

מדינת ישראל  
משרד הביטחון



**הוראת אגף משפחות והנצחה מס' 81.17**

הנושא :	טיפול שיניים לאלמנות ויתומים
תאריך :	1.04.2010
מס' עמודים :	4

**כללי**

1. הוראה זו מחליפה הוראת אגף משפחות והנצחה מיום 21.09.2009.
2. הוראה זו באה לקבוע את דרכי הטיפול במימון סיוע המשרד בטיפול שיניים לאלמנות ויתומים אשר גילם הינו עד 18 שנה .
3. מנהל המחוז הינו בעל הסמכות והאחריות לביצועה התקין של ההוראה.
4. ראש היחידה לתגמולים והטבות הינו בעל הסמכות והאחריות להנחיה, עדכון ובקרה של אופן הביצוע התקין של הוראה זו.

**עקרונות**

5. תשלומים לטיפול שיניים לאלמנות וליתומים יאושרו כמענק.
6. מימוש הטבה זו מותנה בפניית האלמנה/ יתום למחוז המטפל בה.
7. ההוראה מתייחסת לטיפולים שהחלו לאחר 1/8/08 ולא נכללים בטיפולים שחברת ביטוח הפניקס מחויבת בגינם לפי ההסכם שתוקפו פג ביום 31/7/08.

**הגדרות**

8. "שנה" – לעניין הוראה זו- תקופה בת 12 חודשים מ-1 ביולי ועד 30 ביוני בשנה שלאחר מכן.  
בשנה הראשונה תחשב "שנה" כתקופה מ-1 באוגוסט 2008 עד 30 ביוני 2009.

**זכאות**

9. אלמנה שהוכרה לזכויות על פי חוק משפחות חיילים שנספו במערכה (תגמולים ושיקום), תש"י – 1950 (להלן: חוק משפחות) או אלמנה אשר בהתאם להחלטת הועדה לפנים משורת הדין אושרה לה קבלת הטבה זו.
10. יתום עד גיל 18 שהוכר על פי חוק משפחות או יתום אשר בהתאם להחלטת הועדה לפנים משורת הדין אושרה לו קבלת הטבה זה.

## מדרג סמכויות אישור

11. לעובד הרווחה במחוז יש סמכות ואחריות לטפל בבקשת הזכאות, ובלבד שהפונה עמד באופן ברור וחד משמעי כמפורט בהוראה זו.

## מסמכים לאישור

12. על אלמנות ויתומים עד גיל 18 שביצעו בפועל טיפול שיניים להגיש האישורים כדלקמן:

א. תוכנית טיפול מפורטת ע"ש הזכאי בלבד + אישור הרופא המבצע הכולל פירוט הטיפולים שבוצעו ועלות כל אחד מהם.

ב. חשבונית מס / קבלה מקורית על שם הזכאי המכילה את הפרטים הבאים:

1. אם שולם בהמחאה/ות יפורטו התשלומים וזמן פירעונם.

2. אם שולם באמצעות כרטיס אשראי – יצורף שובר האשראי.

13. במידה והטיפולים בגין אותה תכנית טיפול, נפרסים מעבר לשנה כאמור בסעיף 8, על האלמנה להגיש כרטיס טיפולים מפורט המתייחס לתכנית הטיפול מראשיתה.

## גובה הסיוע

14. ההחזר לאלמנה הינו בגובה 50% מהתשלום בפועל ולא יותר מסך של 7,500 ₪ בשנה הראשונה כהגדרתה בסעיף 8. החל מ- 1.7.09 עודכן, עפ"י אישור המנכ"ל, הסכום המרבי לשנה לסך 15,000 ₪.

15. ההחזר ליתום הינו בגובה 50% מהתשלום בפועל ולא יותר מסך של 4,000 ₪ בשנה.

16. לא יינתן החזר עבור תשלום מראש, אלא על פי התקדמות הטיפול בפועל.

17. ההחזר יתבצע עד שנה מיום ההוצאה בפועל. ההחזר ייזקף לפי השנה בה שולמה ההוצאה בפועל.

18. במקרים בהם הזכאות הינה מכוח החלטת ועדת למי"ד יש לבדוק את היקף הסיוע שאושר, האם מדובר באישור לקבלת ההטבה באופן חד פעמי או באישור לקבלת ההטבה מדי שנה כניתן לזכאים המוכרים לזכויות לפי חוק משפחות וכן יש לבדוק את סכום הסיוע שאישרה הועדה.

## אופן הטיפול

19. זכאי המבקש החזר כספי בגין טיפול שיניים יפנה בקשתו בכתב למחוז באזור מגוריו, בו הוא מטופל. לבקשה יצורפו המסמכים הנדרשים כמפורט בפרק "מסמכים לאישור" בהוראה.
20. במקרים שהזכאות לסיוע הינה מכוח החלטת ועדת למ"ד, על עובד הרווחה לאתר את החלטת הועדה בתיקו של הזכאי ולפעול בהתאם ועל פי הקבוע בהחלטה.
21. הבקשה להחזר כספי בגין טיפול שיניים בצירוף המסמכים יועברו על ידי עובדי הרווחה לתחום סיעוד ובאמצעות עובד התחום לבדיקת יועץ חיצוני- חברת ניהול בנושא טיפול שיניים (להלן – חברת הניהול). חברת הניהול תבדוק את סבירות מחירי הטיפולים, את היסטוריית הטיפולים של הזכאי במאגר המידע שתנהל ותקבע את גובה החזר שינתן לזכאי בגין טיפול השיניים. לצורך בירור וקבלת פרטים נוספים, חברת הניהול רשאית לפנות ישירות אל הזכאי או אל רופא השיניים המטפל בזכאי.
22. הבקשה תועבר בצירוף המסמכים הסרוקים לאשרור ליחידת חשבונאות.

## רמת השירות

23. במסגרת המאמץ המתמיד לשיפור השירות לזכאים- על מנהל המחוז לוודא השלמת הטיפול בבקשה, תוך מסגרת זמן שלא תעלה על 22 ימי עבודה ממועד המצאת כל המסמכים על ידי הפונה.
- מסגרת זמן זו כוללת את משך הטיפול על ידי המחוז וחברת הניהול (עד 15 ימי עבודה) ועל ידי חשבונאות שיקום (עד 7 ימי עבודה).

## **אריה מועלם**

**סמנכ"ל וראש אגף משפחות והנצחה**

נספח א' להוראה מס' 81.17

**בדיקת מסמכים נדרשים**

(טופס זה יימסר לפונה כדי להקל עליו/עליה את ריכוז והמצאת כל המסמכים הדרושים)

תקין/לא תקין	הערות	מסמכים נדרשים	סוג הסיוע המבוקש
תקין/ לא תקין		<ul style="list-style-type: none"> <li>• תוכנית טיפול מפורטת על שם הזכאי בלבד</li> <li>• אישור הרופא המבצע הכולל פירוט הטיפולים שבוצעו ועלות כל אחד מהם</li> <li>• חשבונית מס / קבלה מקורית על שם הזכאי המכילה את הפרטים הבאים: -התשלומים ששולמו בפועל -פירוט אופן התשלום -שובר אשראי (במידה ושולם בכרטיס אשראי )</li> <li>• כרטיס טיפולים מפורט לגבי תוכניות טיפול הנפרסות על יותר משנה אחת</li> </ul>	<p><u>החזר בגין טיפול שיניים לאלמנות ויתומים עד גיל 18</u></p>
תקין/ לא תקין			
תקין/ לא תקין			
תקין/ לא תקין			