

تاریخ صادره: ۱۴۰۳/۰۵/۰۱ ۹:۴۹:۷

شماره صادره: ۱۴۰۳/۲/۴۵۲/۱۰۰

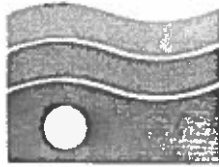
شماره داخلی: ۱۴۰۳-۰۵-۱۰۱۵۹۲

تاریخ داخلی: ۱۴۰۳/۰۵/۰۳

پیوست: ندارد

نوریت: عادی

محرمانگی: عادی



بسمه تعالی
وزارت نیرو
شرکت مدیریت منابع آب ایران

شرکت سهامی آب منطقه ای سیستان و بلوچستان

شناسه ملی: ۱۰۵۰۰۰۳۹۸۲ کد اقتصادی: ۳۱۱۱۷۹۴۷۳۵۳۵

شرکت بیمه آتیه سازان حافظ

موضوع: ابلاغ قرارداد

با سلام

بپیوست یک نسخه از قرارداد شماره م/۱۴۰۳/۱۵۱ مورخ ۱۴۰۳/۰۵/۰۱ موضوع "بیمه نامه تامین و حفظ سلامت کارکنان شاغل و بازنشسته صنعت آب و برق" که به مهر و امضاء طرفین رسیده است جهت اطلاع و اجرای دقیق مفاد آن ابلاغ میگردد.

محمد امین بارانی
رئیس هیئت مدیره و مدیر عامل

جناب آقای آرمین فرخ فروز معاون محترم منابع انسانی، مالی و پشتیبانی - مشاهده و رونوشت
جناب آقای دکتر سید محمود پهلوان هاشمی مدیر محترم حراست - مشاهده و رونوشت
جناب آقای حسین ریگی مدیر محترم حقوقی - مشاهده و رونوشت
سرکار خانم مهندس راحله احمدی سرپرست محترم مدیریت قراردادها - مشاهده و رونوشت

نسخه کاغذی بدون مهر شرکت، فاقد اعتبار است



دفتر مرکزی: زاهدان، خیابان دانشگاه، دانشگاه ۳۹ تلفن: ۰۵۴-۳۳۴۲۹۴۱-۲۰ فاکس: ۰۵۴-۳۳۴۲۹۴۳۰

Email: dabirkhane@sbrw.ir

Web Site: www.sbrw.ir

روش اجرایی بیمه نامه تأمین و حفظ سلامت کارکنان شاغل و بازنشسته صنعت آب و برق

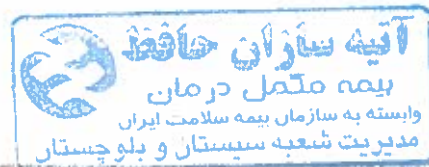
الف) شرایط اجرای قرارداد:

- ۱- رعایت دقیق مفاد قرارداد بیمه جامع تأمین و حفظ سلامت کارکنان شاغل و بازنشسته صنعت آب و برق و شیوه نامه نحوه انجام تمهیدات و بررسی اسناد ضمیمه آن
- ۲- الزام به رعایت دقیق تاریخ شروع و تاریخ انقضاء قرارداد در زمان انعقاد آن
- ۳- با عنایت به بخشنامه مقام عالی وزارت به شماره ۱۴۰۳/۱۸۱۷۱/۵۰/۱۰۰ مورخ ۱۴۰۳/۰۳/۲۶ انعقاد قرارداد بصورت مستقیم و بدون دخالت کارگزار یا نماینده بیمه صورت پذیرد. همچنین ارزیاب خسارت نباید از سوی بیمه گذار به بیمه گر معرفی گردد.
- ۴- الزام بیمه گر به تسویه حساب هزینه درمانی پرداخت شده توسط بیمه شدگان، در حداقل زمان ممکن
- ۵- ایجاد شرایط ویژه به منظور ترغیب بیمه شدگان به اقدامات پیشگیرانه و درمان در مراحل اولیه بیماری
- ۶- به منظور ارائه خدمات بهتر در بخش های مختلف درمانی مقتضی است شرکت های بیمه گر مجری قرارداد بیمه جامع تأمین و حفظ سلامت کارکنان، موظف گردند شماره تلفن ۲۴ ساعته ای که پاسخگو و معرف به روز مراکز درمانی طرف قرارداد و ارائه دهنده معرفی نامه به لحظه جهت بستری شدن بیمه شدگان می باشد را ارائه نمایند.
- ۷- دقت لازم در خصوص رعایت زمان بندی مناسب پرداخت حق بیمه، مطابق با شرایط قرارداد صورت پذیرد.
- ۸- تسویه حساب با شرکت بیمه گر طرف قرارداد حداکثر تا چهار ماه پس از انقضای قرارداد انجام شود. در جهت دقت کار، لازم است که حق بیمه های مربوط به هر رشته بیمه ای از جمله درمان و عمر و حوادث را طی چک های (یا پرداخت های اینترنتی) کاملاً مجزا و جداگانه و با قید عنوان همان رشته و ماه بیمه پردازی (به عنوان مثال: حق بیمه پرداختی بابت عمر و حادثه تیر ماه سال ۱۴۰۳ کارکنانی که لیست اسامی آنها ضمیمه سند مالی شده است، همراه با اخذ رسید از بیمه گر) پرداخت شود تا از بروز مشکلات بعدی به خصوص در بیمه عمر و حوادث و یا ایجاد اختلاف حساب در سایر رشته های بیمه ای جلوگیری شود.
- ۹- بازپرداخت هزینه های درمانی صرفاً از طریق شرکت بیمه گر و به صورت کاملاً مجزا از سایر حساب ها و دفاتر صورت پذیرد.
- ۱۰- بر اساس شاخص های تنظیمی، شرکت های مادر تخصصی موظفند ضمن نظارت بر رعایت بندهای مربوطه شرکت هایی را که نسبت خسارتی بالاتر و یا پائین تر از متوسط حق بیمه سرانه ماهانه داشته اند، مورد ارزیابی و بررسی قرار داده و علت را به معاونت گزارش نمایند.
- ۱۱- با توجه به بند ۱-۶ از ماده ۶ بیمه نامه، در خصوص تغییرات مجاز در تعداد بیمه شدگان در طول مدت قرارداد، منظور از تاریخ موثر زمان وقوع تغییر در تعداد بیمه شدگان می باشد و این تاریخ ملاک انجام تمهیدات بیمه گر و بیمه گذار می باشد.



ب) نحوه محاسبه هزینه ها و فرانشیز:

- ۱- پرداخت هزینه ایملنت تا سقف ۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰ (صد و بیست میلیون) ریال بدون کسر فرانشیز و هزینه های مربوط به گروه دندانپزشکی عمومی منجمله کشیدن، پرکردن، جراحی لثه، بریج، روت کانال (درمان ریشه)، روکش و ارتودنسی با اعمال فرانشیز ۵ درصد برای هر یک از بیمه شدگان (بیمه شده اصلی شاغل و افراد تحت تکفل وی و همسر و فرزندان غیرتحت تکفل کارکنان اناث، فرزندان ذکور مجرد غیرتحت تکفل و فرزندان ذکور غیرتحت تکفل متأهل و همسر آنان) و هزینه های دندانپزشکی تا سقف ۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰ (یکصد میلیون) ریال برای خانوار بازنشستگان (از کارافتادگان)، مستمری بگیران، وظیفه بگیران (افراد تحت تکفل و غیرتحت تکفل) و والدین غیرتحت تکفل بیمه شده اصلی شاغل (در مجموع)، با اعمال فرانشیز ۵ درصد به هزینه پرداختی بیمه شده، در صورت مراجعه بیمه شده به بخش خصوصی با در نظر گرفتن بالاترین تعرفه مراجع ذیصلاح قانونی و در صورت مراجعه بیمه شده به بخش دولتی تعرفه بخش دولتی تعیین شده است.
- ۲- هزینه شیرخشک موضوع بند ۴ از ماده ۱۲ استثنائات، آمبولانس و وسایل کمک پزشکی که در خارج از بدن کار گذاشته می شود مانند سمک، واکر و ... شامل فرانشیز نمی شود.
- ۳- هزینه عینک و یا لنز طبی حداکثر تا ۲۵,۰۰۰,۰۰۰ (سی و پنج میلیون) ریال برای هر یک از بیمه شدگان بدون اعمال فرانشیز قابل پرداخت می باشد.
- ۴- در صورت بروز سوختگی ناشی از حوادث کاری، هزینه های مربوط به ترمیم ناشی از نقص عملکرد اعضا به دلیل سوختگی توسط بیمه گر پرداخت می گردد.
- ۵- در صورت مراجعه بیمه شده به مراکز درمانی سربایی طرف قرارداد بیمه گر (بر طبق شرایط قرارداد)، صرفاً فرانشیز از بیمه شده کسر می گردد و سایر هزینه ها در تعهد بیمه گر است. همچنین در صورت مراجعه بیمه شده به مراکز تشخیصی- درمانی ملکی سازمان تأمین اجتماعی، فرانشیز یا سهم بیمه شده صفر خواهد بود.
- ۶- در خصوص تبصره ۱ ذیل بند ۶-۹ بیمه نامه در صورت عدم تأیید هزینه از سوی پزشک متخصص معتمد بیمه گر و عدم ارائه دلایل آن، بیمه گر موظف به پرداخت هزینه می باشد.
- ۷- با توجه به بند ۱۴-۹ بیمه نامه، چنانچه بیمارستان دولتی (و یا مراکز تشخیصی- درمانی ملکی سازمان تأمین اجتماعی) طرف قرارداد بیمه گر نباشد، در موارد استفاده غیر اورژانس، بیمه شده ضمن هماهنگی با شرکت بیمه گر از طریق شرکت بیمه گذار، به منظور استفاده از خدمات بیمارستانی بدون پرداخت هیچگونه هزینه ای در چارچوب قرارداد و در زمان پذیرش و ترخیص اقدامات لازم را بعمل آورده و در موارد اورژانس نیز در صورت نیاز به خدمات، در اولین فرصت هماهنگی با شرکت بیمه گر از طریق شرکت بیمه گذار به منظور جبران و پرداخت هزینه ها هم زمان با بستری و ترخیص انجام شود. همچنین شرکت بیمه گر متعهد به انجام مراحل فوق بدون تحمیل هزینه در چارچوب قرارداد به بیمه شده در هنگام پذیرش و ترخیص می باشد.
- ۸- با توجه به بند ۱۵-۹ بیمه نامه، بیمه گر مکلف است با مراکز درمانی مورد درخواست بیمه گذار (که در ابتدای قرارداد به صورت مکتوب به بیمه گر اعلام می شود) قرارداد منعقد نماید، در صورتی که در هر زمانی از اجرای قرارداد، بیمه گر موفق به انعقاد قرارداد با حداقل ۸۰ درصد مراکز بیمارستانی مورد درخواست بیمه گذار نشود و یا به دلیل لغو قرارداد با مراکز درمانی به هر شکل (از سوی هر یک از طرفین)، این موضوع اتفاق افتد (و این مراکز بیمارستانی با حداقل ۲ شرکت بیمه بازرگانی حتی خارج از قرارداد وزارت نیرو قرارداد داشته باشند) و بیمه شده به مراکز بیمارستانی (صرفاً بستری و Day care) مورد درخواستی که غیر طرف قرارداد بیمه گر



می باشند، مراجعه نماید بیمه گر مکلف به جبران هزینه های وی بدون در نظر گرفتن تعرفه و صرفاً با کسر فرانشیز می باشد.

۹- تنظیم فرم مربوط به مرخصی استعلاجی، مرخصی بدون حقوق، ماموریت و ... بیمه شدگان به منظور آگاهی بیمه گذار و بیمه گر از وضعیت بیمه شدگان مذکور.

۱۰- به استناد مواد قانونی، شرکت موظف است فرزندان کارکنان انانث را که وفق ارائه گواهی شاغل و بر اساس تمهیدنامه پیوست هیچگونه پوشش بیمه درمانی نداشته و جزو خانواده آنها تلقی می شوند، همانند افراد تحت تکفل فرض نماید و در این راستا برای شوهر بیمه شده نیز که با ارائه مدارک و مستندات قانونی و تأیید مراجع ذیصلاح، از کارافتاده تلقی می شود، همانند افراد تحت تکفل، پوشش برقرار نماید. همچنین فرزندان ذکور کارکنان شاغل، بازنشسته و از کارافتاده تحت پوشش، با ارائه مدارک مثبت مبنی بر اشتغال به تحصیل مستمر در یکی از دانشگاه ها و موسسات آموزش عالی با رعایت ماده ۳۳ قانون خدمت وظیفه عمومی، بدون سقف سنی از پوشش درمانی برخوردار خواهند بود. همچنین در راستای اجرای تبصره ۱ بند ۶-۴ بیمه نامه، در غیر از مواردی که بیمه شده، مستندات مطابق مقررات صندوق پایه بازنشستگی را ارائه می نماید، امور اداری (کارکنان) شرکتها موظف به پیگیری برای اخذ دفترچه (پوشش) تبعی ۱ و یا اثبات کفالت برای بیمه شدگان اصلی خود، از طریق مراجع قضایی با همکاری بیمه شده می باشند.

ج) مبنای محاسبه و منابع حق بیمه ها :

۱- مبلغ چهار میلیون و پانصد هزار (۴,۵۰۰,۰۰۰) ریال ماهانه به ازای هر بیمه شده، که از محل ۴ درصد حقوق، مزد و مزایای مشمول کسر حق بیمه کل شاغلین در هر ماه با روش ذیل محاسبه و در اختیار بیمه گر قرار می گیرد:
 ۱-۱- مبلغ ۴ درصد حقوق، مزد و مزایای مشمول کسر حق بیمه کل شاغلین به صورت تجمعی در همراه بابت پوشش درمان همگانی.

۱-۲- سهم هر بیمه شده بابت ارائه خدمات مزاد بر بیمه همگانی (g) که توسط بیمه شده اصلی برای خود و افراد تحت تکفل پرداخت می شود، به شرح ذیل محاسبه می گردد:

تعداد کل بیمه شدگان اصلی (شاغلین) شرکت در ماه = a

جمع کل حقوق ماهانه مشمول کسر حق بیمه شاغلین در شرکت = p

جمع افراد تحت تکفل بیمه شدگان اصلی (شاغلین) = b

جمع مبلغ قابل پرداخت به بیمه گر به عنوان حق بیمه درمان بیمه شدگان در ماه (برحسب ریال) = c

مبلغ قابل محاسبه بابت ۴ درصد حقوق و مزایای ماخذ کسر حق بیمه شاغلین در ماه (برحسب ریال) = f

$$c = (4,500,000) \times (a+b)$$

$$f = (0.04) \times p$$

بنابراین سهم هر بیمه شده (g) در ماه بابت حق بیمه ماهانه (برحسب ریال) به ازای ارائه خدمات مزاد برابر خواهد بود با:

$$\begin{cases} g = \frac{c-f}{a+b} & f < c \\ g = 0 & f \geq c \end{cases}$$

سهم هر بیمه شده در ماه بابت پوشش درمان تکمیلی



۲- مبلغ سی و چهار میلیون و نهصد و پنجاه هزار (۳۴,۹۵۰,۰۰۰) ریال ماهانه به ازای هر یک از شاغلین به عنوان حق بیمه مسئولیت کارفرما بابت پوشش تعهدات ماده ۶۶ قانون تامین اجتماعی در بخش درمان در اختیار بیمه گر قرار می گیرد.

۳- همکاران عزیز بازنشسته، از کارافتاده، مستمری بگیر و وظیفه بگیران و افراد تحت تکفل آنان می توانند از قرارداد درمان گروهی همانند شاغلین بهره مند گردند که حق بیمه مربوطه، به میزان هشت میلیون و شصت هزار (۸,۰۶۰,۰۰۰) ریال ماهیانه به ازای هر نفر و با رضایت بیمه شده (بازنشسته) با رعایت ضوابط و مقررات مربوط پرداخت می گردد.

۳-۱- در مورد بازنشستگان انات، فرزندان که از طرف بیمه شده اصلی دارای پوشش درمانی بیمه گر اول باشند می توانند از پوشش بیمه ای بخش بازنشستگان استفاده نمایند.

۳-۲- همکاران عزیز بازنشسته می توانند از بخش دوم بیمه نامه (بیمه عمر و حادثه) با پوشش پرداخت غرامت فوت به هر علت به مبلغ هشتصد میلیون (۸۰۰,۰۰۰,۰۰۰) ریال و با پرداخت حق بیمه ماهیانه به میزان نهصد و بیست و دو هزار و بیست (۹۲۲,۰۲۰) ریال در صورت رضایت، بهره مند گردند.

۴- در صورت انتقال و یا مأموریت در داخل صنعت که سبب انتقال تعهدات جبران خدمت (دریافت حقوق و مزایا) بیمه شده از شرکت مبدأ شود (بیمه شده از بیمه نامه تامین و حفظ سلامت کارکنان صنعت آب و برق شرکت مبدأ منفک شود)، با توجه به مفاد قرارداد تا زمانی که پرداخت حقوق و مزایای شخص به عهده شرکت مبدأ است، حق بیمه نیز باید توسط آن شرکت پرداخت شود و از زمان انتقال تعهدات جبران خدمت وی از شرکت مبدأ، پرداخت حق بیمه توسط شرکت بیمه گذار مقصد صورت می پذیرد.

د) تاریخ شروع و پایان قرارداد:

شروع قرارداد از ساعت صفر بامداد ۱۴۰۳/۰۴/۰۱ و پایان قرارداد ساعت صفر بامداد ۱۴۰۴/۰۴/۰۱ به مدت یک سال بوده و رعایت آن در انعقاد قرارداد با بیمه گر الزامی می باشد.

ه) نظارت:

لازم است شرکت های مادر تخصصی، ضمن اعمال نظارت مستمر و مؤثر بر چگونگی اجرای قرارداد گزارشی از عملکرد شرکت بیمه گر به همراه میزان حق بیمه پرداختی، خسارات دریافتی و سایر اطلاعات ذیربط بر اساس جداول آماری مورد درخواست، تهیه و ارسال نمایند.

و) سایر:

۱- با عنایت به اینکه شرایط قانونی فسخ قرارداد، در بخش سوم بیمه نامه تامین و حفظ سلامت کارکنان صنعت آب و برق ذکر گردیده، بنابراین ضرورت دارد شرکت های زیرمجموعه وزارت نیرو و شعب شرکت های بیمه گر ضمن اتراف بر موضوع، در صورت عدم رعایت شرایط توافق شده توسط هر یک از طرفین قرارداد، مراحل لازم جهت فسخ قرارداد را با دقت پیگیری نمایند.



- ۲- با عنایت به ماده ۱۰ از بخش چهارم (مقررات گوناگون) قرارداد، چنانچه به هر دلیلی بیمه‌شده از خدمات مراکز بیمارستانی غیرطرف قرارداد استفاده نماید بیمه‌گر می‌بایست بمنظور تأمین بیش‌پرداخت، حداقل ۵۰٪ از هزینه درمانی بیمه‌شده را طبق اعلام مرکز درمانی پرداخت نماید.
- ۳- به منظور پیگیری و دفاع از حقوق بیمه‌شدگان و آگاه کردن آنان از حقوق خود، استفاده از کارشناسان آگاه به جزئیات قرارداد (با مدنظر قرار دادن مفاد نامه شماره ۹۶/۴۹۹۳۷/۵۰۰ مورخ ۱۳۹۶/۱۲/۰۵) ضروری است. همچنین شرکت‌ها می‌توانند به منظور اعتلای سطح آگاهی و دانش کارشناسان، دوره‌های آموزشی ابلاغی طی نامه شماره ۹۶/۳۹۳۵۶/۵۱۰ مورخ ۹۶/۰۹/۰۷ با عناوین آشنایی با مدل بیمه‌های اشخاص گروهی در صنعت آب و برق (مقدماتی) با کد ۸۱۰۶ و مدل بیمه‌های اشخاص گروهی و بازنشستگی در صنعت آب و برق (تخصصی) با کد ۸۱۰۷ را برگزار و اجرا نمایند.
- ۴- نظر به اهمیت و ضرورت توجه به سلامت روان کارکنان و خانواده ایشان و نقش مهم و تاثیرگذار آن در کارآمدی و اثربخشی عملکردی آنان و همچنین نقش آن در ارتقاء کیفیت و رضایت از زندگی فردی، خانوادگی و تنفی همکاران، ارائه خدمات روانشناسی و مشاوره به همکاران و خانواده ایشان مورد تأکید می‌باشد.





بیمه نامه تأمین و حفظ سلامت کارکنان شاغل و بازنشسته صنعت آب و برق

به منظور اجرای بیمه‌های درمان و پوشش هزینه‌های درمانی ناشی از مسئولیت حرفه‌ای کارفرما در مقابل کارکنان و حمایت از بیمه درمان تکمیلی بازنشستگان، این قرارداد بین شرکت آب منطقه‌ای استان سیستان و بلوچستان از یک طرف بعنوان بیمه‌گذار و شرکت آتیه‌سازان حافظ استان سیستان و بلوچستان از طرف دیگر بعنوان بیمه‌گر بر اساس قانون بیمه همگانی خدمات درمانی، آئین‌نامه‌های مصوب بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران در رشته‌های درمان و عمر و حادثه، قانون مسئولیت مدنی، قانون تأمین اجتماعی و اخذ موافقتنامه بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران با استناد به ماده ۲۶ و رعایت بند ۶ از ماده ۲ آیین‌نامه شماره ۹۹ شورای عالی بیمه، با شرایط ذیل و بدون دخالت کارگزار یا نماینده بیمه (صدور و معرف بصورت مستقیم) منعقد می‌گردد.

شرکت‌های بیمه مجری این قرارداد مجاز به تغییر در هیچ یک از بخش‌های این قرارداد (اعم از سقف تعهدات، فرانشیز، ضوابط ارزیابی و ...) و ضمائم آن نبوده و در صورت هرگونه تغییر در قالب الحاقیه و یا متمم قرارداد و یا هر عنوان دیگر چه بصورت کتبی و چه توافق شفاهی به منزله تخلف بیمه‌گر محسوب شده و مدیران ذیربط در شرکت بیمه‌گر به بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران پاسخگو خواهند شد.

شماره قرارداد:

تاریخ صدور:

درمان شاغلین:

تاریخ شروع قرارداد: از ساعت صفر بامداد ۱۴۰۳/۰۵/۰۱

درمان تکمیلی بازنشستگان:

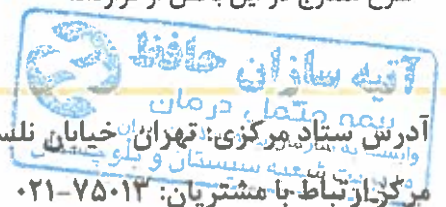
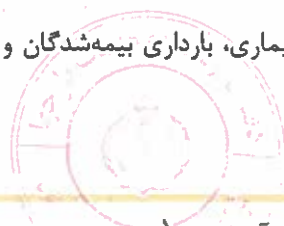
تاریخ انقضاء قرارداد: تا ساعت صفر بامداد ۱۴۰۴/۰۵/۰۱

بخش اول: قرارداد بیمه درمان کارکنان (شاغلین و بازنشستگان) صنعت آب و برق

فصل اول - تعاریف و اصطلاحات

ماده ۱- موضوع قرارداد بیمه:

عبارت است از بیمه خدمات درمانی ناشی از حادثه، بیماری، بارداری بیمه‌شدگان و مسئولیت کارفرما در بیماری‌های ناشی از کار به شرح مندرج در این بخش از قرارداد.





ماده ۲ - بیمه‌گر: شرکت آتیه سازان حافظ به نشانی: سیستان و بلوچستان - زاهدان - بلوار جمهوری - نبش جمهوری ۱۰ کد پستی ۹۸۱۶۹۳۱۸۳ و تلفن ۰۵۴-۳۳۴۹۱۹۸۸

ماده ۳ - بیمه‌گذار: شرکت آب منطقه ای استان سیستان و بلوچستان به نشانی: زاهدان - خیابان دانشگاه - جنب دانشگاه ۳۹ کد پستی ۹۸۱۶۸۴۳۱۴۱ و تلفن ۰۵۴-۳۳۴۲۹۴۱۰

ماده ۴ - بیمه‌شدگان: عبارتند از کلیه کارکنان (کارمندان، کارگران) شاغل (رسمی، قراردادی دائم و مدت معین، پیمانی و قرارداد انجام کار معین (مشخص)، قرارداد کار موقت (کارگری) موضوع ماده ۱۲۴ قانون مدیریت خدمات کشوری) و کلیه کارکنانی که در لیست بیمه‌گر پایه شرکت بیمه‌گذار قرار دارند، بازنشستگان، از کارافتادگان، مستمری‌بگیران، وظیفه‌بگیران به همراه اعضاء خانواده مطابق ماده ۵۸ قانون تأمین اجتماعی و افراد تحت تکفل و غیرتحت تکفل آنان به تفکیک ذیل.

تبصره ۱: بیمه‌گذاران موظف به اعلام اسامی بیمه‌شدگان (شامل بیمه شده اصلی، همسر و فرزندان) برطبق حکم کارگزینی و یا قرارداد کارکنان به بیمه‌گر می‌باشند.

تبصره ۲: در بخش اول این قرارداد، در همه مواردی که عنوان بازنشسته ذکر شده است منظور بازنشستگان، از کارافتادگان، مستمری‌بگیران، وظیفه‌بگیران به همراه افراد تحت پوشش آنان می‌باشد.

۴-۱ - فرزندان پسر کارکنان شاغل، بازنشسته و از کارافتاده تحت پوشش حداکثر تا پایان سن ۲۰ سالگی و در غیر این صورت با ارائه مدارک مثبته مبنی بر اشتغال به تحصیل مستمر با رعایت ماده ۳۳ قانون خدمت وظیفه عمومی در یکی از دانشگاهها و موسسات آموزش عالی و یا در اثر نقص عضو یا بیماری که از کارافتاده تلقی شوند با ارائه گواهی معتبر همراه با مستندات قانونی مطابق مقررات صندوق پایه که به همراه لیست اولیه از طریق بیمه‌گذار به بیمه‌گر ارائه شود.

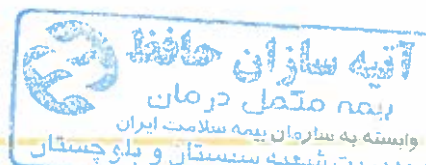
تبصره ۱: در صورت عدم اشتغال به کار و تحصیل، فرزندان پسر مجرد کارکنان شاغل و بازنشسته و از کارافتاده بعد از محدوده سنی موضوع بند ۴-۱ و نیز فرزندان پسر متأهل که بیش از پنج سال از تاریخ ازدواج آنان نگذشته باشد و بطور پیوسته در طی دوره‌های قبل از این پوشش بیمه‌ای استفاده می‌کرده‌اند صرفاً با ارسال اسامی آنان به همراه لیست اولیه و بدون محدودیت سنی می‌توانند از پوشش بیمه‌شدگان غیر تحت تکفل (پوشش فرزندان غیرتحت تکفل بازنشستگان همانند بیمه‌شده اصلی خواهد بود) استفاده نمایند.

تبصره ۲: همسر فرزندان پسر مشمول پوشش بیمه‌ای، طبق مفاد قرارداد دارای پوشش می‌باشد.

تبصره ۳: شروط زمانی در تمام موارد بند ۴-۱ با حذف دوره سربازی و بدون احتساب آن می‌باشند.

۴-۲ - فرزندان دختر به شرط عدم ازدواج، عدم اشتغال به کار تحت تکفل محسوب می‌شوند.

۴-۳ - فرزندان کارکنان شاغل اناث وفق ارائه گواهی توسط بیمه‌شده اصلی و بر اساس تعهد نامه پیوست که هیچگونه پوشش بیمه درمانی نداشته و جزء خانواده آنان مطابق با ماده ۴ تلقی شود به شرط تحت پوشش بودن کلیه فرزندان، تحت تکفل محسوب می‌شوند.



تاریخ:

شماره:

پیوست:

(بررسی صحت و سقم موضوع توسط بیمه‌گر انجام می‌شود، تاریخ شروع پوشش بیمه‌ای از ابتدای قرارداد مشروط به ارائه تعهد نامه (ضمیمه شماره (۲) قرارداد) به همراه لیست اولیه).

۴-۴- پوشش فرزندان دختر مطلقه و همچنین فرزندان دختری که همسر خود را از دست داده‌اند و قانوناً تحت تکفل بیمه‌شده اصلی قرار می‌گیرند مجدداً از تاریخ ثبت طلاق و یا تاریخ فوت همسر به شرط عدم اشتغال با پرداخت حق بیمه وی متناسب با مدت پوشش و با رعایت ضرب‌الاجل مندرج در بند ۱-۶ برقرار می‌باشد.

تبصره ۱: در صورتیکه فرزندان دختر مطلقه و همچنین فرزندان دختری که همسر خود را از دست داده‌اند و قانوناً تحت تکفل بیمه‌شده اصلی قرار می‌گیرند، دارای فرزند یا فرزندان باشند که طبق مستندات مراجع قضایی مبنی بر سرپرستی و یا حضانت از سوی مادر (دختر مطلقه بیمه‌شده اصلی یا دختر بیمه‌شده اصلی که همسر خود را از دست داده) باشد، می‌تواند همزمان با برقراری پوشش برای مادر به صورت غیرتحت تکفل با پرداخت حق بیمه وی متناسب با مدت پوشش و با رعایت ضرب‌الاجل مندرج در بند ۱-۶ تحت پوشش قرار گیرد.

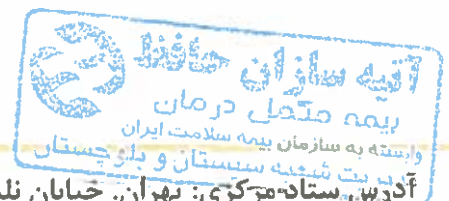
۴-۵- پوشش نوزادان از بدو تولد اجباری بوده و بیمه‌گذار موظف است با ارسال اسامی و مشخصات نسبت به پرداخت حق بیمه وی از تاریخ تولد با رعایت ضرب‌الاجل مندرج در بند ۱-۶ اقدام نماید. لازم بذکر است کلیه نوزادانی که در هنگام تولد دارای بیماری بوده و نیاز به مراقبت‌های بالینی دارند تا زمان ترخیص و حداکثر به مدت دو ماه می‌توانند از پوشش درمانی بیمه‌شده (مادر) استفاده نمایند.

۴-۶- هر یک از والدین غیرتحت تکفل کارکنان شاغل اعم از مرد و زن و نیز همسر و فرزندان غیر تحت تکفل کارکنان شاغل اناث، با توجه به شرایط پیش‌بینی شده صرفاً در صورتی که از ابتدای قرارداد و طی لیست اولیه به بیمه‌گر معرفی شده باشند.

تبصره ۱: در صورتیکه پدر و مادر بیمه‌شده اصلی و همسر کارکنان شاغل اناث بعنوان افراد تحت تکفل معرفی می‌شوند لازم است تا مدارک و مستندات قانونی برای بیمه‌شدگان تحت پوشش بیمه سلامت مانند سوابق داشتن پوشش بیمه درمانی تبعی ۱ از طرف بیمه-شده اصلی و یا مستندات مراجع قضایی مبنی بر کفالت، سرپرستی و یا حضانت از سوی بیمه‌شده اصلی و در مورد بیمه‌شدگان سازمان تأمین اجتماعی مستندات مطابق مقررات صندوق پایه بازنشستگی به همراه لیست اولیه یا از زمان احراز شرایط تحت تکفل از طریق بیمه‌گذار به بیمه‌گر ارائه شود. در غیر این صورت بیمه‌گر تعهدی در قبال پوشش به صورت تحت تکفل را نخواهد داشت.

تبصره ۲: برای تحت پوشش قرار گرفتن آن دسته از بیمه‌شدگان غیرتحت تکفل که سابقه بیمه‌ای در قرارداد دوره قبل نداشته باشند، بیمه‌گر می‌تواند در ابتدای قرارداد تکمیل پرسشنامه ضمیمه این قرارداد که به تأیید وزارت نیرو رسیده است (ضمیمه شماره (۳) قرارداد) را مطالبه نماید.

۴-۷- فرزندان معلول ذهنی و جسمی بیمه‌شده اصلی که قانوناً تحت تکفل آنها می‌باشند با ارائه مدارک مثبت از مراجع ذیصلاح و با تأیید بیمه‌گذار بدون محدودیت سنی تحت پوشش خواهند بود.



۸-۴- افرادی که قانوناً تحت تکفل بیمه شده اصلی می‌باشند با ارائه مدارک مثبت از مراجع ذیصلاح و با تأیید بیمه‌گذار، از زمان تحت تکفل قرار گرفتن فرد، تحت پوشش خواهند بود.

ماده ۵- موارد خارج از تعهد بیمه‌گر: صرفاً کلیه مواردی که در این بیمه‌نامه ذکری از عناوین آن در فصل سوم نشده مورد تعهد بیمه‌گر نمی‌باشد و کلیه عناوین تعهداتی که در فصل سوم ذکر شده با رعایت ماده ۱۲ بخش اول قرارداد در تعهد بیمه‌گر است.

فصل دوم - وظایف و تعهدات بیمه‌گذار و بیمه‌شده

ماده ۶ - ترتیب اعلام اسامی بیمه‌شدگان و تغییرات مجاز:

۱-۶- بیمه‌گذار موظف است حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز از تاریخ عقد قرارداد یک نسخه لیست اسامی بیمه‌شدگان حاوی مشخصات کامل کلیه پرسنل مشمول بیمه خود، اعم از شاغل، بازنشسته (از کارافتاده)، وظیفه‌بگیر، مستمری‌بگیر و افراد خانواده مطابق با ماده ۴ و یا افراد تحت تکفل و غیرتحت تکفل آنان (پدر و مادر بیمه‌شده اصلی، فرزندان ذکور، همسر و فرزندان غیرتحت تکفل کارکنان اناث) شامل: نام و نام خانوادگی، نام پدر، تاریخ تولد (روز / ماه / سال)، شماره شناسنامه و محل صدور به ترتیب حروف الفبا و یا به ترتیب شماره پرسنلی بیمه‌شدگان اصلی و کد ملی و شماره شبا و یا شماره حساب به همراه نام بانک و تلفن همراه بیمه‌شده اصلی طی لیست جداگانه به شرح زیر را تهیه و به بیمه‌گر ارسال نماید، ضمناً بیمه‌گذار مکلف است با رعایت مفاد این قرارداد تغییرات مجاز (افزایش یا کاهش) در تعداد بیمه‌شدگان در طول مدت قرارداد را حداکثر ظرف مدت دو ماه از تاریخ موثر به روال فوق‌الذکر اعلام نماید.

لیست اول: بیمه‌شدگان اصلی اعم از ذکور و اناث به همراه خانواده مطابق ماده ۴ و تبصره ذیل آن و سایر افراد تحت تکفل به جز افراد مربوط به لیست سوم.

لیست دوم: افراد غیرتحت تکفل بیمه‌شدگان اصلی اناث شامل همسر و فرزندان.

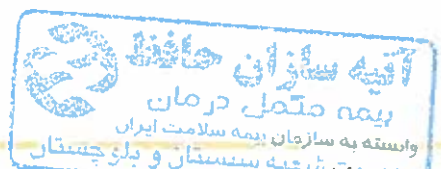
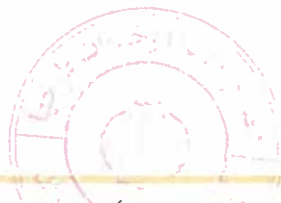
لیست سوم: والدین تحت تکفل بیمه‌شدگان اصلی اعم از ذکور و اناث.

لیست چهارم: والدین غیرتحت تکفل بیمه‌شدگان شاغل اصلی اعم از ذکور و اناث.

لیست پنجم: فرزندان ذکور مجرد و متأهل غیرتحت تکفل بیمه‌شدگان اصلی به همراه همسر (افراد موضوع تبصره ۱ ماده ۴).

لیست ششم: بازنشستگان، از کارافتادگان، وظیفه‌بگیران و مستمری‌بگیران به همراه افراد خانواده مطابق ماده ۴ و یا افراد تحت تکفل و فرزندان ذکور غیرتحت تکفل به همراه همسر.

لیست هفتم: کارکنان انتقالی به بیمه‌گذار از تاریخ انتقال.



لیست هشتم: نوه دختری بیمه‌شده اصلی مشروط به طلاق فرزند دختر و یا از دست دادن همسر فرزند دختر (افراد موضوع تبصره ۱ ذیل بند ۴-۴)

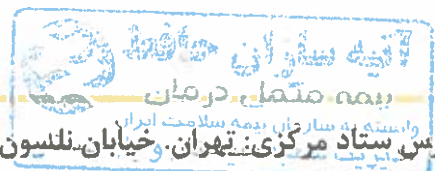
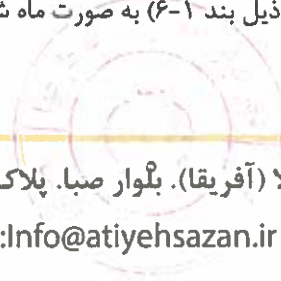
تبصره ۱: لازم است در هر کدام از لیستهای فوق افراد دارای بیماری خاص و صعب‌العلاج ضمن ارائه نمودن مدارک مطابق با ضمیمه شماره (۱) قرارداد برای بیمه‌گر مشخص شوند.

تبصره ۲: هرگونه افزایش پس از مهلت مقرر در ماده فوق شامل مواردی مانند جدیدالاستخدام، انتقالی، مامورین، (به همراه افراد تحت تکفل و غیرتحت تکفل آنان)، سایر افرادی که در طول قرارداد تحت تکفل بیمه‌شده اصلی قرار می‌گیرند و فرزندان ذکور پس از اتمام خدمت سربازی، می‌باشد و لازم است مستندات آن (احکام کارگزینی مربوطه، تصویر شناسنامه) از سوی بیمه‌گذار حداکثر ظرف مدت دو ماه از تاریخ موثر (تاریخ موثر برای بیمه‌شده اصلی تاریخ ابلاغ حکم می‌باشد) برای بیمه‌گر ارسال گردد، همچنین بابت ازقلم‌افتادگان از لیست اولیه یا لیست افزایشات میان دوره، چنانچه بیمه‌شده ازقلم‌افتاده بیمه‌شده اصلی شاغل و یا افراد تحت تکفل وی باشند، در زمان اعلام بیمه‌گذار به بیمه‌گر و با پرداخت حق بیمه از تاریخ موثر (تاریخ موثر برای بیمه‌شده اصلی و افراد تحت تکفل وی، اشتغال بیمه‌شده اصلی یا تاریخ تحت تکفل قرار گرفتن افراد تحت تکفل وی در تاریخ درخواست شروع پوشش توسط بیمه‌گذار می‌باشد) تحت پوشش خواهند بود اما چنانچه فرد ازقلم‌افتاده بیمه‌شده غیرتحت تکفل باشد در صورتیکه در دوره قبل تحت پوشش بوده است بیمه‌گذار حداکثر یک ماه بعد از ارسال لیست اولیه می‌تواند نسبت به اضافه نمودن نام وی با پرداخت حق بیمه از ابتدای قرارداد اقدام نماید.

تبصره ۳: کاهش بیمه‌شدگان در طول مدت قرارداد، شامل موارد استعفاء، فوت، بازنشسته، انتقال، انفصال از خدمت، اخراج، تعلیق، مامور، خروج از کفالت، مرخصی طولانی مدت (استعلاجی و یا بدون حقوق) که بیمه‌شده در طول مدت مرخصی تمایلی به ادامه پوشش ندارد و یا هرگونه قطع همکاری (دائم یا موقت) می‌باشد که با ارائه مستندات مربوطه (از جمله تصویر شناسنامه، تسویه حساب، احکام کارگزینی) میسر خواهد بود. لازم است مستندات آن از سوی بیمه‌گذار حداکثر ظرف مدت دو ماه از تاریخ موثر (تاریخ موثر برای بیمه‌شده اصلی تاریخ قطع رابطه همکاری (دائم یا موقت) می‌باشد) برای بیمه‌گر ارسال گردد. در غیر اینصورت تاریخ ثبت موضوع در دبیرخانه بیمه‌گر ملاک عمل خواهد بود.

۲-۶- شروع پوشش بیمه‌ای کارکنان جدیدالاستخدام، از تاریخ استخدام و انتقالی و مأمور به همراه افراد تحت تکفل و غیرتحت تکفل آنان، تاریخ شروع به کار بیمه‌شده اصلی در شرکت (بیمه‌گذار) با رعایت ضرب‌الأجل بند ۱-۶ خواهد بود. در مورد کاهش بیمه‌شدگان، زمان مؤثر، ماه قطع همکاری بیمه‌شده اصلی با بیمه‌گذار بوده و بیمه‌گذار موظف است حداکثر یک هفته قبل از تاریخ قطع همکاری موضوع را کتباً به اطلاع بیمه‌گر با ثبت در دبیرخانه بیمه‌گر برساند. بدیهی است در صورت عدم قطع همکاری در تاریخ اعلام شده، پوشش مجدداً با اعلام کتبی بیمه‌گذار از تاریخ شروع پوشش اولیه بطور مستمر برقرار خواهد شد.

۳-۶- در مورد افزایش یا کاهش بیمه‌شدگان ملاک محاسبه حق بیمه کسر ماه، ماه شمار خواهد بود و بیمه‌گذار مکلف به حذف بیمه‌شدگان از قرارداد از ابتدای ماه بعد می‌باشد و بیمه‌گر نیز خدمات خود را ماهانه ارائه خواهد داد. بدیهی است در صورت حذف بیمه‌شدگان، حق بیمه صرفاً تا زمان مؤثر (مطابق تبصره ۳ ذیل بند ۱-۶) به صورت ماه شمار توسط بیمه‌گر محاسبه و مطالبه می‌شود.



تاریخ:

شماره:

پیوست:

۴-۶- در مورد بیمه‌شدگانی که از مرخصی استعلاجی استفاده می‌کنند، برخورداری از پوشش درمانی موضوع قرارداد منوط به پرداخت حق بیمه‌های مقرر می‌باشد و پرداخت حق بیمه در ایام مرخصی استعلاجی برای بیمه‌شده بدون ایجاد وقفه به عهده بیمه‌گذار است.

۵-۶- در مورد بیمه‌شدگانی که از مرخصی بدون حقوق استفاده می‌کنند، ادامه پوشش بیمه درمانی منوط به پرداخت حق بیمه یکجا از زمان شروع مرخصی تا پایان آن و حداکثر تا انتهای قرارداد توسط بیمه‌شده و از طریق بیمه‌گذار به بیمه‌گر خواهد بود. در غیر اینصورت بیمه‌گر تعهدی در خصوص جبران هزینه‌های درمان بیمه‌شده اصلی و افراد تحت پوشش ندارد.

ماده ۷- حق بیمه: به استناد جزء ۱۵ از قسمت "ب" مرتبط با بند ۴ از ماده ۲ آیین نامه ۹۹ شورای عالی بیمه حق بیمه هر یک از بیمه‌شدگانی که از ابتدای قرارداد در لیست اسامی بیمه‌شدگان مطابق بند ۱-۶ قرار می‌گیرند و تا انتهای دوره از پوشش‌های ارائه شده بهره‌مند می‌گردند به ازای تعهدات مندرج در این قرارداد سالانه بوده که اقساط ماهانه آن به طریق ذیل محاسبه می‌شود. بدیهی است برای سایر بیمه‌شدگان تعداد اقساط ماهانه حق بیمه بر حسب موضوع به ترتیب تعیین شده در ماده ۶ انجام خواهد شد.

۷-۱ شاغلین:

۱-۱-۷ مبلغ ۳۴,۹۵۰,۰۰۰ (سی و چهار میلیون و نهصد و پنجاه هزار) ریال سرانه ماهانه به منظور پوشش درمانی مسئولیت کارفرما ناشی از تعهدات ماده ۶۶ قانون تامین اجتماعی بابت هریک از بیمه‌شدگان اصلی.

۲-۱-۷ مبلغ ۴,۵۰۰,۰۰۰ (چهار میلیون و پانصد هزار) ریال سرانه ماهانه بابت هر یک از بیمه‌شدگان اصلی و هر یک از افراد خانواده مطابق با ماده ۴ و یا افراد تحت تکفل آنها.

۷-۲ افراد غیر تحت تکفل بیمه‌شده اصلی:

۱-۲-۷ مبلغ ۱۳,۴۵۰,۰۰۰ (سیزده میلیون و چهارصد و پنجاه هزار) ریال سرانه ماهانه بابت هر یک از همسر و فرزندان غیر تحت تکفل کارکنان اناث، فرزندان ذکور مجرد غیر تحت تکفل و فرزندان ذکور غیر تحت تکفل متأهل و همسر آنان.

۲-۲-۷ مبلغ ۱۱,۰۰۰,۰۰۰ (یازده میلیون) ریال سرانه ماهانه بابت هر پدر و مادر، غیر تحت تکفل بیمه‌شده اصلی.

۳-۷ مبلغ ۸,۰۶۰,۰۰۰ (هشت میلیون و شصت هزار) ریال سرانه ماهانه برای هر یک از بازنشستگان (از کارافتادگان)، مستمری‌بگیران، وظیفه‌بگیران و هر یک از افراد تحت تکفل آنان، فرزندان کارکنان بازنشسته و نیز فرزندان ذکور غیر تحت تکفل و همسر آنان به شرط داشتن دفترچه درمانی بیمه‌گر پایه.

تبصره ۱: بجز ماده ۱۰ قرارداد، پوشش مشمولین بند ۳-۷ با رعایت ماده ۹ و کلیه بندهای آن همانند شاغلین با رعایت تبصره ۳ از ماده ۹ می‌باشد.

تبصره ۲: کارکنانی که در طول قرارداد بازنشسته و یا از کارافتاده می‌شوند و همچنین افراد تحت تکفل کارکنانی که در طول قرارداد فوت می‌شوند از زمان بازنشستگی یا از کارافتادگی و یا فوت بیمه‌شده اصلی می‌توانند ضمن تحویل دفترچه‌های درمانی (در صورت دارا

تاریخ:

شماره:

پیوست:

بودن دفترچه درمانی) با پرداخت حق بیمه مربوط به بازنشستگان پوشش‌های مندرج در تفاهم‌نامه را دریافت نمایند در غیر اینصورت با پرداخت حق بیمه شاغلین پوشش‌های همانند شاغلین حداکثر تا انتهای قرارداد دریافت نمایند.

ماده ۸- ترتیب و مهلت پرداخت حق بیمه و تسویه حساب:

بیمه‌گذار مکلف است حق بیمه ماهانه بیمه‌شدگان (موضوع ماده ۷ قرارداد) را براساس لیست اولیه بیمه‌شدگان و تغییرات مجاز بعدی حداکثر ظرف مدت سی روز از پایان هر ماه در وجه بیمه‌گر پرداخت نماید.

تبصره ۱: با اعلام کتبی عدم رعایت موضوع فوق و ماده ۶ از مقررات گوناگون توسط هر کدام از طرفین به شرکت مادر تخصصی ذیربط (و یا وزارت نیرو برای سازمانهای تابعه و موسسات آموزشی و پژوهشی) موضوع پیگیری خواهد شد که در صورت عدم حصول نتیجه از طریق پیگیری شرکت‌های مادر تخصصی ظرف مدت دو هفته پس از تاریخ دریافت نامه، مراتب بلافاصله به وزارت نیرو و بیمه‌گر طرف قرارداد از طریق شرکت مادر تخصصی و یا شرکت بیمه‌گر طرف قرارداد اعلام تا بطور مشترک از سوی شورای مرکزی بیمه وزارت نیرو و نماینده بیمه‌گر نحوه برخورد با موضوع ظرف مدت یک ماه پس از دریافت اعلام کتبی شرکت مادر تخصصی یا شرکت بیمه‌گر تعیین گردد. شرکت بیمه‌گر بدون طی مراحل فوق، به هیچ عنوان اجازه قطع خدمات به بیمه‌گذار را ندارد. در صورت حصول نتیجه مبنی بر پرداخت حق بیمه توسط بیمه‌گذار براساس زمانبندی تعیین شده در صورتجلسه تنظیمی فی‌مابین، و عدم پرداخت حق بیمه، بیمه‌گر در ارتباط با قطع خدمات محق خواهد بود.

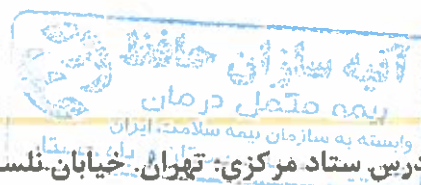
فصل سوم - تعهدات بیمه‌گر

ماده ۹ - تعهدات بیمه‌گر: در ازای دریافت حق بیمه مقرر موضوع ماده ۷ قرارداد تعهدات بیمه‌گر برای هر یک از بیمه‌شدگان با رعایت تبصره‌های ذیل عبارت است از:

تبصره ۱: در کلیه بندهای ماده ۹ و ۱۰، برای کلیه بیمه‌شدگان موضوع ماده ۴، فرانشیز قابل اعمال ۵ درصد می‌باشد. در صورت عدم ذکر اعمال فرانشیز بر روی هر تعهدی، بیمه‌گر مکلف به اعمال فرانشیز صفر می‌باشد. و یا در سایر موارد چنانچه مقدار فرانشیز دیگری صراحتاً ذکر شده باشد مورد عمل خواهد بود.

تبصره ۲: درمورد کلیه تعهدات بیمه‌گر پرداخت هزینه‌های مربوط به مراکز تشخیصی و درمانی، (به جز هزینه‌های دارویی) که آخرین تعرفه مصوب مراجع ذیصلاح قانونی در بخش دولتی و عمومی غیردولتی را رعایت نمایند بدون اعمال فرانشیز خواهد بود (در صورتی که مراکز فوق صرفاً بخشی از هزینه‌های انجام شده را طبق مصوبات هیئت وزیران محاسبه نمایند تسویه حساب هزینه‌های مذکور بدون اعمال فرانشیز و نسبت به سایر هزینه‌ها با احتساب فرانشیز خواهد بود).

تبصره ۳: در صورت استفاده از سهم بیمه‌گر پایه توسط بیمه‌شدگان بازنشسته و افراد تحت پوشش آنان، از پرداخت فرانشیز معاف بوده و در غیر اینصورت انجام تعهدات مشمول فرانشیز در کلیه بندهای ماده ۹ (با رعایت تبصره ۱ از بند ۳-۷) با اعمال ۲۵٪ فرانشیز خواهد بود. همچنین در صورتیکه این قبیل از بیمه‌شدگان مشمول جزء "ح" از بند ۱-۹ بوده و بیمه‌گر پایه تعهدی بابت هزینه پرداختی





نداشته باشد، تعهدات بیمه‌گر با اعمال فرانشیز به تعرفه مصوب مراجع ذیصلاح قانونی انجام خواهد شد و همچنین در خصوص هزینه‌های دارویی که سهم بیمه‌گر پایه در آن تعریف نشده است، تعهدات بیمه‌گر با اعمال فرانشیز انجام خواهد شد.

تبصره ۴: در صورت استفاده بیمه‌شده از مراکز درمانی غیرطرف قرارداد و استفاده از سهم بیمه‌گران مکمل، بیمه‌گر موظف است باقیمانده هزینه‌های مورد تعهد را پرداخت نماید، در هر صورت بیمه‌شده مجاز به دریافت خسارت از بیمه‌گران به مبلغی بیش از هزینه‌های انجام شده نیست. در صورت عدم دریافت سهم بیمه‌گر پایه، فرانشیز مندرج در قرارداد (۲۵٪) از هزینه‌های مزبور کسر خواهد شد. در مواردی که سهم دریافتی بیمه‌شده از سایر بیمه‌گرها (بیمه‌گر پایه یا بیمه‌گر مکمل) معادل و یا بیشتر از میزان فرانشیز مندرج در بیمه‌نامه شود فرانشیز کسر نخواهد شد.

تبصره ۵: در کلیه تعهدات بیمه‌گر، فرانشیز مربوطه به هزینه پرداختی توسط بیمه‌شده اعمال می‌گردد.

تبصره ۶: مبنای محاسبه هزینه‌های بیمه‌شدگان توسط بیمه‌گر در این فصل، طبق آخرین تعرفه اعلامی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی در هر بخش مرتبط با مراجعه بیمه‌شده (دولتی، خصوصی، عمومی غیردولتی، خیریه) قابل اجرا در تاریخ انجام هزینه و با رعایت کلیه تبصره‌های ماده ۹ (تبصره‌های ۱ تا ۵) می‌باشد.

۱-۹ تأمین هزینه‌های بیمارستانی و DAY-CARE شامل اعمال جراحی- درمان طبی و زایمان اعم از زودرس، طبیعی و سزارین و هزینه بستری شدن در بخش مراقبت‌های ویژه نظیر ICU، CCU و اطلاق ایزوله به شرح زیر می‌باشد:

الف - تعهدات بیمه‌گر در مورد اعمال جراحی و درمان طبی و زایمان در مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر در طول مدت قرارداد و به دفعات با استفاده از معرفی‌نامه بر اساس صورتحساب مراکز درمانی فوق با اعمال فرانشیز و با رعایت کلیه تبصره‌های ماده ۹ خواهد بود.

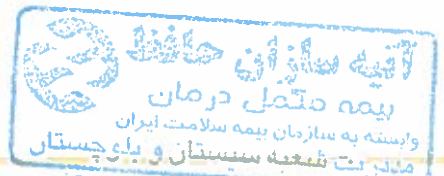
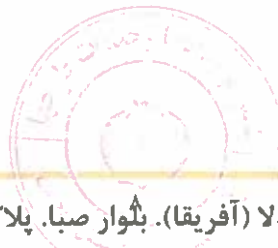
ب- بیمه‌گر باید حداکثر ظرف مدت پانزده روز کاری پس از تاریخ دریافت همه اسناد و مدارکی که بتواند به وسیله آنها میزان خسارت وارده و حدود تعهد خود را تشخیص دهد، خسارت را پرداخت کند.

ج- بیمه‌گر موظف است مدارک و مستندات لازم جهت پرداخت هر مورد خسارتی به بیمه‌شدگان را صرفاً بر اساس شیوه‌نامه اجرایی مشترک ضمیمه قرارداد از بیمه‌شدگان مطالبه نماید و بیمه‌گذاران نیز موظف به اطلاع‌رسانی این موارد به بیمه‌شدگان می‌باشند. در هر صورت بیمه‌شده موظف به ارائه مدارک بیشتر از آنچه که در ضمیمه آمده است نمی‌باشد.

د- اجرای تغییرات احتمالی در مصوبات، آیین‌نامه‌های مربوطه و شیوه‌نامه اجرایی، منوط به تأیید آن توسط مراجع ذیصلاح می‌باشد.

ه- تمامی مواردی که در طی دوره اجرای قرارداد به صورت صورتجلسه فی‌مابین وزارت نیرو و شرکت بیمه‌گر به امضا رسیده و ابلاغ می‌گردد در طول دوره قرارداد از تاریخ صورتجلسه لازم‌الاجرا می‌باشد.

و - هزینه اعمال جراحی قلب و جراحی مغز و اعصاب (بجز دیسک ستون فقرات) با اعمال فرانشیز قابل پرداخت می‌باشد.



تاریخ:

شماره:

پیوست:

ز- هزینه‌های سایر اعمال جراحی و درمان طبی و زایمان در کلیه بیمارستانها و مراکز جراحی محدود با رعایت کلیه تبصره‌های ماده ۹ قابل پرداخت می‌باشد.

ح- پرداخت هزینه‌های مربوط به بیماری‌های خاص و صعب‌العلاج براساس آخرین لیست وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و عناوین بیماری‌های مندرج در ضمیمه (۱) قرارداد (منظور از بیماری‌های خاص بر اساس تعاریف رسمی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌باشد که شامل تالاسمی، هموفیلی، دیالیز خونی و صفاقی) و بیماری‌های صعب‌العلاج (از جمله ام اس، کانسر، پارکینسون، هیپاتیت، ایدز، شیمی درمانی، متابولیک، بال پروانه‌ای، اوتیسم، CF، SMA، MPS، نارسایی مزمن کلیه، پمپه، گوشه، نیمن پیک C/D، دیستروفی عضلات دوشن، دیستروفی عضلات غیر دوشن، رتینوپاتی، سکتة مغزی ایسکمیک، سکتة مغزی هموراژیک، سکتة قلبی، پرفشاری شریان ریوی، روانی مزمن و صرع مقاوم به درمان، انواع پیوندها از قبیل: مغز استخوان (BMT)، کبد، قلب، روده، بانکراس، مولتی ویسرال، ریه و کلیه) بر اساس تعرفه‌های مصوب مراجع ذیصلاح قانونی در هر بخش بدون اعمال فرانشیز در طول دوره در تعهد بیمه‌گر خواهد بود. در خصوص اطلاق عنوان صعب‌العلاج به سایر بیماری‌ها و همچنین بیماری‌های ناشی از آن که مورد اختلاف طرفین می‌باشد با نظر کمیسیون پزشکی مشترک وزارت نیرو و بیمه‌گران اقدام خواهد شد.

ط- هزینه‌های مربوط به سوختگی ناشی از حوادث کاری و همچنین هزینه‌های ناشی از هر گونه حادثه حین انجام کار بدون اعمال فرانشیز تا پایان دوره درمان در تعهد بیمه‌گر جاری خواهد بود. مراتب حداکثر ظرف مدت ۵ روز کاری پس از حادثه به شرکت بیمه اعلام می‌گردد.

تبصره: در صورت اختلاف بیمه‌گر و بیمه‌گذار نسبت به چگونگی اجرای بند فوق (جزء ط) این موضوع در جلسات مربوط به موضوع جزء "ح" تبصره ذیل بند ۱-۹ قابل بررسی خواهد بود.

ی- هزینه‌های بستری (بجز نگهداری) جهت درمان بیماری‌های روانپریشی با اعمال فرانشیز قابل پرداخت می‌باشد.

۲-۹ در خصوص هزینه‌های تشخیصی- درمانی سرپایی از قبیل هزینه‌های رادیولوژی، پزشکی هسته‌ای، انواع اسکن (از جمله اسکن کف پا)، MRI، انواع سونوگرافی، آزمایش، پاتولوژی و آزمایشات ژنتیک، آزمایشات غربالگری جنین، فیزیوتراپی، ادیومتری، اپتومتری، گفتار درمانی، کار درمانی، لیزر درمانی، لیزر تراپی جهت درمان سایر بیماری‌های چشم (خونریزی شبکیه، جدایشگی شبکیه، قوز قرنیه و ...) و سایر خدمات تشخیصی- درمانی با اعمال فرانشیز و با رعایت کلیه تبصره‌های ماده ۹ پرداخت می‌شود.

۳-۹ انواع هزینه‌های اعمال جراحی که بطور سرپایی به منظور رفع عیوب انکساری (اصلاح دید چشم) انجام می‌پذیرد در صورت تأیید نمره چشم قبل از عمل توسط پزشک معتمد بیمه‌گر، برای هر چشم که ۳ دیوپتر و بیشتر (درجه نزدیک‌بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک‌بینی یا دوربینی به اضافه آستیگمات)) باشد، با رعایت کلیه تبصره‌های ماده ۹ و اعمال فرانشیز قابل پرداخت است.

۴-۹ هزینه‌های اقدامات تشخیصی و درمانی در مراکز تخصصی و فوق تخصصی با اعمال فرانشیز و با رعایت کلیه تبصره‌های ماده ۹ قابل جبران خواهد بود.

تاریخ:

شماره:

پیوست:

۹-۵ ویزیت پزشکان، مشاوران و کارشناسان پرونده‌دار معادل تعرفه در بخش مربوطه با اعمال فرانشیز قابل پرداخت است (تعرفه‌های بخش دولتی، خیریه و عمومی غیردولتی شامل فرانشیز نمی‌گردد).

۹-۶ هزینه داروهای درمانی (شیمیایی - گیاهی) که توسط پزشک معالج تجویز شده باشد و مورد تأیید وزارت بهداشت باشد براساس نرخ مصوب وزارت بهداشت و درمان آموزش پزشکی و با اعمال فرانشیز قابل پرداخت می‌باشد.

تبصره ۱: هزینه داروهای خارجی که تولید داخلی دارند چنانچه پزشک متخصص معتمد بیمه‌گر لزوم مصرف و میزان آن داروی خارجی را تأیید نماید (در غیر این صورت بررسی نسخه می‌بایست از طرف پزشک متخصص معتمد بیمه‌گر با ارائه مستندات انجام شده باشد) با اعمال فرانشیز قابل جبران می‌باشد.

تبصره ۲: هزینه داروهای خارجی که تولید داخلی ندارند در صورت تجویز پزشک متخصص معتمد بیمه‌گر لزوم مصرف و تأیید ضرورت مصرف و نام تجاری دارو و مقدار مصرف آن از سوی پزشک معتمد بیمه‌گر (در صورت عدم تأیید نسخه توسط بیمه‌گر، بررسی می‌بایست از طرف پزشک متخصص معتمد بیمه‌گر انجام شده باشد)، براساس قیمت پرداخت شده در مراکز رسمی (نظیر هلال احمر، داروخانه سیزده آبان و مراکز دارویی تک نسخه‌ای) با اعمال فرانشیز قابل جبران است. در سایر موارد با اعمال فرانشیز و براساس شیوه نامه اجرایی مشترک اقدام خواهد شد.

تبصره ۳- هزینه سرنگ، قلم و سرسوزن قلم انسولین، آب مقطر، آنژیوکت، ست سرم، اسکالپ وین و انواع پانسمان که جزء ملزومات دارویی محسوب می‌گردد و همچنین هرگونه تزریقات با جنبه درمانی براساس نرخ مصوب مراجع ذیصلاح قانونی همراه نسخه اصلی دارویی پزشک با اعمال فرانشیز قابل جبران است.

تبصره ۴- هزینه دستگاه تست قند خون (صرفاً برای بیماران دیابتی وابسته به انسولین یکبار در دوره قرارداد برای هر خانواده) حداکثر تا سقف ۵,۰۰۰,۰۰۰ (پنج میلیون) ریال بدون فرانشیز و نوار تست قند خون برای هر بیمار دیابتی در صورتی که پزشک متخصص معتمد بیمه‌گر تعداد مصرف روزانه آن را تأیید نماید حداکثر تا ۱۰۰ عدد در ماه با تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر قابل جبران است.

تبصره ۵- بیمه‌گر تعهد می‌نماید تا کلیه داروخانه‌های طرف قرارداد نسبت به ارائه داروهای موجود به شرح ذیل اقدام نمایند:

۱- داروخانه‌های منتخب طرف قرارداد با توزیع مناسب بر اساس نظر بیمه‌گذار برای بیماران خاص و صعب‌العلاج تا سقف ۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰ (دویست میلیون) ریال و برای داروهای مرتبط با نوع بیماری بدون تأیید بیمه‌گر سایر بیماران تا سقف ۷۰,۰۰۰,۰۰۰ (هفتاد میلیون) ریال.

۲- در مورد سایر داروخانه‌های طرف قرارداد تا سقف ۷۰,۰۰۰,۰۰۰ (هفتاد میلیون) ریال برای کلیه نسخ دارویی.

۹-۷ هزینه مربوط به پروتزهایی که در بدن بکار می‌رود (از جمله پروتز حلقون گوش و پروتزهایی که به دلیل بیماری و یا حوادث جایگزین عضو اصلی می‌شوند) با توجه به نوع عمل جراحی و کسر فرانشیز با تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر و رعایت ماده ۵ محاسبه و پرداخت می‌شود.

تاریخ:

شماره:

پیوست:

۹-۱۳ هزینه‌های انجام شده با ارائه اصل مدارک و صورت حسابهای درمانی و بر اساس مفاد قرارداد قابل پرداخت است. در مواردی که بیمه‌شده اصل مدارک را جهت دریافت قسمتی از هزینه‌های انجام شده سهم سایر مراجع ذیربط به آنها ارائه نموده باشد، بیمه‌گر تعهدات خود را (مازاد هزینه‌ها) پس از دریافت تصویر مصدق مدارک ذکر شده به همراه تصویر چک یا اصل گواهی مربوطه انجام خواهد داد. همچنین بیمه‌گر متعهد به ارائه اصل مدارک و یا تصویر مصدق آن برای ارائه به سایر مراجع ذیربط بر اساس درخواست بیمه‌شده و نیاز آن مراجع می‌باشد.

۹-۱۴ بیمه‌گر متعهد می‌گردد لیست کلیه مراکز طرف قرارداد خود را حداکثر ظرف ۱۵ روز کاری کتباً به بیمه‌گذار اطلاع دهد و همچنین بیمه‌گر طبق روال در جهت دستیابی مستقیم بیمه‌شدگان به مراکز درمانی تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی و خدمات درمانی و ... در چارچوب تعرفه‌های مصوب دولت اقدام خواهد نمود به نحوی که بیمه‌شدگان بتوانند مشابه افراد تحت پوشش سازمانهای مزبور از خدمات این مراکز استفاده نمایند. بدین منظور بیمه‌گر لازم است از طریق عقد قرارداد و یا از طرق دیگر و براساس لیست مراکز درمانی مورد درخواست بیمه‌گذار، امکان استفاده از این مراکز را بدون پرداخت وجهی بر اساس مفاد قرارداد مازاد بر آنچه که افراد تحت پوشش سازمانهای مزبور می‌پردازند، قبل از ترخیص و در زمان تسویه حساب بیمه‌شده با آن مرکز فراهم نماید.

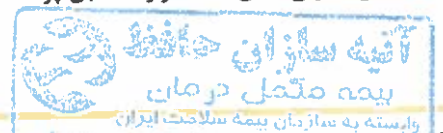
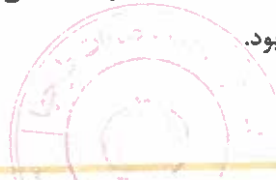
۹-۱۵ بیمه‌گذار موظف است لیست مراکز بیمارستانی و سایر مراکز درمانی- تشخیصی مورد درخواست خود را همراه با لیست اولیه بیمه‌شدگان به صورت مکتوب به بیمه‌گر ارائه نماید، همچنین بیمه‌گر مکلف است با مراکز درمانی مورد درخواست بیمه‌گذار قرارداد منعقد نماید، در صورتی که در هر زمانی از اجرای قرارداد، بیمه‌گر موفق به انعقاد قرارداد با حداقل ۸۰ درصد مراکز بیمارستانی مورد درخواست بیمه‌گذار نشود و یا به دلیل لغو قرارداد با مراکز درمانی به هر شکل (از سوی هر یک از طرفین)، این موضوع اتفاق افتد (و این مراکز بیمارستانی با حداقل ۲ شرکت بیمه بازرگانی حتی خارج از قرارداد وزارت نیرو قرارداد داشته باشند) و بیمه‌شده به مراکز بیمارستانی (صرفاً بستری و Day care) مورد درخواستی که غیر طرف قرارداد بیمه‌گر می‌باشند، مراجعه نماید بیمه‌گر مکلف به جبران هزینه‌های وی بدون درنظر گرفتن تعرفه و صرفاً با کسر فرانشیز با رعایت تبصره‌های ذیل ماده ۹ می‌باشد.

۹-۱۶ بیمه‌گر می‌تواند مدارک ارائه شده از طرف بیمه‌گذار و یا بیمه‌شده را با رعایت جزءهای "ج" و "د" از بند ۱-۹ بررسی نموده و در مورد چگونگی درمان و معالجه وی تحقیق نماید. در این رابطه بیمه‌گر موظف است همزمان با مبادله قرارداد مدارک و مستندات عمومی مورد نیاز در ارتباط با موضوعات قرارداد را مطابق جزءهای "ج" و "د" از بند ۱-۹ به بیمه‌گذار اطلاع‌رسانی کند.

۹-۱۷ بیمه‌گر موظف است حداقل در یکی از بیمارستانهای خصوصی مراکز استانها کلیه خدمات تشخیصی و درمانی را به بیمه‌شدگان صنعت آب و برق ارائه دهد.

۹-۱۸ هزینه‌های خارج از کشور:

الف) هزینه‌های درمانی خارج از کشور بیمه‌شدگان در صورت تأیید اصل مدارک توسط سفارت یا کنسولگری و یا دفاتر حافظ منافع جمهوری اسلامی ایران در آن کشور پس از ترجمه رسمی مدارک و با موافقت کتبی وزارت نیرو حداکثر برابر بالاترین نرخ مصوب مراجع ذیصلاح قانونی طبق مفاد قرارداد قابل پرداخت خواهد بود.



تاریخ:

شماره:

پیوست:

ب) پرداخت هزینه‌های آزمایشات تشخیصی که امکان انجام آن در ایران وجود نداشته و فاقد تعرفه مصوب می‌باشد در کمیسیون موضوع جزء "ح" بند ۱-۹ مطرح و تصمیم‌گیری خواهد شد.

تبصره ۱: در صورت کامل بودن مدارک مورد نیاز و تأیید آن توسط پزشک بیمه‌گر هزینه‌های انجام شده با رعایت مفاد این قرارداد حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز کاری از تاریخ تحویل مدارک، به بیمه‌شده پرداخت و یا به حساب بانکی وی واریز می‌گردد.

۱۹-۹ بیمه‌گر موظف است آمار و اطلاعات مورد درخواست بیمه‌گذار را در اختیار وی قرار دهد.

۲۰-۹ بیمه‌گر موظف است امکان دسترسی بیمه‌گذار و کلیه بیمه‌شدگان را به منظور پیگیری خسارتها در سیستم آنلاین خود حداقل به مدت یکسال پس از انقضای قرارداد فراهم نماید.

۲۱-۹ بیمه‌گر موظف است تیم جمع‌آوری نسخ و پزشک معتمد خود را در کلیه شرکت‌های بیمه‌گذار به ساختمانهای اداری مراکز استانها و شهرستانها با هماهنگی بیمه‌گذار اعزام نماید.

۲۲-۹ بیمه‌گر موظف است شیوه نامه اجرایی مشترک ضمیمه قرارداد را جهت اجرا به کلیه شعب خود ابلاغ نماید و آموزش‌های لازم را به آنها ارائه دهد. در صورت ابلاغ بخشنامه مزاد بر آن توسط بیمه‌گر به شعب، رونوشت آن می‌بایست به وزارت نیرو ارسال گردد. بدیهی است صرفاً شیوه نامه اجرایی مشترک ضمیمه قرارداد، مبنای ارائه مستندات بمنظور محاسبات جبران هزینه‌ها و اجرای آن در شعب بیمه‌گر می‌باشد.

ماده ۱۰ - خدمات دندانپزشکی

۱۰-۱ تعهدات مربوط به ایمپلنت تا سقف ۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰ (یکصد و بیست میلیون) ریال و تعهدات مربوط به گروه دندانپزشکی عمومی منجمه کشیدن، پر کردن، جراحی لثه، بریج، روت کانال (درمان ریشه)، روکش، ارتودنسی، جرم‌گیری و بروساژ با اعمال فرانشیز و در صورت مراجعه بیمه‌شده به بخش خصوصی با در نظر گرفتن بالاترین تعرفه مراجع ذیصلاح قانونی و در صورت مراجعه بیمه‌شده به بخش دولتی تعرفه بخش دولتی ملاک محاسبه می‌باشد، برای هر یک از بیمه‌شدگان (بیمه‌شده اصلی شاغل و افراد تحت تکفل وی و همسر و فرزندان غیرتحت تکفل کارکنان اناث، فرزندان ذکور مجرد غیرتحت تکفل و فرزندان ذکور غیرتحت تکفل متأهل و همسر آنان) در طول مدت قرارداد مورد تعهد بیمه‌گر می‌باشد.

تعهدات دندانپزشکی برای خانوار بازنشستگان (از کارافتادگان)، مستمری بگیران، وظیفه بگیران (افراد تحت تکفل و غیرتحت تکفل) و والدین غیرتحت تکفل بیمه‌شده اصلی شاغل (در مجموع) تا سقف مبلغ ۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰ (یکصد میلیون) ریال با اعمال فرانشیز و در صورت مراجعه بیمه‌شده به بخش خصوصی با در نظر گرفتن بالاترین تعرفه مراجع ذیصلاح قانونی و در صورت مراجعه بیمه‌شده به بخش دولتی تعرفه بخش دولتی ملاک محاسبه است، در طول مدت قرارداد در تعهد بیمه‌گر می‌باشد.

تبصره ۱: جبران هزینه جراحی لثه به منظور درمان تومور در صورتیکه منجر به بستری شود از محل تعهد بند ۱-۹، و در صورت انجام جراحی به صورت سرپایی از محل تعهد بند ۲-۹ قابل پرداخت است.

تاریخ:

شماره:

پیوست:

تبصره ۲: چنانچه برای انجام هر یک از خدمات دندانپزشکی، بیمه‌شده نیاز به بیهوشی و یا بستری داشته باشد هزینه‌های آن از محل تعهدات بند ۱-۹ با تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر پرداخت می‌شود.

تبصره ۳: جبران هزینه‌های ارتودنسی، جرم‌گیری و بروساژ با ارائه مدارک مثبت اعلامی با تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر است.

۲-۱۰ بیمه‌گر بمنظور تسهیل در ارائه خدمات دندانپزشکی و کسب رضایت بیمه‌شدگان به تناسب تعداد بیمه‌شدگان به تعداد کافی و توزیع مناسب در کلیه شهرستانها و شهرهای کشور با کلینیک‌های دندانپزشکی و یا دندانپزشکان، قرارداد منعقد خواهد نمود.

۳-۱۰ چنانچه بیمه‌گر در هر شهر یا شهرستانی دندانپزشک و یا مراکز دندانپزشکی طرف قرارداد نداشته باشد تا انعقاد قرارداد با مراکز دندانپزشکی و دندانپزشکان و اعلام مراتب به بیمه‌گذار کماکان نسبت به تسویه هزینه‌های دندانپزشکی بیمه‌شدگان طبق مفاد قرارداد اقدام خواهد نمود (در موارد اورژانس که در مسافرت و مأموریت پیش می‌آید با تأیید دندانپزشک معتمد بیمه‌گر مطابق مفاد قرارداد قابل پرداخت است).

تبصره ۱: در هر صورت بیمه‌گر موظف است بر اساس ارائه اسناد مثبت تعهدات خود را در پرداخت هزینه‌های مربوط به دندان انجام دهد.

ماده ۱۱- ضرب الاجل تسلیم اسناد هزینه‌ها:

حداکثر مهلت تحویل اسناد هزینه‌های درمانی به بیمه‌گر در مورد هزینه‌های سرپایی ۳ ماه و در مورد هزینه‌های بیمارستانی ۶ ماه از تاریخ هزینه می‌باشد. در صورت استفاده از پوشش سایر بیمه‌ها مهلت فوق از تاریخ دریافت سهم از سایر بیمه‌ها توسط بیمه‌شده، مورد عمل می‌باشد. بدیهی است بعد از انقضای این مدت، بیمه‌گر تعهدی نسبت به پرداخت خسارت در قبال مدارک ارائه شده نخواهد داشت.

ماده ۱۲- استثنائات:

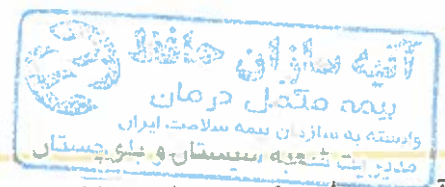
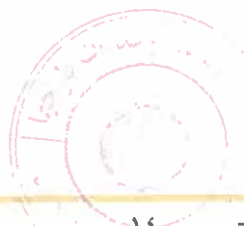
استثنائات این قرارداد در چارچوب ماده ۱۴ آیین‌نامه شماره ۹۹ شورای عالی بیمه می‌باشد و بر این اساس، صرفاً موارد زیر از شمول تعهدات بیمه‌گر خارج هستند:

۱- از بین بردن عیوب مادرزادی، مگر در مواردی که با تشخیص پزشک معالج و با تأیید پزشک متخصص معتمد بیمه‌گر جنبه درمانی داشته باشد.

۲- اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام پذیرد.

تبصره: هزینه اعمال جراحی ترمیمی ناشی از حادثه و مواردی که بر عملکرد اندام بیمه‌شده تاثیرگذار است از شمول این بند خارج است.

۳- حوادث ناشی از آتشفشان و فعل و انفعالات هسته‌ای.



۴- هزینه‌های مربوط به تهیه داروهای مکمل، لوازم آرایشی و متفرقه از قبیل شیر خشک (به جز موارد مشمول ماده ۶۹ قانون تأمین اجتماعی)، صابون، شامپو، خمیر دندان، و ... (مگر مواردی که جنبه درمانی داشته و ضرورت مصرف آن توسط پزشک معالج با ذکر نوع بیماری قید شده و به تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر برسد).

تبصره: کلیه هزینه‌های مربوط به لوازم اساسی مصرفی که در اتاق عمل مراکز درمانی استفاده می‌شود و یا جزء ملزومات درمانی است و مربوط به موارد جانبی، بهداشتی و امثالهم (مثل: ماسک، دستکش، گان، دمپایی ...) نیست، مشمول استثنائات نمی‌شود.

۵- هزینه‌های ترک اعتیاد.

۶- هر نوع چکاپ و آزمایشات دوره‌ای (برابر قانون کار، این هزینه‌ها به عهده کارفرما می‌باشد).

۷- کلیه هزینه‌های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و تعرفه آن از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین و اعلام نگردیده است.

۸- هزینه‌های درمان ناشی از حوادث عمدی در نزاع و درگیری فردی و گروهی مگر اینکه طبق نظر مراجع ذیصلاح قانونی ناشی از دفاع از خود باشد.

۹- سقط جنین مگر در موارد قانونی با تشخیص پزشک معالج.

۱۰- عوارض مستقیم ناشی از مصرف مواد مخدر، روان‌گردان و مشروبات الکلی به تشخیص پزشک معالج.

بخش دوم: شرایط فسخ قرارداد

به دلیل اجرای سراسری این توافقنامه با شرایط یکسان در کل کشور که به تأیید بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران رسیده است، بیمه‌گر نمی‌تواند یکطرفه براساس بندهای ۲ و ۳ از قسمت "الف" ماده ۲۱ آیین‌نامه شماره ۹۹ شورای عالی بیمه اقدام به فسخ قرارداد بدون تأیید وزارت نیرو و بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران نماید، همچنین بیمه‌گذار نیز نمی‌تواند یکطرفه به استناد بند ۱ از قسمت "ب" ماده ۲۱ آیین‌نامه مذکور اقدام به فسخ قرارداد نماید. ضمناً علاوه بر رعایت بند ۱ از قسمت "الف" و بندهای ۲ و ۳ از قسمت "ب" آیین‌نامه مورد اشاره لازم است مواد ذیل هنگام اجرای نحوه فسخ قرارداد در نظر گرفته شود:

ماده ۱- در صورت عدم رعایت وظایف بیمه‌گذار مطابق فصل دوم از بخش اول این قرارداد، و تمایل بیمه‌گر به فسخ قرارداد لازم است تا موضوع نخست کتباً به شرکت مادرتخصصی مربوطه با ذکر علت تمایل به فسخ به همراه مستندات اعلام گردد، شرکت مادرتخصصی در فاصله زمانی حداکثر یک هفته کاری بعد از دریافت نامه بیمه‌گر موضوع را در جلسات مشترک بین بیمه‌گر و بیمه‌گذار بررسی و در صورت عدم حل مشکل حداکثر در فاصله زمانی یک ماه از اعلام کتبی بیمه‌گر به شرکت مادرتخصصی، موضوع با پیوست مدارک و صورتجلسات به وزارت نیرو از طریق شرکت مادرتخصصی منعکس گردد، وزارت نیرو حداکثر یک هفته کاری بعد از دریافت نامه شرکت مادرتخصصی، تصمیم نهایی را به بیمه‌گر و بیمه‌گذار اعلام خواهد نمود.

تاریخ:

شماره:

پیوست:

ماده ۲- در صورت عدم رعایت وظایف بیمه‌گر مطابق فصل سوم از بخش اول این قرارداد، و تمایل بیمه‌گذار به فسخ قرارداد لازم است تا موضوع نخست کتباً به شرکت مادرتخصصی مربوطه با ذکر علت تمایل به فسخ به همراه مستندات اعلام گردد، شرکت مادرتخصصی در فاصله زمانی حداکثر یک هفته کاری بعد از دریافت نامه بیمه‌گذار موضوع را در جلسات مشترک بین بیمه‌گر و بیمه‌گذار بررسی و در صورت عدم حل مشکل حداکثر در فاصله زمانی یک ماه از اعلام کتبی بیمه‌گذار به شرکت مادرتخصصی، موضوع با پیوست مدارک و صورتجلسات به وزارت نیرو از طریق شرکت مادرتخصصی منعکس گردد، وزارت نیرو حداکثر یک هفته کاری بعد از دریافت نامه شرکت مادرتخصصی، تصمیم نهایی را به بیمه‌گر و بیمه‌گذار اعلام خواهد نمود.

ماده ۳- با رعایت مواد ۱ و ۲ این بخش و در صورت اعلام تصمیم نهایی مبنی بر فسخ قرارداد، نحوه تسویه حق بیمه، زمانبندی تسویه و پرداخت غرامات در جلسات مشترک فی‌مابین نمایندگان بیمه‌گذار، بیمه‌گر، شرکت مادرتخصصی و وزارت نیرو با رعایت موارد ذیل انجام خواهد شد.

- اجرای بندهای ۱ و ۲ از قسمت "د" ماده ۲۱ آیین‌نامه شماره ۹۹ شورای عالی بیمه
- به منظور رعایت نسبت ۷۵ درصد از خسارت پرداختی و معوق به حق بیمه پرداختی در چارچوب این قرارداد، موضوع بند ۲ از قسمت "د" ماده ۲۱ آیین‌نامه مذکور:

الف) تکمیل جدول ضمیمه (۲) به منظور محاسبه خسارت پرداختی در چارچوب این قرارداد

ب) محاسبه خسارت معوق بیمه‌گر براساس آخرین جدول IBNP یا خسارات معوق مر بوط به سال جاری، ارسال شده به وزارت نیرو

ج) محاسبه نسبت خسارت پرداختی و معوق به حق بیمه پرداختی در چارچوب این قرارداد براساس موارد الف و ب

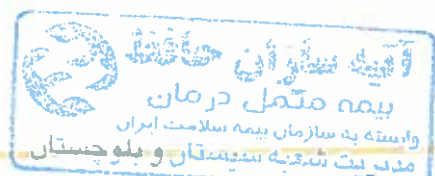
ماده ۴- در صورت تمایل به ادامه همکاری طرفین به رغم عدم رعایت وظایف یک یا هر دو طرف براساس بخش اول این تفاهم‌نامه، مبنای محاسبه ارزش ریالی ارقام، در زمان تسویه، تاریخ قطع همکاری فی‌مابین خواهد بود. لذا در صورت عدم رعایت هر یک از مواد ۱ و ۲ در این بخش به ترتیب توسط بیمه‌گر و بیمه‌گذار، ضرر و زیان ناشی از جرائم و ارزش ریالی ارقام (حق بیمه و غرامات) از لحاظ حقوقی به عهده شاکی خواهد بود.

بخش سوم: مقررات گوناگون

ماده ۱- بیمه‌گر و بیمه‌گذار سعی خواهند نمود هر گونه اختلاف ناشی از تفسیر یا اجرای این قرارداد را از طریق مذاکره حل و فصل نمایند.

ماده ۲- به منظور تسریع در انجام امور بیمه‌ای و پرداخت خسارت، در صورت لزوم حق بررسی دفاتر و اسناد طرفین موضوع این قرارداد جهت بیمه‌گر و بیمه‌گذار محفوظ می‌باشد.

ماده ۳- در مواردی که در این قرارداد ذکری از آن به میان نیامده است حسب ضرورت موضوع در کمیسیونی مشترک متشکل از نمایندگان بیمه‌گر و بیمه‌گذار مطرح و پس از توافق انجام و یا در صورت لزوم مراتب جهت اخذ مجوز به بیمه مرکزی ایران اعلام خواهد شد.



تاریخ:

شماره:

پیوست:

ماده ۴ - موارد مسکوت یا پیش‌بینی نشده در این قرارداد تابع شرایط عمومی بیمه‌های درمان، عمر و حوادث و قانون، مقررات و مصوبات بیمه در جمهوری اسلامی ایران خواهد بود.

ماده ۵ - مدت اعتبار این قرارداد یک سال تمام هجری شمسی، از ساعت صفر بامداد ۱۴۰۳/۵/۱ شروع و در ساعت صفر بامداد ۱۴۰۴/۵/۱ منقضی می‌گردد و تمدید یا تجدید نظر در شرایط و مفاد آن برای دوره یک ساله بعد براساس قرارداد جدید عملی خواهد بود.

ماده ۶ - در صورت فسخ یا عدم تمدید قرارداد در پایان هر دوره یک ساله اعم از اینکه بیمه‌گذار و یا بیمه‌گر مایل به تمدید آن نباشند مسئولیت طرفین در مورد انجام تعهدات و تسویه حسابهای فیما بین با توجه به کلیه مفاد این قرارداد و توافقاتنامه کماکان به حال و قوت خود باقی است.

ماده ۷ - بیمه‌گذار و بیمه‌گر مکلف هستند در بیمه درمان پایه و مکمل حداکثر ظرف مدت ۴ ماه پس از انقضاء مدت مقرر، نسبت به تسویه حسابهای قرارداد اقدام نمایند.

ماده ۸ - بیمه‌گر موظف است میزان دسترسی بیمه‌شدگان به مراکز درمانی طرف قرارداد را از نظر کمی و کیفی کاهش ندهد در غیر اینصورت موظف است دلایل موجه کاهش (این کاهش شامل لغو قرار داد با بخش‌های مختلف بیمارستانی و سایر مراکز درمانی طرف قرار داد نیز می‌شود) را به وزارت نیرو و بیمه‌گذار اعلام نماید.

ماده ۹ - سهم بیمه‌شده در مراکز طرف قرارداد بیمه‌گر تنها فرانشیز و موارد مرتبط با ماده ۵ بخش اول بیمه‌نامه می‌باشد. چنانچه مبلغ مازاد بر آن از بیمه‌شده توسط مراکز مذکور درخواست و اخذ گردد، بیمه‌گر موظف به جبران آن می‌باشد.

ماده ۱۰ - در صورت نیاز به بستری شدن بیمه‌شده در مراکز درمانی غیر طرف قرارداد بیمه‌گر موظف به در نظر گرفتن تمهیدات لازم جهت پرداخت اولیه وجه مورد درخواست مرکز در زمان اقدام به بستری بیمه‌شده با هماهنگی بیمه‌گذار می‌باشد.

ماده ۱۱ - بیمه‌گر موظف است تمهیداتی را اجرا نماید که امکان استفاده از پوشش درمانی در هر کجای کشور بدون انجام فرآیندهای اداری اضافی و مستقل از محل شعبه و واحد اجرایی بیمه‌گر برای بیمه‌شده مهیا شده و هزینه درمانی بیمه‌شده بدون توجه به موقعیت جغرافیایی بیمه‌گذار در هر شهر مورد مراجعه بیمه‌شده به مراکز طرف قرارداد پرداخت شود.

ماده ۱۲ - بیمه‌گر موظف است هزینه‌های تشخیصی و درمانی ناشی از حوادث نقلیه موتوری که بیمه‌شده مقصر حادثه نیست را با رعایت اصل جانشینی پرداخت نماید.

ماده ۱۳ - کلیه هزینه‌های مربوط به شیوع بیماری و واگیردار (از قبیل واکسیناسیون، آزمایشات و ...) تحت پوشش بیمه خواهد بود.

ماده ۱۴ - حق بیمه رشته‌های مختلف بیمه‌ای از یکدیگر منفک و مجزا می‌باشند و تبعات عدم اجرای تعهدات بیمه‌گذار در یک رشته به سایر رشته‌های بیمه‌ای قابل تسری نمی‌باشد.

ماده ۱۵ - این قرارداد در بخش یک مشتمل بر ۱۲ ماده و ۳۶ تبصره و ۴۱ بند، در بخش دو شامل ۴ ماده و در بخش سه شامل ۱۵ ماده و در هفت نسخه تنظیم و مبادله گردیده است. به دلیل اجرای سراسری این قرارداد در کل کشور، هیچ یک از شعب بیمه‌گر و بیمه‌گذار مشمول این قرارداد مجاز به تغییر در مفاد آن نمی‌باشند.

بیمه‌گذار
شرکت سهامی آب منطقه‌ای سیستان و بلوچستان

بیمه‌گر
شرکت آتیه سازان حافظ سیستان و بلوچستان
مدیریت شعبه سیستان سلامت ایران

بسمتعالی



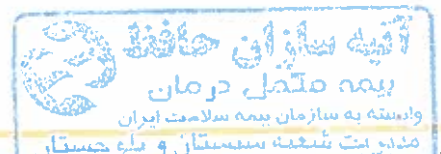
تاریخ:

شماره:

پیوست:

(ضمیمه ۱)

| ردیف | بیماری | مدرك مورد نیاز جهت تایید |
|------|--|---|
| ۱ | تالاسمی | ارائه جواب آزمایش خون و الکترولیت هموگلوبین (الکتروفورسیر) |
| ۲ | هموفیلی | ارائه تست فاکتورهای انعقادی ، جواب آزمایش خون ، تست فعال شدن نسبی ترومبوپلاستین، تست زمان پروترومین، تست فیبرینوژن |
| ۳ | دیالیز (خونی و صفاتی) | ارائه کارت انجمن دیالیز و یا آزمایش نشان دهنده عدم فعالیت کلیه‌ها |
| ۴ | مالتیپل اسکلروزیس - ام اس | جواب ام آر آی مغز و نخاع و یا کارت انجمن ام اس |
| ۵ | سرطان‌ها (cancer) | جواب پاتولوژی + نسخ تجویزی |
| ۶ | پارکینسون | ارائه نسخه پزشک متخصص مغز و اعصاب |
| ۷ | هپاتیت | ارائه جواب آزمایش‌های هپاتیت |
| ۸ | ایدز | ارائه جواب آزمایش ایدز |
| ۹ | شیمی درمانی و رادیو تراپی | ارائه جواب پاتولوژی که نشان دهنده بدخیمی باشد + نسخه‌های تجویزی |
| ۱۰ | متابولیک موکوپلی سایکاریدوز | ارائه جواب آزمایش ادرار که نشان دهنده میزان زیاد موکوپلی ساکارید در آن هست و نسخ پزشک متخصص، ارائه جواب پاتولوژی بافت درگیر |
| ۱۱ | بال پروانه ای | ارائه جواب نمونه برداری از پوست بیمار |
| ۱۲ | صرع مقاوم به درمان | نوار مغز + نسخه پزشک معالج مغز و اعصاب |
| ۱۳ | SMA | نوار عصب و عضله و آزمایشات + نسخه پزشک معالج مغز و اعصاب |
| ۱۴ | اوتیسم | نسخه پزشک معالج روانپزشک فوق تخصصی کودکان |
| ۱۵ | CF (سیستیک فیبروزیس) | آزمایشات تخصصی |
| ۱۶ | پمپه | آزمایشات تخصصی ژنتیکی + سلولی بدو تولد و یا شروع علائم همراه با نسخه پزشک فوق تخصص متابولیک کودکان |
| ۱۷ | گوشه | آزمایشات تخصصی ژنتیکی + سلولی بدو تولد و یا شروع علائم همراه با نسخه پزشک فوق تخصص متابولیک کودکان |
| ۱۸ | نیمین بیک C/D | آزمایشات تخصصی ژنتیکی + سلولی بدو تولد و یا شروع علائم همراه با نسخه پزشک فوق تخصص متابولیک کودکان |
| ۱۹ | دیستروفی عضلات دوشن | نوار عصب و عضله و آزمایشات خاص + نسخ پزشک |
| ۲۰ | دیستروفی عضلات غیردوشن | نوار عصب و عضله و آزمایشات خاص + نسخ پزشک |
| ۲۱ | پیوند کلیه | اسناد پزشکی پیوند + نسخه‌های تجویزی |
| ۲۲ | پیوند کبد | اسناد پزشکی پیوند + نسخه‌های تجویزی |
| ۲۳ | پیوند قلب | اسناد پزشکی پیوند + نسخه‌های تجویزی |
| ۲۴ | پیوند ریه | اسناد پزشکی پیوند + نسخه‌های تجویزی |
| ۲۵ | پیوند پانکراس | اسناد پزشکی پیوند + نسخه‌های تجویزی |
| ۲۶ | پیوند روده | اسناد پزشکی پیوند + نسخه‌های تجویزی |
| ۲۷ | پیوند قرنیه | اسناد پزشکی پیوند + نسخه‌های تجویزی |
| ۲۸ | پیوند مولتی ویرال | اسناد پزشکی پیوند + نسخه‌های تجویزی |
| ۲۹ | پیوند سلولهای بنیادی خون ساز (مغز استخوان) | اسناد پزشکی پیوند + نسخه‌های تجویزی |



کد پستی: ۱۹۱۷۷۷۳۴۹۹

www.Atiyehsazan.ir

آدرس سناد مرکزی: تهران، خیابان تلسون ماندلا (آفریقا)، بلوار صبا، پلاک ۱۵

Email:Info@atiyehsazan.ir

مرکز ارتباط با مشتریان: ۰۲۱-۷۵۰۱۳

مدارک لازم جهت ارائه به بیمه‌گر برای بیماران خاص و صعب‌العلاج

| ردیف | بیماری | مدارک مورد نیاز جهت تأیید |
|------|---|---|
| ۳۰ | سکته قلبی | نوار قلب + آزمایشات + مدارک بیمارستانی + نسخ تجویزی |
| ۳۱ | سکته مغزی ایسکمیک | CT Scan در نوبتهای متوالی + نسخ تجویزی |
| ۳۲ | سکته مغزی هموراژیک | MRI + CT Scan یا آنژیوگرافی مغزی + نسخ تجویزی |
| ۳۳ | پرفشاری شریان ریوی | آنژیو اسکن + تشخیص پزشک + داروهای تجویزی |
| ۳۴ | رتینوپاتی | عکسبرداری تخصصی شبکه چشم + نسخ تجویزی |
| ۳۵ | روانی مزمن | نسخ تجویزی روانپزشک |
| ۳۶ | دیستروفی کمر بند شانه و لگن ، دیستروفی FSHD دیستروفی مادرزادی و میوپاتی (غیردوشن) | نوار عصب و عضله + نسخ داروهای تجویزی |
| ۳۷ | نارسایی مزمن کلیه | سونوگرافی + اسکن کلیه‌ها + نسخ تجویزی |
| ۳۸ | متابولیک ام پی اس | آزمایش اختصاصی |
| ۳۹ | نقص سیستم ایمنی اولیه | آزمایش اختصاصی |
| ۴۰ | فیل کتونوری کلاسیک | آزمایش اختصاصی |
| ۴۱ | فیل کتونوری غیر کلاسیک | آزمایش اختصاصی |
| ۴۲ | تیروزینمی | آزمایش اسیدهای آمینه |
| ۴۳ | بیماری ادرار شربت افرا (MSUD) | آزمایش اسیدهای آمینه |
| ۴۴ | اختلال سیکل اوره (NAGS deficiency) | آزمایش اسیدهای آمینه |
| ۴۵ | اختلال اکسیداسیون اسیدهای چرب (MCADD) | آزمایش اسیدهای آمینه |
| ۴۶ | گلوکزیک اسیدوزی | آزمایش اسیدهای آمینه |
| ۴۷ | هموسیتوزی کلاسیک | آزمایش اسیدهای آمینه |
| ۴۸ | هموسیتوزی غیر کلاسیک | آزمایش اسیدهای آمینه |
| ۴۹ | متیل مالونیک اسیدوزی کلاسیک | آزمایش اسیدهای آمینه |
| ۵۰ | متیل مالونیک اسیدوزی غیر کلاسیک | آزمایش اسیدهای آمینه |
| ۵۱ | پروپونیک اسیدمی | آزمایش اسیدهای آمینه |
| ۵۲ | ایزووالریک اسیدمی (IVA) | آزمایش اسیدهای آمینه |
| ۵۳ | اختلال ارگانیک اسیدمی | آزمایش اسیدهای آمینه |
| ۵۴ | آدرنولکودیستروفی (ALD) | اسکن + آزمایش |
| ۵۵ | گالاکتوزمی | آزمایش |
| ۵۶ | سوء جذب گلوکز گالاکتوز (GGMA) | آزمایش |
| ۵۷ | هایپرلیپوپروتینمی | آزمایش |
| ۵۸ | هیپرتالپوپروتینمی | آزمایش |
| ۵۹ | آبتالپوپروتینمی | آزمایش |
| ۶۰ | کمبود آدنوزین کیناز (Adenosine kinase deficiency) | آزمایش اختصاصی |
| ۶۱ | سلیاک اطفال | آزمایش + اسکن یا MRI + آندوسکپی و کولونوسکپی |



تاریخ:

شماره:

پیوست:

ضمیمه (۲)

ضمیمه تعهدنامه بند ۳-۴ از بخش یک قرارداد

شرکت بیمه

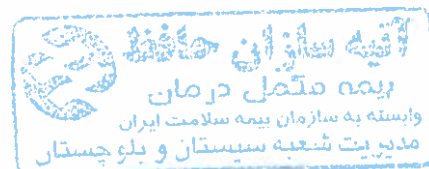
نظر به اینکه فرزندان اینجانب از هیچگونه پوشش بیمه درمانی از طریق پدر (همسر اینجانب) برخوردار نیستند، لذا خواهشمند است تمهیدات لازم نسبت به برقراری پوشش جهت آنان در نظر گرفته شود. بدیهی است در صورت اثبات خلاف ادعا متعهد به پرداخت کلیه خسارات وارده بوده و در این ارتباط موارد مرتبط با ماده ۹۷ قانون تامین اجتماعی در مورد اینجانب از طرف بیمه‌گر قابل پیگیری خواهد بود.

مدیر امور اداری شرکت

امضاء

نام و نام خانوادگی بیمه‌شده

امضاء



تاریخ:

شماره:

پیوست:

ضمیمه (۳)

ضمیمه مربوط به تبصره ۲ از بند ۶-۴ بخش اول قرار داد

نام خانوادگی : نام :

کد ملی : تاریخ تولد :

نسبت با بیمه شده اصلی :

آیا تا به حال از پوشش بیمه وزارت نیرو استفاده می کردید؟

اگر جواب بالا مثبت است لطفا مدت زمان و آخرین سال دوره پوشش را ذکر فرمایید :

علت استفاده از طرح در دوره کنونی چیست؟

پوشش مناسب درمان وزارت نیرو

به دلیل بیماری

به دلیل نیاز به عمل جراحی

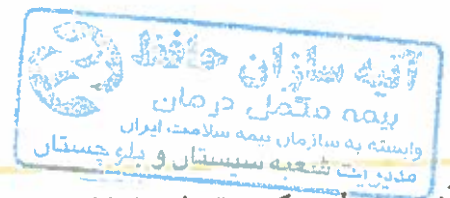
لطفاً نوع عمل را ذکر نمایید :

تعهد نامه :

اینجانب اعلام می نمایم که به کلیه سئوالات بدون کتمان حقیقت پاسخ داده و در صورت اثبات خلاف موضوع ضمن فسخ قرار داد ،
ضرر و زیان بیمه گر را جبران خواهم نمود.

امضاء : تأیید بیمه شده اصلی :

نام و نام خانوادگی : امضاء :



شيوه نامه نحوه انجام تعهدات و بررسی اسناد تعهد نامه تأمین و حفظ

سلامت کارکنان شاغل و بازنشسته صنعت آب و برق دوره

۱۴۰۳-۱۴۰۴



در این شیوه‌نامه مدارک مورد نیاز و نحوه رسیدگی اسناد بابت استفاده و دریافت هزینه از خدمات مراکز درمانی طرف قرارداد و غیرطرف قرارداد توضیح داده شده و بیمه‌گر تعهد می‌نماید غیر از موارد اعلام شده در این شیوه‌نامه مدارک اضافی از بیمه‌شده طلب ننماید.

همچنین در کلیه تعهداتی که نیاز به کسر فرانشیز می‌باشد نخست فرانشیز به هزینه بیمه‌شده اعمال شده و سپس تعرفه مرتبط با بخش مربوطه اعمال خواهد شد. فرانشیز قابل اعمال در قرارداد ۵٪ و صرفاً برای بازنشستگان و افراد تحت پوشش آنان در صورت عدم استفاده سهم بیمه‌گر پایه ۲۵٪ می‌باشد، چنانچه بیمه‌شدگان مذکور (بازنشستگان و افراد تحت پوشش آنان) از سهم بیمه‌گر پایه یا مکمل استفاده نمایند از پرداخت فرانشیز معاف می‌باشند، همچنین در صورتیکه این قبیل از بیمه‌شدگان مشمول جزء ح از بند ۱-۹ قرارداد بوده و بیمه‌گر پایه تعهدی بابت هزینه پرداختی نداشته باشد، تعهدات با اعمال فرانشیز ۵٪ به تعرفه مصوب مراجع ذیصلاح قانونی انجام خواهد شد. برای بیمه‌شدگان فوق (بازنشستگان) در خصوص هزینه‌های دارویی که سهم بیمه‌گر پایه در آن تعریف نشده است، تعهدات با اعمال فرانشیز ۵٪ انجام خواهد شد.

الف- مراکز درمانی طرف قرارداد

پذیرش بیمار (بیمه‌شده):

معرفی‌نامه در محل مرکز درمانی و از طریق سامانه وب و بدون نیاز مراجعه به شعبه قابل دریافت است.

مدارک لازم جهت ارائه به مرکز درمانی (صدور معرفی نامه غیر آنلاین):

✓ دستور پزشک معالج مربوطه مبنی بر تعیین نوع خدمت

در خصوص موارد بیمارستانی: دستور پزشک معالج مبنی بر تعیین علت بستری با ذکر نام بیمارستان

و تاریخ بستری (در صورت پذیرش غیر آنلاین) و رونوشت صفحه اول دفترچه بیمه‌گر پایه یا کارت

ملی بیمه‌شده اصلی و تبعی (بیمار)

نحوه پرداخت هزینه:

کلیه تعهدات در ارتباط با هزینه‌های مربوط به مراکز تشخیصی و درمانی، (به جز هزینه‌های دارویی) که آخرین تعرفه مصوب مراجع ذیصلاح قانونی در بخش دولتی را رعایت نمایند بدون اعمال فرانشیز (در صورتی که مراکز فوق صرفاً بخشی از هزینه‌های انجام شده را طبق مصوبات هیئت وزیران محاسبه نمایند تسویه حساب هزینه‌های مذکور بدون اعمال فرانشیز و نسبت به سایر هزینه‌ها با احتساب ۵٪ فرانشیز انجام می‌شود) و در صورت مراجعه به مراکز تشخیصی-درمانی ملکی سازمان تامین اجتماعی فرانشیز یا سهم بیمه‌شده با رعایت تعرفه‌های بخش عمومی غیردولتی صفر خواهد بود و بیمه‌شده صرفاً ملزم به پرداخت فرانشیز و موارد خارج از تعهد مطابق ماده ۵ بخش اول قرارداد است.



تبصره: با عنایت به ماده ۵ از قرارداد، عناوین تعهدات مستقل از مبالغ ریالی آن که در صورتحساب مرکز درمانی طرف قرارداد آمده است مورد تعهد بیمه‌گر بوده و با احتساب فرانشیز مربوطه قابل پرداخت است.
نکته: در صورت قرار گرفتن هزینه پروتز در صورتحساب مرکز به نام بیمه شده، لازم است طبق تبصره فوق هزینه عیناً پرداخت گردد.

ب- مراکز درمانی غیرطرف قرارداد:

تبصره: اقلام هزینه‌ای آورده شده در صورتحساب مراکز درمانی که امکان ارتباط با درمان بیمه‌شده را داشته و منطبق با کتاب‌های ارزش نسبی است با رعایت ماده ۵ از قرارداد و احتساب فرانشیز مربوطه قابل پرداخت است.

مدارک مورد نیاز جهت رسیدگی و پرداخت هزینه‌ها (ارائه به بیمه‌گر) و نحوه رسیدگی:

۱- ب) تعهد بستری و بیمارستانی:

برای پرداخت خسارت، بیمه‌گر باستناد تبصره ذیل بند «ب» این شیوه‌نامه، پس از دریافت مدارک ذیل، ملزم به پرداخت کامل اقلام هزینه‌ای براساس کدهای تعرفه‌ای فهرست شده در صورتحساب مرکز درمانی بدون توجه به نحوه، شیوه و لزوم اقدامی است که مرتبط با موضوع درمان می‌تواند باشد، مگر آنکه اقدامی منطبق و یا مرتبط با موضوع درمان نبوده و در صورتحساب باشد. کدهای جراحی که در صورتحساب مرکز درمانی قید شده و همپوشانی دارند قابل تأیید و پرداخت نمی‌باشند.

۱- اصل صورتحساب بیمارستانی ممهور به مهر مرکز درمانی که در آن هزینه‌های تخت روز (هتلینگ)، اتاق عمل، همراه، دارو، آزمایش، لوازم مصرفی، تشکیل پرونده و... درج گردیده است. (تصویر صورتحساب صرفاً در صورت استفاده از بیمه‌گر پایه و استعلام از آن بیمه مورد پذیرش است)

۲- اصل یا تصویر صورتحساب پزشکان ممهور به مهر مرکز درمانی که در آن حق الزحمه جراح، بیهوشی، مشاوره و ویزیت پزشکان درج گردیده است.

۳- اصل یا تصویر گواهی پزشک معالج (در خصوص موارد جراحی الزاماً شرح عمل جراحی)

۴- اصل یا تصویر گواهی سایر پزشکان معالج و مشاور

۵- اصل یا تصویر گواهی بیهوشی یا برگ بیهوشی اتاق عمل

۶- اصل یا تصویر ریز قبض آزمایشات و رادیولوژی و سایر تصویربرداری‌ها

۷- اصل یا تصویر نسخ دارویی، ریز لوازم مصرفی، فاکتور پروتزا (ممهور به مهر جراح و اتاق عمل مبنی بر استفاده آن)

۸- اصل یا تصویر برگ سیر بیماری و دستورات دارویی (orders) جهت تعیین دقیق تعداد ویزیت‌ها و بررسی روند بیماری



۹- در صورت خرید پروتز و وسایل پزشکی ضمیمه نمودن اصل فاکتور خرید معتبر ممهور به مهر و تأیید مصرف آن توسط پزشک و الصاق LABEL بر روی برگه گزارش جراحی و مهر اتاق عمل الزامی است.

۱۰- در صورتیکه فاکتور معتبر پروتز به نام بیمار نباشد و پروتزها از طریق بیمارستان تهیه شده باشد، ارائه تصویر فاکتور خرید کلی بیمارستان ممهور به مهر اتاق عمل و پزشک جراح الزامی است.

۱۱- در صورت انجام رادیوتراپی، اصل صورتحساب مرکز ممهور به مهر پزشک معالج به همراه پروتکل درمانی بیمار که شامل تعداد جلسات انجام رادیوتراپی، تعداد فیلدهای درمانی و نوع فیلدها باشد، ضروریست.

نکات:

۱- در تمامی موارد فوق‌الذکر، منظور از تصویر، تصاویر برابر اصل شده مدارک ذکر شده بوده و صرفاً در موارد دریافت سهم سایر سازمان‌ها (بیمه‌گران پایه یا بیمه‌گر تکمیلی دیگر) و ارائه پرینت واریزی از طریق سایت یا نامه پرداخت بیمه‌گر پایه، معتبر می‌باشد. در غیر اینصورت اصل مدارک دریافت می‌گردد. (درخصوص ریز دارو، آزمایش، گزارش خدمات پاراکلینیکی ارائه تصویر آن بلا مانع است)

۲- اصل صورتحساب یا تصاویر آن بایستی بدون خدشه (لاک گرفتگی، خط خوردگی و ...) باشد.

۳- ارائه گزارش ادیومتری بابت جراحی تمپانوماستوئیدکتومی با بازسازی زنجیره استخوانی گوش میانی ضروری است.

۴- ارائه گزارش سی تی اسکن بابت آندوسکوپی سینوسهای پارانازال الزامی است.

بیمه‌شده کلیه مدارک بیمارستانی را از طریق مرکز درمانی تحویل گرفته و به نمایندگان خود در شرکت محل خدمت تحویل نمایند.

نحوه پرداخت هزینه (در تعهد بستری و بیمارستانی):

چنانچه به هر دلیلی بیمه‌شده از خدمات مراکز بیمارستانی غیرطرف قرارداد استفاده نماید فرآیند جبران خسارت به شرح ذیل می‌باشد:

بدیهی است ضمن رعایت مفاد بندهای ۹-۱۴ و ۹-۱۵ از بخش اول قرارداد و تبصره ذیل بند «ب» این شیوه‌نامه، تامین پیش‌پرداخت و تسویه حساب قطعی با مرکز بیمارستانی با رعایت ماده ۱۰ از بخش چهارم (مقررات گوناگون) قرارداد با شرایط ذیل می‌باشد.

✓ دستور پزشک معالج مبنی بر تعیین علت بستری با ذکر نام بیمارستان و تاریخ بستری

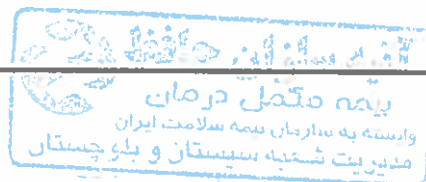
✓ نامه بیمه‌گذار مبنی بر تعهد پرداخت فرانشیز و موارد خارج از تعهد

✓ رونوشت صفحه اول دفترچه بیمه‌گر پایه یا کارت ملی بیمه‌شده اصلی و تبعی (بیمار)

✓ پرداخت حداقل ۵۰٪ از هزینه درمانی بیمه‌شده توسط بیمه‌گر طبق اعلام مرکز درمانی (هنگام پذیرش در مرکز

درمانی)

✓ در موارد اورژانس نحوه پیش‌پرداخت توسط بیمه‌گر براساس توافقات فی‌مابین بیمه‌گذار و بیمه‌گر خواهد بود.



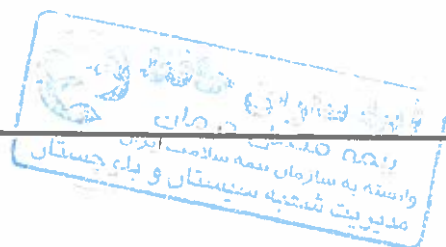
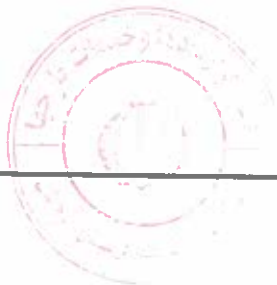
نکات:

- ۱- بیمه‌شدگان بازنشسته ابتدا می‌بایست نسبت به دریافت سهم بیمه‌گر پایه اقدام نموده و سپس رونوشت برابر اصل کلیه مدارک بیمارستانی به همراه گواهی پرداخت سهم بیمه‌گر پایه را در مهلت مندرج در قرارداد تحویل نماید، در غیر اینصورت مطابق مفاد (تبصره ۳ ماده ۹ و بند ۱۳-۹ از بخش اول) قرارداد عمل خواهد شد.
- ۲- براساس مفاد قرارداد برای بیمه‌شدگان غیرتحت تکفل شاغل الزامی به اخذ سهم بیمه‌گر پایه نیست، اما در صورت نیاز بیمه‌شده به استفاده از سهم بیمه‌گر پایه، بیمه‌گر ملزم به رعایت بند ۱۳-۹ بخش اول قرارداد می‌باشد.

نحوه رسیدگی (در تعهد بستری و بیمارستانی):

انجام خدمات ذیل در مراکز درمانی غیرطرف قرارداد الزاماً نیازمند ارائه مدارک تکمیلی به منظور تأیید توسط پزشک معتمد می‌باشد: (درخصوص مراکز طرف قرارداد نیز لازم است)

- ❖ برای سپتوپلاستی ارائه رادیوگرافی یا سی‌تی‌اسکن بینی و سینوس‌ها (قبل از جراحی) و تأیید پزشک معتمد الزامی است.
- ❖ انجام کورتاژ تخلیه‌ای به جز حالت اورژانس نیازمند ارائه سونوگرافی قبل از عمل و تأییدیه پزشک معتمد همراه با دستور پزشکی قانونی است. لازم به ذکر است هرگونه اقدام و یا مصرف دارو که منجر به سقط عمدی گردد خارج از تعهد خواهد بود. در صورت نداشتن سونوگرافی قبل از جراحی ارائه پاتولوژی به همراه پرونده بیمار الزامی است.
- ❖ انجام جراحی فتق نافی یا فتق انسیزیونال و فتق شکمی در خانم‌ها و آقایان نیازمند معاینه بیمار توسط پزشک معتمد قبل از عمل و در صورت عدم حضور بیمار، ارائه گزارش سونوگرافی تأییدکننده بیماری و منوط به تأیید پزشک معتمد خواهد بود.
- ❖ برای انجام جراحی‌های کاهش وزن (بای‌پس معده، بالنگذاری و سایر اعمال مرتبط) در مورد بیمه‌شدگان تأییدیه پزشک معتمد الزامی است. همچنین لازم است مصوبه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در این خصوص رعایت گردد.
- ❖ انجام جراحی بلفاروپلاستی نیازمند ارائه پریمتری (اندازه‌گیری میدان بینایی) و تأیید پزشک معتمد قبل از عمل می‌باشد.
- ❖ انجام جراحی استئوتومی فمور و یا تییبای دو طرفه نیازمند معاینه بیمه‌شده قبل از عمل به همراه ارائه رادیوگرافی و گواهی پزشک معالج مبنی بر تعیین علت جراحی می‌باشد، صدور معرفی‌نامه منوط به تأیید پزشک معتمد می‌باشد. (جراحی‌های افزایش قد تحت پوشش بیمه نمی‌باشند)
- ❖ انجام جراحی ماموپلاستی ارائه تأییدیه پزشک معتمد بیمه‌گر الزامی است.
- ❖ انجام عمل جراحی اصلاح استرابیسم (انحراف چشم) معاینه بیمه‌شده قبل از عمل توسط پزشک معتمد بیمه‌گر الزامی است.



❖ جهت انجام عمل جراحی ژنیکوماستی (بزرگی پستان در آقایان) معاینه بیمه شده قبل از عمل توسط پزشک معتمد بیمه گر الزامی است.

❖ در مورد بازنشستگان و افراد تحت پوشش، تأیید بیمه گر پایه در مورد جراحی‌هایی مثل سپتوپلاستی، ماموپلاستی، جراحی‌های کاهش وزن و سایر جراحی‌های از این قبیل ضروری می‌باشد.

۲- ب) تعهد ویزیت:

❖ در صورت مراجعه بیمه شده به کلینیک و یا درمانگاه متعلق به بیمارستان، نیاز است رسید صندوق مهمور به مهر پزشک معالج مرکز یا مهر صندوق باشد.

❖ به منظور جبران هزینه ویزیت (اعم از این که با دفترچه بیمه گر پایه و یا بصورت آزاد پذیرش شده باشد) ارائه گواهی تاریخ دار با ذکر نام بیمار مهمور به مهر از سوی پزشک مربوطه مبنی بر درج مبلغ ویزیت دریافتی الزامی است.

۳- ب) تعهد پاراکلینیکی:

ابتدا بیمه شده می‌بایست با مراکز تشخیصی تسویه حساب و سپس مدارک ذیل را در مهلت مقرر در قرارداد به شرکت بیمه تحویل نماید.

✓ دستور پزشک معالج مربوطه مبنی بر تعیین نوع خدمت

✓ اصل قبض پرداختی مهمور به مهر مرکز

نکته: برای پرداخت خسارت، بیمه گر باستناد تبصره ذیل بند «ب» این شیوه نامه و دریافت مدارک فوق، ملزم به پرداخت کامل اقلام هزینه‌ای براساس کدهای تعرفه‌ای فهرست شده در صورت حساب مرکز درمانی (به استثناء فیزیوتراپی و توانبخشی) بدون توجه به نحوه، شیوه و لزوم اقدامی است که مرتبط با دستور پزشک می‌تواند باشد، مگر آنکه اقدامی منطبق و یا مرتبط با دستور پزشک نبوده و در صورت حساب باشد.

۴- ب) تعهد فیزیوتراپی:

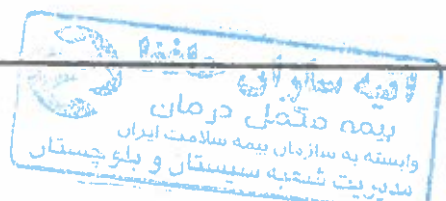
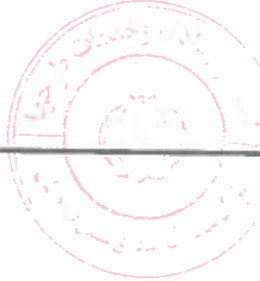
✓ ارائه دستور پزشک معالج با تخصص مرتبط شامل ارتوپد، روماتولوژی، جراحی عمومی، مغز و اعصاب، اطفال (برای بیمه شدگان زیر ۱۴ سال) با درج نوع فیزیوتراپی، تعداد جلسات مورد نیاز و ناحیه تحت درمان (برای ارائه به مرکز طرف قرارداد نیز لازم است)

✓ ارائه گواهی مرکز فیزیوتراپی با درج نوع اقدام انجام شده در هر جلسه و مبلغ به تفکیک تاریخ مهمور به مهر و امضاء مرکز فیزیوتراپی الزامی می‌باشد.

نکته: پرداخت هزینه فیزیوتراپی با ارائه مدارک درخواستی فوق امکان پذیر می‌باشد.

نکته: در مواردی که ناحیه تحت درمان تک اندام می‌باشد و ۱۰ (ده) جلسه فیزیوتراپی تجویز شده باشد، ارائه دستور پزشک عمومی معالج نیز قابل قبول می‌باشد (برای ارائه به مرکز طرف قرارداد نیز لازم است)

نکته: برای فیزیوتراپی در بیماری‌های مزمن مانند CVA ارائه سیر معالجات بیمار توسط پزشک معالج الزامی است.



❖ در مواردیکه فیزیوتراپی بیش از ده جلسه انجام شده و یا بیش از دو اندام باشد ارائه مدارک ذیل الزامی می‌باشد (برای ارائه به مرکز طرف قرارداد نیز لازم است):

- ✓ ارائه رادیوگرافی یا ام آر آی و یا سی‌تی‌اسکن مرتبط
- ✓ گواهی پزشک معالج مبنی بر لزوم انجام فیزیوتراپی بیش از ده جلسه

نکته: هزینه لیزر کم‌توان همزمان با فیزیوتراپی قابل پرداخت می‌باشد.

نکته: هزینه لیزر پرتوان، مگنت تراپی و شاک ویو (در صورتی که مجزا از سایر موارد و اقدامات فیزیوتراپی تجویز و انجام شود) قابل پرداخت می‌باشد.

۵- ب) تعهد توانبخشی:

با توجه به اینکه جبران هزینه بیوفیدبک و گفتار درمانی و کاردرمانی در تعهد می‌باشد و ارائه مدارک ذیل جهت پرداخت خسارت الزامی است:

- ✓ ارائه گواهی پزشک متخصص اطفال یا مغز و اعصاب و روانپزشک که در آن نام بیماری، طول مدت درمان و تعداد جلسات درج شده باشد. (برای ارائه به مرکز طرف قرارداد نیز لازم است)
- ✓ ارائه گواهی مرکز توانبخشی مبنی بر انجام نوع خدمت به تفکیک تاریخ هر جلسه با درج مبلغ
- ✓ در صورت نیاز به انجام خدمات فوق با ارائه مدارک و مستندات بیماری و گواهی پزشک معالج مبنی بر نوع و شدت بیماری قابل بررسی و پرداخت می‌باشد. (برای ارائه به مرکز طرف قرارداد نیز لازم است)

- ✓ در صورت نیاز به خدمات بیش از شش ماه، هزینه‌ها پس از ارائه گواهی پزشک معالج از روند سیر بیماری و بهبودی بیمار با خدمات فوق با تأیید پزشک معتمد قابل پرداخت می‌باشد (اوتیسم، فلج مغزی کودکان و موارد مشابه گواهی مذکور لازم نمی‌باشد) (برای ارائه به مرکز طرف قرارداد نیز لازم است)

- ✓ در بازتوانی قلبی EECF، تعداد جلسات در تعهد، برحسب شرایط بیمار با ارائه اسناد شامل اکوکاردیوگرافی و اصل گواهی پزشک متخصص با ذکر تاریخ جلسات (برای ارائه به مرکز طرف قرارداد نیز لازم است)

۶- ب) تعهد آمبولانس:

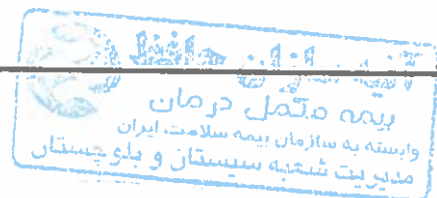
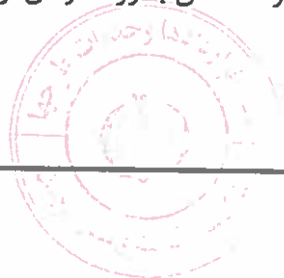
هزینه مربوط به آمبولانس مطابق مفاد بندهای ۱-۱۱-۹ و ۲-۱۱-۹ بخش اول قرارداد و صرفاً براساس فاکتور ارائه شده، بدون اعمال تعرفه و فرانشیز پرداخت می‌شود.

۷- ب) تعهد دندانپزشکی:

مدارک مورد نیاز جهت رسیدگی و پرداخت هزینه دندانپزشکی:

- اصل نسخه دندانپزشکی، شرح اقدامات درمانی انجام شده به تفکیک خدمات با ذکر شماره دندان و درج مبلغ دریافتی به تفکیک خدمت.

نکته ۱: در صورت ترمیم ۵ و یا بیش از ۵ دندان بطور همزمان ارسال پانورکس (OPG) قبل و بعد از درمان الزامی است.



نکته ۲: در صورت انجام درمان ریشه دندان، همی سکشن و قطع ریشه، اکسپوز دندان، پست ریختگی، اپکسوژنزیس، جراحی کیست و تومور استخوانی ارائه رادیوگرافی قبل و پس از انجام الزامی است.

نکته ۳: در صورت انجام ۲ روکش یا بیشتر، اسپلینت و نایت گارد، پانورکس قبل از درمان و فوتوگرافی الزامی است.

نکته ۴: در صورت انجام ارتودنسی ارائه رادیوگرافی‌های پانورکس و لترال سفالومتری، فوتوگرافی و یا معاینه بیمار قبل از انجام خدمت و ارائه فوتوگرافی یا معاینه بیمار بعد از نصب براکت‌ها الزامی است.

نکته ۵: در صورت انجام ایمپلنت ارائه رادیوگرافی پانورکس قبل و بعد از درمان و یا معاینه بیمه‌شده توسط دندانپزشک معتمد الزامی است. در صورت تزریق پودر استخوان ارائه cbct قبل از درمان الزامی است.

نکته ۶: در صورت جراحی لثه (با رعایت تبصره ۱ از ماده ۹ قرارداد)، ارائه فوتوگرافی و یا معاینه بعد از درمان و پانورکس (OPG) الزامی است،

نکته ۷: جهت کودکان زیر ۱۲ سال و خانم‌های باردار به شرط ارائه مدارک مورد نیاز و با تأیید پزشک معتمد ارائه رادیوگرافی الزامی نیست.

نکته ۸: با توجه به ماده ۱۰ بخش اول قرارداد، پرداخت هزینه ایمپلنت بدون کسر فرانشیز می‌باشد. بیمه‌شدگان محترم می‌توانند از مراکز طرف قرارداد استفاده نمایند که در اینصورت جهت صدور معرفی‌نامه لازم است ابتدا به مرکز طرف قرارداد مراجعه و طرح درمان مبنی بر تعیین نوع خدمات مورد نیاز را دریافت و سپس معرفی‌نامه دریافت نمایند.

۸- ب) تعهد عینک:

جهت پرداخت هزینه عینک، ارائه دستور چشم پزشک مبنی بر تعیین درجه ضعف بینایی چشم بیمار یا برگه کامپیوتری اپتومتری تاریخ‌دار با ذکر نام بیمار به همراه فاکتور خرید عینک فروشی‌های مجاز الزامی است.

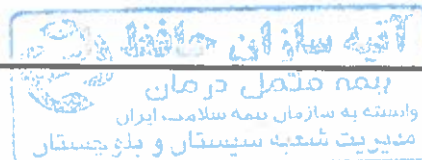
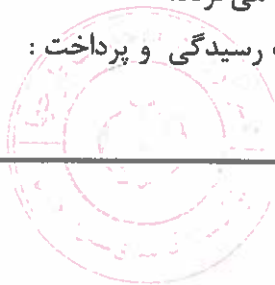
چنانچه در یکبار مراجعه سقف بیمه‌شده کامل هزینه نشود وی می‌تواند برای هر نوع هزینه مورد تعهد بند مذکور درخواست داده و پرداخت هزینه تا سقف تعیین شده در تعهد می‌باشد.

سقف هزینه عینک برای هر دوره قرارداد می‌باشد، این سقف برای لنز تماسی طبی نیز قابل استفاده است.

۹- ب) تعهد رفع عیوب انکساری:

جبران هزینه جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در صورتی در تعهد می‌باشد که براساس برگه اپتومتری اخذشده از دستگاه رفراکتومتر درجه نزدیک‌بینی، دوربینی، آستیگمات یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر قبل از عمل مورد تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر باشد. تبصره: اقدامات تشخیصی لازم جهت بررسی رفع عیوب انکساری در تعهد پاراکلینیک ثبت و با اعمال فرانشیز پرداخت می‌گردد.

مدارک مورد نیاز جهت رسیدگی و پرداخت :



- ✓ صورت حساب ممهور به مهر پزشک معالج یا مرکز درمانی
- ✓ دستور پزشک معالج
- ✓ برگ تعیین شماره چشم و تأیید شماره چشم توسط پزشک معتمد
- ✓ شرح عمل
- ✓ گزارش توپوگرافی مهر شده مرکز و پزشک معالج
- ✓ ریزدارو و لوازم مصرفی ممهور به مهر مرکز

۱۰- ب) جراحی مجاز سرپایی:

- ❖ در نمونه‌برداری‌ها و خارج کردن هر نوع ضایعه ارائه گزارش پاتولوژی الزامی است.
- ❖ در موارد خارج کردن میخچه تکرار شونده، تأیید پزشک معتمد قبل از انجام اقدامات درمانی الزامی است.
- ❖ جهت درمان ضایعات زگیل به هر روش و در هر ناحیه تأیید پزشک معتمد الزامی است.
- ❖ به منظور جبران هزینه تزریق داخل مفصل ارائه نسخه داروی تزریقی (با مهر داروخانه) به همراه گواهی پزشک معالج متخصص مبنی بر ذکر نام مفصل تحت درمان، تعداد تزریقات با درج تاریخ تزریق و نام بیمار الزامی است.
- ❖ در موارد کرایو و لیزر تراپی تعداد ضایعه، محل و نوع آنها ارائه گواهی پزشک معالج (موارد زیبایی در تعهد نمی‌باشد) لازم است و در صورت تعداد بالا و تکرار آن معاینه قبل از اقدام درمانی توسط پزشک معتمد الزامی است.

۱۱- ب) تعهد وسایل کمک پزشکی استفاده شده در خارج از بدن:

هزینه خرید و کرایه وسایل کمک پزشکی، پروتزها و ارتوزهایی که خارج از بدن استفاده می‌شود مشروط به تجویز آن توسط پزشک متخصص ارتوپد، مغز و اعصاب، توانبخشی و ... بوده که با ارائه فاکتور خرید و یا کرایه معتبر و تأیید پزشک معتمد برای خرید حداکثر تا ۱۰ برابر آخرین جدول تعرفه اعلامی سازمان تامین اجتماعی و برای کرایه مطابق فاکتور معتبر مرکز کرایه دهنده بدون اعمال فرانشیز محاسبه و پرداخت می‌شود.

۱۱-۱- ب) سمعک

جبران هزینه‌های سمعک مشروط به تجویز پزشک متخصص مربوطه با ارائه گزارش شنوایی‌سنجی و فاکتور معتبر دارای کد اقتصادی و مشخصات کامل فروشنده و خریدار به همراه کپی برگه ضمانت سمعک می‌باشد.
مدارک مورد نیاز جهت رسیدگی و پرداخت:
✓ دستور پزشک معالج (گوش و حلق و بینی)
✓ گزارش ادیومتری یا نوار گوش
✓ فاکتور معتبر سمعک بر اساس دستورالعمل وزارت بهداشت
✓ ارائه کارت گارانتی مطابق مندرج روی سمعک و کد IRC یا مدل سمعک مندرج در فاکتور

۱۲- ب) تعهد اعمال غیرمجاز در مطب:

آخرین لیست اعمال غیر مجاز در مطب مصوب پنجاه و پنجمین جلسه شورای عالی نظام پزشکی مورخ ۱۴۰۰/۰۶/۲۵ که ضمیمه می‌باشد.

۱۳- ب) تعهد سوختگی (جزء ط ذیل بند ۱-۹):

در خصوص موارد ترمیم سوختگی مربوط به جزء ط ذیل بند ۱-۹ قرارداد، زیبایی محسوب نمی‌شود و جبران هزینه‌های آن در هر زمان از طول قرارداد در تعهد می‌باشد حتی اگر وقوع سوختگی در دوره قرارداد نبوده باشد.

نکته: مواردی از خدمات که جنبه درمانی دارند و در کتاب ارزش‌های نسبی دارای کد می‌باشد در تعهد بوده و قابل پرداخت می‌باشد.

نکته: در صورت درخواست بیمه‌شده برای اخذ مدارک خسارتی خود و افراد تحت تکفل و غیر تحت تکفل وی، ارائه نسخه کپی ممهور به مهر برابر اصل شده آن به بیمه‌شده و در صورت نیاز همراه نامه رسمی به بیمه‌گر بعدی الزامی می‌باشد.

ج- داروخانه:

۱- ج) تعهد دارو:

در صورت مراجعه به کلیه داروخانه‌ها (طرف قرارداد یا غیرطرف قرارداد) ضوابط فنی عمومی ارزیابی اسناد دارویی به شرح ذیل می‌باشد:

- ✓ ارزیابی قیمت به صورت " قلم به قلم " می‌باشد. (برای ارائه به مرکز غیرطرف قرارداد است)
- ✓ ارائه پرینت داروخانه که شامل ریزداروها می‌باشد به همراه نسخه داروهای تجویزی ممهور به مهر پزشک معالج و داروخانه الزامی است. (در صورت عدم استفاده از سامانه نسخ الکترونیک) (برای ارائه به مرکز غیرطرف قرارداد است)
- ✓ ارائه پرینت قبض داروخانه دارای کد رهگیری و کد ملی بیمه‌شده برای نسخ الکترونیک مورد نیاز می‌باشد.
- ✓ نسخ ناخوانا از درجه اعتبار ساقط می‌باشند.
- ✓ حق فنی داروخانه در تعهد نمی‌باشد.
- ✓ هزینه داروهای مکملی که با تجویز پزشک معالج جنبه درمانی دارند در تعهد بیمه‌گر می‌باشد.
- ✓ داروهای مربوط به کاهش و افزایش وزن در تعهد نمی‌باشد. (در مواردی که BMI بالای ۴۰ و با تأیید پزشک معتمد جنبه درمانی دارد، در تعهد خواهد بود. در صورت نیاز به جراحی با تجویز پزشک معالج نیاز به تأیید پزشک معتمد نیست.)
- ✓ داروهای نازایی و ناباروری از محل تعهدات داروها قابل پرداخت است.
- ✓ چنانچه در ماه‌های پایانی قرارداد داروهای تجویزی برای بیمه‌شده بیشتر از دوره قرارداد باشد، بیمه‌گر جاری مکلف به پرداخت سهم باقی مانده از قرارداد می‌باشد و مابقی آن در تعهد بیمه‌گر بعدی است. به این منظور بیمه‌گر جاری می‌بایست کپی برابر اصل شده نسخه تجویز دارو، قیمت

دارو و هزینه اعلام شده و پرداخت شده را در اختیار بیمه‌شده جهت ارائه به بیمه‌گر بعدی قرار دهد.

۱-۱- ج) داروهای تک نسخه‌ای:

داروهای تک نسخه‌ای صرفاً با ارائه گواهی پزشکی متخصص مربوطه مبنی بر لزوم مصرف دارو و ذکر نام بیماری به همراه ارائه مدارک تشخیصی مورد نیاز و در صورت تهیه از مراکز دولتی و یا داروخانه‌های معتبر مطابق مفاد قرارداد در تعهد می‌باشد. (برای ارائه به مرکز غیرطرف قرارداد است)

نکته: به منظور پرداخت هزینه داروهای مرتبط با درمان بیماران خاص و صعب‌العلاج که قبلاً مجوز ورود از مراجع ذیصلاح داشته و هم اکنون نیز تجویز می‌شوند، موضوع در کمیسیون فنی شرکت بیمه‌گر مطرح و در ارتباط با نحوه پرداخت با نظر مثبت تصمیم‌گیری می‌شود.

۱-۲- ج) داروهای پوست و مو:

✓ کلیه اقلام آرایشی و بهداشتی نظیر کرم‌های لایه‌بردار، پماد، سفیدکننده، ضد آفتاب، ضد چروک، ضد لک و ... خارج از تعهد می‌باشد.

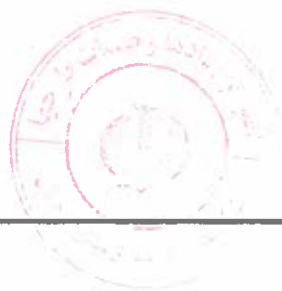
✓ کرم‌های تجویز شده‌ای که تولیدات کارخانه‌های آرایشی-بهداشتی است قابل پرداخت نمی‌باشد.

✓ داروهای ضد ریزش مو و یا تقویت‌کننده رویش مو که جنبه درمانی ندارد در تعهد نمی‌باشد.

✓ داروهای نظیر راکوتان که مربوط به درمان جوش و آکنه هستند صرفاً با تجویز پزشک متخصص معالج و ذکر دلیل مصرف و تأیید پزشک متخصص معتمد قابل پرداخت است.

✓ داروهای ترکیبی که اقلام آماده آرایشی در آنها استفاده شده خارج از تعهد می‌باشد. (مانند کرم‌های لایه‌بردار)

شامپو و صابون‌هایی که استفاده از آنها جنبه درمانی دارد فقط با تجویز پزشک متخصص پوست و تأیید پزشک معتمد در تعهد می‌باشد.



استعلام فهرست مراکز درمانی طرف قرارداد:

- ✓ ورود به پورتال بیمه گر
- ✓ انتخاب گزینه مراکز طرف قرارداد بیمه گر
- ✓ انتخاب استان، شهر و نوع مرکز درمانی

شماره‌های تماس:

- ✓ تلفن واحد ارتباط با مشتریان:
- ✓ تلفن پاسخگویی شبانه‌روزی:

تأیید شرکت بیمه

