביטוחים בישראל.

9.6. הבעלים והרופא מתחייבים למלא אחר כל תנאי הביטוחים הנזכרים בסעיף זה, והם מתחייבים, בין היתר, לשלם את דמי הביטוח במלואם ובמועד, לדאוג ולוודא כי פוליסות ביטוחי המרפאה תחודשנה מעת לעת, לפי הצורך, ותהיינה בתוקף במשך כל תקופת ההסכם. כן מתחייבים הבעלים והרופא לא לעשות כל מעשה שיש בו כדי לצמצם ו/או להפקיע את תוקף הביטוח, ולהמציא לבקשת מכבי אישורים על תשלומי הפרמיות. יודגש, כי הבעלים והרופא יישאו בכל מקרה בסכומי ההשתתפויות העצמיות הנקובים בביטוחי הבעלים והרופא.

- 9.7. ללא צורך בכל דרישה מצד מכבי, מתחייבים הבעלים והרופא להמציא למכבי, לא יאוחר מ-7 ימים לפני מועד תחילת הסכם זה, אישור בדבר קיום ביטוח אחריות מקצועית רפואית כשהוא חתום כדין על ידי המבטח וכן העתק מפוליסות הביטוח.
- 9.8. מובהר בזאת, כי ככל שיועסקו רופאים על ידי הבעלים והרופא ו/או מטעם במתן השירותים נשוא ההסכם והם אינם מבוטחים במסגרת פוליסת הביטוח לאחריות מקצועית שהציגו הבעלים והרופא, מתחייבים הבעלים והרופא לוודא כי לרופאים אלה קיימת פוליסת ביטוח אחריות מקצועית אישית בהתאם לתנאי אישור עריכת הביטוחים לעיל.

## **10. נגישות לאנשים עם מוגבלות**

- 10.1. הרופא מצהיר ומתחייב, כי המקומות ו/או הנכסים, לרבות המרפאה, בהם הוא מספק שירותים על-פי הסכם זה, הינם ויהיו בכל עת שהיא נגישים לאנשים עם מוגבלויות על-פי כל דין, לרבות על-פי חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, התשנ"ח-1998, על-פי חוק התכנון והבניה, התשכ"ה-1965 ועל-פי כל תקנה וצו מכוחם, הקיימים כיום וכפי שיהיו בעתיד, לרבות בכל הקשור לנגישות פיזית ו/או נגישות השירות וכיו"ב, והוא מתחייב לעשות בעצמו ועל חשבונו כל הנדרש על פיהם ו/או על-פי הוראות מכבי מעת לעת ובמועדים שייקבעו על-ידי מכבי.
- 10.2. אי קיום האמור לעיל או הפרת התחייבות או חובה כלשהי כאמור יהוו הפרת הסכם יסודית אשר תקנה למכבי זכות לכל סעד על-פי כל דין, לרבות הזכות לאכיפה או להורות על ביטול מידי של ההסכם, ולרופא אין ולא תהיה כל טענה ו/או דרישה ו/או תביעה בכל דבר ועניין הקשור והנובע מכך.
- 10.3. למען הסר ספק מובהר בזאת, כי אין ולא תהיה למכבי כל אחריות לוודא או לערוך בקרה בדבר קיום הנגישות כאמור לעיל, וכל דבר ועניין הקשור בכך הינם באחריות בלעדית של הרופא. הרופא ישפה את מכבי בגין כל נזק שייגרם לה בקשר לאמור לעיל, לרבות עקב הפרת התחייבותיו לעיל.

## **11. רגולציה**

- 11.1. הבעלים והרופא מצהירים, כי ידוע להם שמכבי הינה גוף ציבורי הכפוף להוראות חוק שונות, לרבות חוק חובת מכרזים, ולהוראות הרגולטוריים השונים, לרבות משרד הבריאות.
- 11.2. לפיכך, בכל מקרה של הנחיה רגולטורית או צו בית משפט בנוגע להתקשרות בין הצדדים, תהא רשאית מכבי להפסיק לאלתר את ההתקשרות בין הצדדים, מבלי שלבעלים ולרופא תהא טענה ו/או דרישה ו/או תביעה כלפי מכבי בשל כך.

## **12. בקרות**

- 12.1. מכבי שומרת את הזכות להפעיל אישור מקדים לפעולות-טיפול שניניים, אשר יעודכנו מעת לעת.
- 12.2. מכבי תהא רשאית מעת לעת, על פי שיקול דעתה, לבצע פיקוח ובקרה מקצועיים על ידי מומחים מטעמה, פיקוח ובקרה חשבונאיים מטעמה במרפאה בכל הנוגע לטיפול השניניים הניתנים למבוטחי מכבי, לרבות מבוטחי השב"ן (להלן: "**הביקורת**").
- 12.3. מכבי רשאית להגיע לבקרות פתי במרפאה או להפעיל לקוח סמוי
- 12.4. כל אחד מהמקרים הבאים ייחשב הפרה יסודית של ההסכם, שבגינה תהא מכבי רשאית להפסיק באופן מידי את ההתקשרות עם הבעלים והרופא, מבלי שלרופא ו/או לבעלים תהא טענה בגין כך:
- 12.4.1. ממצאים חמורים המסכנים את בטחון ובריאות המטופלים;
- 12.4.2. אי תיקון ליקויים שנתגלו בביקורת תוך פרק הזמן הניתן לתיקון על ידי מכבי, או אם לא ניתן אז תוך 14 ימים;
- 12.4.3. אי מתן מענה מלא ומספק לליקויים שעלו מביקורת כאמור תוך פרק הזמן הניתן לתיקון על ידי מכבי, או אם לא ניתן אז תוך 14 ימים;
- 12.5. מבלי לגרוע מכל האמור בהסכם זה ומכל סעד ו/או תרופה להם זכאית מכבי לפי כל דין, בהתקיים איזה מהמקרים דלעיל, תהא רשאית וזכאית מכבי לקזז את סכומי כל הטיפולים שאינם מוצדקים ו/או שלא ניתן להם הסבר מספק מהתשלומים השוטפים המגיעים לרופא ולבעלים ממכבי.
- בוצע קיזוז כאמור, באחריות הרופא והבעלים לבצע את כל ההתאמות הנגזרות מקיזוז כאמור, לרבות תיקון חשבוניות, דיווח מתאים לרשויות מע"מ וכיו"ב.

## **13. תקופת ההתקשרות וסיומה**

- 13.1. הסכם זה הינו לתקופה בלתי קצובה (לעיל ולהלן: **"תקופת ההתקשרות"**), כאשר כל צד רשאי, ללא כל צורך בנימוק, לסיים את ההתקשרות בין הצדדים, ובלבד שמסר על כך לצד השני הודעה בכתב לפחות 90 (תשעים) יום מראש.
- 13.2. על אף האמור לעיל מובהר, כי השנה הראשונה להסכם זה הינה שנת ניסיון, במהלכה תהא למכבי הזכות לסיים את ההסכם, בכל עת, בהודעה מוקדמת בכתב של 45 (ארבעים וחמישה) יום.
- 13.3. ידוע לבעלים ולרופא, כי תנאי להתקשרותה של מכבי עמם בהסכם זה הינו היותו של הרופא הרופא האחראי במרפאה. לפיכך, תנאי מפסיק לקיום הסכם זה הינו אם הרופא יפסיק, מכל סיבה שהיא, לשמש כרופא אחראי במרפאה. **חדל הרופא מלשמש כרופא האחראי במרפאה - יתבטל הסכם זה לאלתר, על כל נספחיו.**
- 13.4. על אף האמור לעיל, מוסכם ומוצהר בין הצדדים, כי מכבי תהא רשאית להביא את ההסכם לקיצו לאלתר בקרות איזה מבין מקרים הבאים, וזאת מבלי לגרוע בכל סעד ו/או תרופה ו/או זכות נוספים המוקנים למכבי על-פי הוראות הסכם זה ו/או על-פי הוראות כל דין:
- 13.4.1. אם הבעלים והרופא הפרו הפרה יסודית את ההסכם או הפר הוראה שאינה יסודית מהוראות הסכם זה, ולא תיקנו את ההפרה תוך 7 ימים מיום שקיבל התראה בכתב על ההפרה.
- 13.4.2. אם הבעלים והרופא גרמו בפעילותם נזק לשמה הטוב של מכבי.
- 13.4.3. אם מי מבין הבעלים ו/או הרופא ו/או הרופאים מטעמו ו/או צוות המרפאה היה מעורב בגרימת נזק למכבי ו/או לחבר מכבי, עקב רשלנות חמורה או זדון.
- 13.4.4. אם מי מבין הבעלים ו/או הרופא ו/או הרופאים מטעמו ו/או צוות המרפאה עבר עבירה פלילית הקשורה במתן השירותים על-פי הסכם זה ו/או היה מעורב בעבירה כאמור.
- 13.4.5. אם הבעלים ו/או הרופא הוכרזו כפושט רגל ו/או ניתן כנגד מי מהם צו פירוק ו/או צו להקפאת הליכים או מונה כונס נכסים לנכסיו, לרבות כונס נכסים זמני.
- 13.4.6. אם הצהרה מהצהרות הבעלים והרופא התגלתה כלא נכונה או כלא מלאה, ו/או הפכה ללא נכונה או לא מלאה במהלך תקופת ההסכם.
- 13.4.7. אם התנאי המפסיק הקבוע בסעיף 13.3 לעיל נכנס לתוקף.
- 13.4.8. אם הבעלים ו/או הרופא ו/או מרפאתו לא יעמדו בהוראות כל דין, לרבות ובכלל זה הנחיות מכבי ו/או חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, התשנ"ח-1998 ו/או תקנות לפיו.
- 13.4.9. אם התקיים איזה מהמקרים המפורטים בסעיף 12.4 לעיל.
- 13.5. הסתיימה תקופת ההתקשרות מכל סיבה שהיא, מתחייבים הבעלים והרופא כדלקמן:
- 13.5.1. להמשיך במתן שירותי רפואת השיניים למבוטחי מכבי שכבר החלו בביצועם, וזאת עד לסיום אותם טיפולים, למעט אם החבר בחר שלא להמשיך בטיפול אצל הבעלים והרופא או למעט במקרים שמכבי תורה לבעלים ולרופא אחרת.
- 13.5.2. להעביר למכבי רשימה מלאה ומפורטת של כלל מבוטחי מכבי המטופלים במרפאה, הכוללת פרטי טיפולים טרם בוצעו; תשלומים שבוצעו עבור טיפולים עתידיים ולא הוחזרו וכיו"ב.
- 13.5.3. לפעול בהתאם להוראות והנחיות מכבי, לרבות (אך לא רק) יידוע מבוטחי מכבי אודות סיום ההתקשרות ומתן אפשרות לקבל החזר עבור טיפולים ששולמו מראש.
- בחר מטופל שלא להמשיך במרפאה טיפולים ששולמו על ידו מראש (או הודיעה מכבי רופא ובעלים כי אין להמשיך ליתן טיפולים למבוטחי מכבי), מתחייבים הרופא והבעלים להחזיר למטופלים כאמור את מלוא הכספים ששולמו על ידם מראש עבור טיפולים עתידיים כאמור.
- הפרת התחייבות כאמור תקנה למכבי זכות לקזז כספים אלה מתשלומים שהרופא והבעלים זכאים לקבל בגין פעילות המרפאה עד מועד סיום ההתקשרות, וזאת מבלי לגרוע מכל סעד ו/או תרופה להם זכאית מכבי לפי כל דין.
- 13.6. בכל מקרה של סיום ההתקשרות בין הצדדים, מכל סיבה שהיא, יפעלו הבעלים והרופא (ככל הניתן ובמידת האפשר) למחוק את המידע על מבוטחי מכבי האגור במערכותיהם.
- אם וככל שמידע על מבוטחי מכבי נשאר במערכות המידע של הבעלים לאחר תום תקופת ההתקשרות, מתחייבים הבעלים והרופא להמשיך ולנקוט את אותם אמצעי אבטחת המידע והגנת הפרטיות כנדרש בחוק ובתקנות להגנת הפרטיות ועל-פי ההנחיות התקפות על פיהן הם פועלים כל עוד הם ממשיכים לעסוק בפעילותם.

האמור לעיל תקף גם למערכות צד ג' מטעם הבעלים במידה ומידע על מבוטחי מכבי הועבר לצד ג' כחלק מהסכם זה.

13.7. אם וככל שהבעלים יפסיק כליל את פעילותו, מתחייבים הבעלים והרופא לפנות לממונה אבטחת המידע במכבי לצורך קבלת הנחיות פרטניות לעניין אבטחת המידע, הגנת הפרטיות ושמירת רציפות הטיפול הרפואי על מבוטחי מכבי שמידע אודותיהם מצוי במערכות הבעלים.

#### **14. שונות**

14.1. מתן אורכה ו/או הימנעות מפעולה במועדה ו/או אי מימוש זכות כלשהי או סעד כלשהו על ידי אחד הצדדים להסכם, לא ילמדו גזירה שווה, לא יחשבו כוויתור על זכויות וסעדים על פי הסכם זה ו/או על פי דין, ולא ישמשו כמניעה לכל תביעה ו/או לזכאות לכל סעד.

14.2. כל שינוי ו/או תוספת להסכם זה יהיו ברי תוקף אך ורק אם יערכו בכתב ויחתמו על ידי שני הצדדים.

14.3. הבעלים והרופא לא יהיו רשאים להעביר, להסב או להמחות זכויותיהם ו/או חובותיהם על פי הסכם זה לצד ג' כל שהוא.

14.4. כתובות הצדדים הן כמפורט במבוא להסכם זה. כל הודעה בקשר להסכם זה שתישלח בדואר רשום על ידי צד למשנהו על פי הכתובת כמפורט לעיל, תחשב כאילו התקבלה על ידי הצד אליו נשלחה תוך 3 ימים מיום המשלוח, ובמקרה בו נמסרה ביד - בעת המסירה בפועל.

#### **ולראיה באו הצדדים על החתום:**

---

**הבעלים**

---

---

**מכבי**

---

## נספח א'

תאריך: \_\_\_\_\_

לכבוד

מכבי שירותי בריאות

רחוב המרד 27, תל-אביב

(להלן: "מכבי")

### הצהרות והתחייבויות של עובד/ת מרפאה

אני הח"מ, \_\_\_\_\_, ת"ז \_\_\_\_\_, מצהיר/ה ומתחייב/ת בזאת כדלקמן:

1. הנני עובד/ת במרפאת שיניים \_\_\_\_\_ (להלן: "המרפאה"), אשר נמצאת ברח' \_\_\_\_\_, ב\_\_\_\_\_.
2. המרפאה פועלת במסגרת הסכם שמקנה למבוטחי מכבי ומבוטחי שירותי הבריאות הנוספים "מכבי שלי" "מגן כסף"-"מגן זהב" במכבי הנחות במחירי הטיפולים, וזאת בהתאם להסכם מיום \_\_\_\_\_ שנחתם בין דר' \_\_\_\_\_ לבין מכבי (להלן: "ההסכם").
3. ידוע לי כי לצורך בדיקת זכאותו של חבר מכבי לקבלת ההנחות, אקבל מאת מכבי קוד זיהוי שיאפשר לי קבלת פרטים אודות חבר מכבי (חברות ב"מגן זהב" / "מגן כסף", מועד תחילת חברות) אשר יבקש לקבל שירותי רפואת שיניים במרפאה.
4. לצורך כך אני מצהיר כי הפרטים שמולאו על ידי בטופס המצ"ב כנספח 1 לכתב התחייבות זה, הינם מלאים ונכונים.
5. אני מצהיר/ה ומתחייב/ת, כי ידוע לי שבמסגרת האמור תהא לי גישה למידע פרטי אודות מבוטחי מכבי, ואני מתחייב/ת לא לעשות במידע כאמור כל שימוש שלא במסגרת תפקידי ולצורך מימוש ההסכם ובדיקת זכאותם של מבוטחי מכבי לקבלת ההנחות.
6. כמו כן, ידועה וברורה לי רגישותו המיוחדת של המידע הנ"ל, והצורך בשמירה קפדנית על חיסונו.
7. הנני מצהיר/ה ומאשר/ת, כי הובהר לי שהמידע שייחשף בפני ו/או יועבר לידי הינו רכוש מכבי, וכי המידע יועבר אלי ו/או ייחשף בפני אך ורק על מנת שאוכל להשתמש בו לצורך ביצוע התחייבויותי של המרפאה על-פי ההסכם.
8. ידוע לי כי קוד הזיהוי נמסר לי באופן אישי ולשימושי בלבד, והנני מתחייב/ת לא להעביר ו/או למסור לכל אדם אחר את קוד הזיהוי הנ"ל, ולנקוט באמצעי זהירות סבירים לצורך שמירה על סודיותו.
9. ידוע לי, כי גילוי, מסירה או שימוש שלא לצורך ההסכם בקוד הזיהוי ו/או בפרטים אודות מבוטחי מכבי שאיננו עליהם כאמור, עלולים לגרום נזק למכבי ו/או למבוטחיה ו/או לכל הגורמים הקשורים עמה, ולפיכך הנני מתחייב/ת:
  - (1) לשמור על קוד הזיהוי מפני כל שימוש לרעה על-ידי אדם אחר.
  - (2) לא להעביר בכל דרך שהיא את קוד הזיהוי לאדם אחר ולמנוע העברתו לאדם אחר.
  - (3) לא לאפשר לכל אדם אחר להשתמש בקוד הזיהוי שאקבל ממכבי.
  - (4) להודיע ללא דיחוי לאחראי על בטיחות מידע במרפאה על כל חשד של שימוש בקוד הזיהוי על-ידי אדם אחר.
9. הובא לידיעתי, כי הפרת ההתחייבויות הנ"ל או אי קיומן במלואן, מהווה עבירה פלילית ועוולה אזרחית על-פי חוק. הנני מודעת/ת ומבין/ה, כי מסירת מידע שהגיע אלי עקב ביצוע ההסכם, לאדם שלא היה מוסמך לקבלה, או שימוש במידע שלא לצורך ביצוע פעילותי במסגרת ההסכם, וללא קבלת אישור מוקדם ממכבי, מהווה עבירה פלילית לפי סעיף 118 לחוק העונשין, התשל"ז-1977.
10. התחייבויות אלו כמפורט במסמך זה תעמודנה בתוקפן גם לאחר תום ההסכם, ולתקופה בלתי מוגבלת.

ולראיה באתי על החתום:

שם העובד/ת: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

**נספח להצהרות והתחייבויות של עובד/ת מרפאה**

**פרטים אישיים:**

|  |                 |
|--|-----------------|
|  | שם פרטי         |
|  | שם משפחה        |
|  | שם פרטי באנגלית |
|  | שם משפחה אנגלית |
|  | מס' ת.ז.        |
|  | תפקיד           |
|  | שם המרפאה       |
|  | כתובת המרפאה    |
|  | טלפון המרפאה    |

נספח ב'

רשימת רופאי שיניים ואסמכתאות כמפורט בהסכם

| מס' | שם הרופא | מס' ת.ז. | מס' רישיון<br>ובדיקת צרוף העתק<br>כאסמכתא (יש לסמן ✓) | בדיקת צירוף<br>העתק מביטוח<br>אחריות מקצועית<br>(יש לסמן ✓) |
|-----|----------|----------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
|     |          |          |                                                       |                                                             |
|     |          |          |                                                       |                                                             |
|     |          |          |                                                       |                                                             |
|     |          |          |                                                       |                                                             |
|     |          |          |                                                       |                                                             |

נספח ג':

מחירים:

| הנחה | מחיר כולל<br>השתתפות<br>עצמית של<br>החבר | פריט                                                                                                                                                             |
|------|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|      | 200                                      | בדיקת אורתודנט/ רופא העוסק<br>בתחום סדים שקופים עם ניסיון של<br>5 שנים . החיוב יעשה אם מטופל<br>לא סגר תוכנית טיפול, ויקוזז אם<br>יתחיל ת"ט (יכלל בתוכנית המלאה) |
|      | 750                                      | צילומים (אם נדרש והמטופל הגיע<br>ללא סט צילומי אורתודנטיה)                                                                                                       |
|      | 17000                                    | טיפול מלא כולל לפי תכולת סעיף<br>4.2 בבקשה (לא כולל סט צילומים)                                                                                                  |
|      | 1200                                     | פלטת קיבוע לאחר תום תקופת<br>אחריות                                                                                                                              |

## נספח ד'

### מערכת מד"ח – מידע כללי

מערכת מד"ח הינה מערכת אינטרנטית שניתן להיכנס אליה באמצעות כתובת URL מכל מחשב בעל גישה אינטרנטית, ומכל מקום. באמצעות מערכת זו ניתן לבצע בצורה נוחה וידידותית בדיקת זכאותו של המבוטח לקבלת השרות וגובה ההשתתפות העצמית אותה יש לגבות ממנו. מכבי תאפשר לספק לעשות שימוש, באמצעות תשתית האינטרנט של הספק ועל חשבון, במערכת מד"ח. לספק יישלח מסמך הנחיות מפורט לגבי אופן השימוש ותפעול המערכת.

דרישות תשתית - באחריות הספק לוודא כי לכל המטפלים/המכונים/הסניפים מטעמו, אליהם מתייחס הסכם זה יהיו מחשבים עם קישור לאינטרנט. כמו כן, נדרשת הצבת אמצעי זיהוי כדוגמת קורא כרטיסים או אמצעי זיהוי ביומטרי, עפ"י הנחיית מכבי.

דרישות במערכת :

Windows 7

דפדפן – אקספלורר 8 או גבוה יותר, כרום, FIERFOX

אקסל לטובת דוחות .

דיווח שמות המשתמשים ורשימת המטפלים/המכונים/הסניפים - הספק יעביר למכבי רשימה מפורטת של פרטי המטפלים/המכונים/הסניפים מטעמו ופרטי אנשי קשר בכל מכוון. עם קבלת הרשימה ואישורה תעביר מכבי לספק לכתובת דוא"ל אשר תימסר על-ידו שם משתמש וסיסמא עבור כל משתמש בסניפים/במכונים מטעמו.

כל עובד/משתמש במערכת יחתום על טופס שישלח ממכבי "טופס שמירה על סודיות" (מצורף כנספח להסכם ההתקשרות עם הספק). לאחר קבלת הטופס ממכבי יקבל המשתמש סיסמא לצורך כניסה למערכת. הסיסמאות הן אישיות ואסור להעבירן בין העובדים.

תפעול המערכת הינו באמצעות העברת כרטיס מגנטי של המבוטח בקורא הכרטיסים הייעודי לכך.

גביית השתתפות עצמית – המערכת תציג לספק את גובה ההשתתפות העצמית שעליו לגבות מהמבוטח, בהתאם לנהלי מכבי ולהסכם ההתקשרות עם מכבי. בזמן בדיקת הזכאות הספק יכול לראות מה סכום ההשתתפות העצמית שהמבוטח צריך לשלם ומה הסכום שמכבי תשלם לספק עבור הטיפול/ השירות.

דיווח פעילות - באמצעות המערכת ידווח הספק למכבי על מתן השרות/ הטיפול למבוטח, תאריך מתן השרות / הטיפול ופרטים רלוונטיים נוספים. במקרים בהם בדיקת זכאות המבוטח מבוצעת קודם ליום ביצוע/מתן השרות/הטיפול בפועל, יבוצעו בדיקת זכאות נוספת ודיווח פעילות ביום מתן השרות בפועל. התמורה לספק תשולם, בכפוף להגשת חשבונית ובהתבסס על דיווח הפעילות בהתאם להנחיות השימוש במערכת, דהיינו- טיפולים שבוצעו בפועל ושנקלטו במערכות מכבי באופן האמור מעלה.

אחת לחודש, יפיק הספק באמצעות המערכת דוח בקרה חודשי ויבצע סגירת חודש הפעילות במערכת.

**מוקד התמיכה של מכבי ( 03-5141000 )** פועל בימים א' עד ה' שעות 08:00-20:00 וביום ו' 08:00-13:00, מוקד זה נותן תמיכה למשתמשים במערכת.

## **נספח ה': הנחיות לדיווח ספק לצורך קבלת תשלום ממכבי**

1. מכבי שירותי בריאות מנהלת את חשבונותיה בדרך ממוחשבת בלבד. לשם כך פיתחנו מערכת אותה אנו מעניקים למכונים השונים. מערכת מד"ח הינה מערכת אינטרנטית שאינה דורשת הטמעה והתקנה במערכות של הספק.
2. לאחר הקמת ההסכם במערכות מכבי יישלחו אליכם לכתובת המייל שמופיעה בפרטי ההתקשרות שם משתמש, סיסמת כניסה למערכת מד"ח ומדריך למשתמש.
3. מספר דגשים בהעברת דרישת התשלום:  
**כעוסק מורשה** יש להעביר חשבונית מקור-באפשרותך לבחור הגשת דרישת חיוב באמצעות:
  - חשבונית עסקה ולאחר קבלת תשלום יש להעביר חשבונית מס בגין הסכום הסופי שהתקבל בחשבון הבנק - נא לשים לב שלא ניתן יהיה לשחרר את התשלום העוקב עד לקבלת חשבונית המס!
  - חשבונית מס מראש ולאחר התשלום להעביר קבלה – ככל שיבוצע ניכוי מסכום החשבונית, מומלץ להעביר חשבונית מס זיכוי בסכום הניכוי על מנת להתקזז על המע"מ.  
נא לעדכן מראש את האופציה העדיפה עליך.
  - יש לציין בפרטי החשבונית: לכבוד מכבי שירותי בריאות, את חודש הפעילות בגינו נדרש התשלום, חתימה, תאריך, וסה"כ לחיוב - ניתן לציין את סך העלות כולל מע"מ ללא פירוט חישוב המע"מ.  
**כעוסק פטור** יש להעביר דרישת חיוב/תשלום (הקובץ המצורף).
4. יש להעביר את החשבוניות בדואר ישראל לכתובת: **מכבי שירותי בריאות – אגף הכספים, בקרת מכונים ומטפלים קומה 3. המרז 27 ת"א 68125.**  
מומלץ בנוסף להעביר סריקה של החשבוניות במייל לכתובת [benishay\\_o@mac.org.il](mailto:benishay_o@mac.org.il) כגיבוי מאחר ולא ניתן להעביר תשלום ללא פרטי חשבונית (בנוסף להעברת החשבונית בדואר).
5. בעת שליחת ההודעה יש לרשום מס' טלפון נייד אליו ניתן לחזור לספק במידת הצורך.
6. אין צורך בקובץ נוסף כי הם מדווחים במד"ח ושם נמצא הפירוט של כל המבוטחים שביקרו במרפאה / במכון.

7. יצרן קורא הכרטיסים הנדרש בהתאם לאמור לסעיף 7.3. בהסכם: UNIFORM דגם המכשיר: MSR

213 DUAL HEAD ניתן להזמינו במחיר \$48 ליח' + מע"מ. המחיר כולל עלות הובלה.

ספק: דנגוט, איש קשר, אייל שפי eyal\_s@dangot.com טלפון: 052-4734646.

אנו תמיד לרשותכם.

בתקווה להמשך עבודה פורייה.

בברכה,

אופיר בן ישי

ראש צוות מכונים מטפלים ורופאים

אגף כספים ותכנון

מכבי שירותי בריאות



|                                                                                    |             |
|------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| אמצעי התשלום:                                                                      |             |
| • כרטיס אשראי: מס' כרטיס:                                                          | תוקף כרטיס: |
| • מסירת צ'ק לשליח                                                                  |             |
| הגדרות נדרשות:                                                                     |             |
| הקורא יסופק מוגדר בעבור קליקס / מד"ח / חיוב ישיר (יש לסמן בעיגול את ההגדרה הרצויה) |             |
| הערות נוספות: (למילוי המזמין)                                                      |             |
| קורא כרטיסים לא צרכת מד"ח                                                          |             |
|                                                                                    |             |
|                                                                                    |             |
|                                                                                    |             |
|                                                                                    |             |

## נספח ו - אופן ביצוע הסקר במערכת יוב"ל

על פי הנחיות משרד הבריאות הספק מתחייב להעביר למכבי חודש לאחר חתימת ההסכם שאלון אבטחת מידע מלא שיבוצע באופן הבא:

1. כניסה למערכת יוב"ל לצורך הכנה לבדיקה-

1.1. היכנס לקישור הבא: <https://grc.cyber.gov.il>

1.2. בצע רישום למערכת בלשונית "הרשמה".

1.3. בחר ב"טופס חדש".

1.4. מלא בשדרה סוג ההתקשרות את הקטגוריות הבאות :

1.4.1. דרישות רוחביות (טיפול במידע+ עבודה בחצרות הלקוח)

1.4.2. אחסון מידע בענן (במקרה שרלוונטי)

2. בשדה בחירת קטגוריה בחר: ספק בהתקשרות לא מהותית

3. בשדה רמת ההוכחה בחר: C- הערכה עצמית (SA)

התהליך ילווה בתמיכה של אנשי המערך. צוותי ה- CERT יעמדו לרשות הספק בכל נושא בטלפון: 119 או בכתובת הדוא"ל: [team@cyber.gov.il](mailto:team@cyber.gov.il).

## נספח ז: ביטוחים

### נספח ז'

| אישור קיום ביטוחים                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                         | תאריך הנפקת האישור<br>(MM/YY/NN) |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>באישור קיום ביטוחים תבוא הפיקסה המאה</b> אישור ביטוח זה מהווה <b>אישור</b> לכך שלמבוטח ישנה פוליסת ביטוח בתוקף, בהתאם למידע המפורט בה. המידע המפורט באישור זה אינו כולל את כל תנאי הפוליסה וחריגותיה. יחד עם זאת, במקרה של סתירה בין התנאים שמפורטים באישור זה לבין התנאים הקבועים בפוליסת הביטוח יגבר האמור בפוליסת הביטוח למעט במקרה שבו תפוי באישור זה מוסיבועם מבקש האישור.</p> |                                                         |                                  |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| מבקש האישור הראשי*                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | פרטים נוספים הקשורים למבקש האישור וייחשבו כמבקש האישור* | המבוטח/ת                         | אופי העסקה והעיסוק המבוטח*                                                                                                                                          | מועמד מבקש האישור*                                                                                                                                                                                                                                                   |
| שם<br><b>מכבי שירותי בריאות</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | שם<br>ת.ד.פ. 589902279                                  | שם                               | אופי העסקה:<br><input type="checkbox"/> נדל"ן<br><input type="checkbox"/> שירותים<br><input type="checkbox"/> אספקת מוצרים<br>העיסוק המבוטח:<br><b>רפואת שיניים</b> | <input type="checkbox"/> משכיר<br><input type="checkbox"/> שוכר<br><input type="checkbox"/> זוכין<br><input type="checkbox"/> קבלני משנה<br><input type="checkbox"/> מוזמין שירותים<br><input type="checkbox"/> מוזמין מוצרים<br><input type="checkbox"/> אחר: _____ |
| מוע<br><b>המורד 27 תל אביב</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | מוע<br>תיאור הקשר למבקש האישור הראשי: מבקש אישור נוסף   | מוע                              |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                      |

| כיסויים        |              |                      |                                            |              |                                          |                |      |                                       |
|----------------|--------------|----------------------|--------------------------------------------|--------------|------------------------------------------|----------------|------|---------------------------------------|
| סוג הביטוח     | מספר הפוליסה | נוסח ומהדורת הפוליסה | תאריך תחילת התקף (תאריך תחילת תוקף האירוע) | תאריך סיום ? | גבול אחריה לכל פגיעות המבוטח, סכום ביטוח | השנת תפוח עצמי | מסמך | כיסויים נוספים בתוקף וביטול חריגים    |
| צד ג'          |              |                      |                                            |              | 8,000,000                                | ש              |      | 315, 302, 322, 321, 329, 328          |
| אחריות מעבידים |              |                      |                                            |              | 20,000,000                               | ש              |      | 328, 319, 304                         |
| אחריות מקצועית |              |                      |                                            |              | 2,500,000                                | 5              |      | 321, 304, 302, 332, 328, 327 (חודשים) |

פרוט השירותים (במסגרת, שירותים המפורטים בהסכם בין המבוטח למבקש האישור, יש לציין את קוד השירות מתוך הרשימה המצורפת המפורטת בנספח ז' כפי שמפורסם על ידי רשות שוק ההון, ביטוח וחשבון. את הציג בנוסף גם המלל המוצג לצד הקוד ברשימה המצורפת):

095  
094

**ביטול/שינוי הפוליסה \***

שינוי לרעת מבקש האישור או ביטול של פוליסת ביטוח, לא ייכנס לתוקף אלא **30 יום** לאחר משלוח הודעה למבקש האישור בדבר השינוי או הביטול.

חתימת האישור

המבוטח:

\* באישור ביטוח כללי לסמן שדות אלה כשדות שאינם בתוקף.  
\*\*\*\* יש לציין קוד כיסוי בהתאם לרשימה הסגורה המוגדרת בנספח ז' כפי שמפורסם על ידי רשות שוק ההון, ביטוח וחשבון. במקרה של קודי כיסוי הכוללים נתון הנדרש למלא, יש להציג בנוסף את המלל המוצג לצד הקוד ברשימה הסגורה.