

بیمه‌نامه 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 درمان تکمیلی بازنشستگان، این قرارداد بین شرکت آب منطقه ای سیستان و بلوچستان از یک طرف بعنوان بیمه‌گذار و شرکت بیمه آتیه سازان حافظ شعبه 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، قانون مسئولیت مدنی، قانون تأمین اجتماعی و اخذ موافقتنامه شماره ۱۴۰۵/۶۰۱/۵۶۱۸۴ مورخ ۱۴۰۵/۰۳/۱۸ بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران با استناد به ماده ۲۶ از آیین‌نامه شماره ۹۹ شورای عالی بیمه و مواد ۱۱ و ۱۴ و تبصره‌های ذیل آن از آیین‌نامه شماره ۲-۹۴ شورای عالی بیمه، با شرایط ذیل و بدون دخالت کارگزار یا نماینده بیمه (صدور و معرف بصورت مستقیم) منعقد می‌گردد (کارکنان بازنشسته می‌توانند یک یا هر دو بخش قرارداد را انتخاب نمایند). این بیمه‌نامه در چهار بخش به همراه چهار ضمیمه تنظیم شده است که ضمیمه (۱) مبین مدارک لازم جهت ارائه به بیمه‌گر به منظور دریافت خسارات مرتبط است و بیمه‌گر متعهد به پرداخت خسارات صرفاً براساس مدارک لیست شده در ضمیمه (۱) می‌باشد.

شماره قرارداد:

موضوع قرارداد: پوشش درمان پایه و تکمیلی شاغلین و درمان تکمیلی بازنشستگان

تاریخ صدور:

تاریخ شروع قرارداد: از ساعت صفر بامداد ۱۴۰۵/۰۴/۰۱

تاریخ انقضاء قرارداد: تا ساعت صفر بامداد ۱۴۰۶/۰۴/۰۱

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

فصل اول - تعاریف و اصطلاحات

ماده ۱- موضوع بیمه درمان:

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 بیمه آتیه سازان حافظ به نشانی: زاهدان - بلوار جمهوری - نبش جمهوری ده
تلفن: ۰۵۴۳۳۴۹۱۹۸۸ کد پستی ۹۸۱۶۹۹۳۱۸۳

ماده ۳- بیمه‌گذار: شرکت آب منطقه ای به نشانی: زاهدان - خیابان دانشگاه - نبش دانشگاه ۳۹ - تلفن: ۰۵۴ -
کد پستی: ۹۸۱۶۸۴۳۱۴۱

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، ازکارافتادگان، 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 و پوشش بیمه‌ای این افراد بدون در نظر گرفتن شرایط آنان در بیمه پایه، همانند بیمه‌شده اصلی (به فرم تکمیلی) و حق بیمه یکسان با بیمه‌شده اصلی است.

۴-۱- فرزندان پسر تحت تکفل حداکثر تا پایان سن ۲۰ سالگی و در غیر این صورت با ارائه مدارک مثبت مبنی بر اشتغال به تحصیل مستمر (مدت اعتبار معافیت تحصیلی بعد از فارغ‌التحصیلی بر اساس ماده ۳۳ قانون خدمت وظیفه عمومی به معنی استمرار اشتغال به تحصیل خواهد بود) 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 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 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.

تبصره ۴: فرزندان ذکور در حال انجام خدمت سربازی همانند تحت تکفل تحت پوشش خواهند بود.

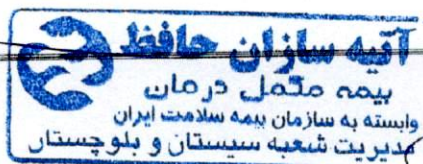
۴-۲- فرزندان دختر به شرط عدم ازدواج، عدم اشتغال به کار تحت تکفل محسوب می‌شوند. در صورت اشتغال به کار و عدم ازدواج می‌توانند بصورت غیر تحت تکفل پوشش داشته باشند.

۴-۳- فرزندان بیمه‌شده اصلی انات بارعایت شرایط سنی و تحصیلی بند ۴-۱ و رعایت تبصره‌های ذیل آن و بند ۴-۲ همانند بیمه شده اصلی ذکور دارای پوشش خواهند بود.

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 ۵-۱ برقرار می‌باشد.

تبصره: 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 ۵-۱ تحت پوشش قرار گیرد.

۴-۵- پوشش نوزادان تحت تکفل بیمه‌شده اصلی و همچنین موضوع تبصره بند ۴-۴ 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 ۵-۱ 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 صرفاً کارکنان شاغل و نیز همسر غیرتحت تکفل کارکنان شاغل و بازنشسته 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 بیمه‌شده 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 و با درنظر گرفتن به همراه لیست اولیه یا از زمان احراز شرائط 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 (۲) قرارداد) را مطالبه نماید.

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

۴-۸- افرادی که قانوناً تحت تکفل یا حضانت یا سرپرستی بیمه‌شده اصلی می‌باشند با ارائه مدارک مثبته از مراجع ذیصلاح و با تأیید بیمه‌گذار، از زمان تحت تکفل قرار گرفتن فرد، تحت پوشش خواهند بود.

فصل دوم - وظایف و تعهدات بیمه‌گذار و بیمه‌شده

ماده ۵- ترتیب اعلام اسامی بیمه‌شدگان و تغییرات مجاز:

۵-۱- 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 شباهت 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

لیست ششم: بازنشستگان، به همراه افراد تحت پوشش



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: به منظور افزایش پس از مهلت مقرر در ماده فوق که شامل مواردی مانند جدیدالاستخدام، انتقالی، مأمورین، (به همراه افراد تحت تکفل و غیرتحت تکفل آنان) و سایر افرادی که در طول قرارداد تحت تکفل بیمه‌شده اصلی قرار می‌گیرند همچنین فرزندان ذکور پس از اتمام خدمت سربازی لازم است مستندات (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 تا دو ماه بعد از ارسال لیست اولیه می‌تواند نسبت به اضافه نمودن نام وی با پرداخت حق بیمه و اخذ پوشش از ابتدای قرارداد اقدام نماید.

تبصره ۳: کاهش بیمه‌شدگان در طول مدت قرارداد، شامل موارد استعفاء، بازنشسته، انتقال، انفصال از خدمت، اخراج، تعلیق، مأمور، 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) بیمه‌شده که با ارائه مستندات مربوطه (از جمله تصویر شناسنامه، تسویه حساب، احکام کارگزینی) انجام می‌شود میسر خواهد بود. لذا لازم است مستندات آن از سوی بیمه‌گذار حداکثر ظرف مدت دو ماه بعد از تاریخ موثر برای بیمه‌گر ارسال گردد. در غیر اینصورت تاریخ ثبت موضوع در دبیرخانه بیمه‌گر ملاک عمل خواهد بود. بدیهی است بیمه‌شده از تاریخ قطع همکاری محق به استفاده از خدمات بیمه نمی‌باشد، ولی چنانچه بیمه‌شده ظرف این مدت از خدمات بیمه استفاده نماید، آخرین تاریخ اخذ خدمات ملاک محاسبه بیمه‌گر برای مطالبه حق بیمه می‌باشد.

در مورد کاهش بیمه‌شدگان، تاریخ مؤثر، ماه قطع همکاری (دائم یا موقت) 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. کاهش بیمه‌شدگان در طول مدت قرارداد بصورت فوت یا خروج از کفالت، با ارائه مستندات مربوطه از سوی بیمه‌گذار به بیمه‌گر، انجام خواهد شد. بدیهی است در این شرایط بیمه‌شده محق به استفاده از خدمات بیمه نمی‌باشد، ولی چنانچه بیمه‌شده ظرف این مدت از خدمات بیمه استفاده نماید، آخرین تاریخ اخذ خدمات ملاک محاسبه بیمه‌گر برای مطالبه حق بیمه می‌باشد.

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 ۱-۵ خواهد بود.



۲-۵- 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. بدیهی است در صورت حذف بیمه‌شدگان، حق بیمه صرفاً تا زمان مؤثر (مطابق تبصره ۳ ذیل بند ۱-۵) به صورت ماه شمار توسط بیمه‌گر محاسبه و مطالبه می‌شود بدین ترتیب لازم است اسامی حذف‌شدگان صرفاً در انتهای ماه خروج بیمه‌شده به بیمه‌گر اعلام شود.

ماده ۶- 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 ۱-۵ 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 ۵ انجام خواهد شد.

۱-۶- شاغلین:

۱-۱-۶- مبلغ ۱۲۳,۵۰۰,۰۰۰ (صد و بیست و سه میلیون و پانصد هزار) ریال سرانه ماهانه به منظور پوشش درمانی مسئولیت کارفرما ناشی از تعهدات ماده ۶۶ قانون تامین اجتماعی بابت هریک از بیمه‌شدگان اصلی.

۲-۱-۶- مبلغ ۱۵,۱۶۴,۶۰۰ (پانزده میلیون و صد و شصت و چهار هزار و ششصد) 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.

۳-۱-۶- مبلغ ۴۳,۰۰۰,۰۰۰ (چهل و سه میلیون) ریال سرانه برای هریک از افراد دارای مرخصی بدون حقوق و هریک از افراد تحت پوشش آنها

۲-۶- افراد غیر تحت تکفل بیمه‌شده اصلی:

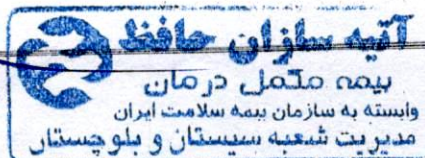
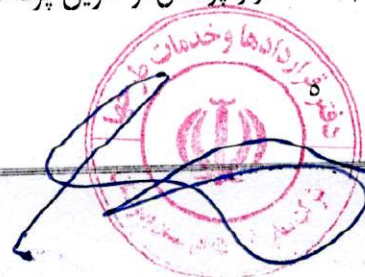
۱-۲-۶- مبلغ ۳۸,۰۰۰,۰۰۰ (سی و هشت میلیون) ریال سرانه ماهانه بابت همسر غیر تحت تکفل کارکنان اناث و فرزندان غیر تحت تکفل کارکنان و فرزندان ذکور غیر تحت تکفل متأهل و همسر آنان.

۲-۲-۶- مبلغ ۲۸,۰۰۰,۰۰۰ (بیست و هشت میلیون) ریال سرانه ماهانه بابت هر پدر و مادر، غیر تحت تکفل بیمه‌شده اصلی.

۳-۶- مبلغ ۲۴,۰۰۰,۰۰۰ (بیست و چهار میلیون) ریال سرانه ماهانه برای هر یک از بازنشستگان و هر یک از افراد تحت پوشش،

تبصره ۱: بجز ماده ۹ قرارداد، پوشش بازنشستگان و افراد تحت پوشش آنان با رعایت ماده ۸ و کلیه بندهای آن همانند شاغلین خواهد بود اما 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 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.

تبصره ۲: 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. در صورتی که بیمه‌شده به علت شرایط بستری قادر به تعیین تکلیف پوشش خود در زمان مرخصی استعلاجی نباشد بیمه‌گذار ملزم به استمرار پوشش از طریق پرداخت حق بیمه بوده به ترتیبی



Handwritten signature and initials in blue ink.

که حق بیمه‌های پرداختی بعداً از مطالبات بیمه‌شده کسر شود. همچنین پرداخت ماهانه حق بیمه بیمه‌شدگانی که از مرخصی بدون حقوق استفاده می‌کنند، در طول مدت مرخصی بر عهده بیمه‌گذار خواهد بود.

ماده ۷- ترتیب و مهلت پرداخت حق بیمه و تسویه حساب:

بیمه‌گذار مکلف است حق بیمه ماهانه بیمه‌شدگان (موضوع ماده ۶ قرارداد) را براساس لیست اولیه بیمه‌شدگان و تغییرات مجاز بعدی حداکثر ظرف مدت سی روز از پایان هر ماه در وجه بیمه‌گر پرداخت نماید بر این اساس بیمه‌گر نیز مکلف به پرداخت خسارت بر طبق زمان‌بندی جزء (ب) از بند ۱-۸ خواهد بود.

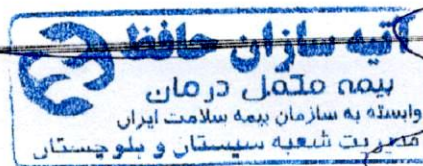
تبصره ۱: با اعلام کتبی عدم رعایت موضوع فوق و ماده ۶ از مقررات گوناگون توسط هر کدام از طرفین به شرکت مادر تخصصی ذیربط (و یا وزارت نیرو برای سازمانهای تابعه و موسسات آموزشی و پژوهشی) موضوع پیگیری خواهد شد که در صورت عدم حصول نتیجه از طریق پیگیری شرکت‌های مادر تخصصی ظرف مدت دو هفته پس از تاریخ دریافت نامه، 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 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 ۸ - تعهدات بیمه‌گر: بیمه‌گر بعد از دریافت اسامی بیمه‌شدگان موضوع بند ۱-۵ با ارسال پیامک ضمن اعلام برقراری پوشش برای بیمه‌شده اصلی و افراد تحت پوشش وی در ازای دریافت حق بیمه مقرر موضوع ماده ۶ قرارداد تعهدات بیمه‌گر برای هر یک از بیمه‌شدگان با رعایت ماده ۱۱ از بخش اول بیمه نامه و جزءهای "الف" و "ث" از ماده ۷۰ قانون برنامه پنج ساله هفتم پیشرفت جمهوری اسلامی ایران برقرار خواهد شد لذا کلیه مواردی که در فصل سوم این بیمه‌نامه ذکری از عناوین آن نشده مورد تعهد بیمه‌گر نمی‌باشد.

همچنین در صورت نیاز به انجام معالجاتی که ادامه سیر درمان به بعد از انقضای زمان قرارداد منجر شود، تعهدات به صورت ذیل اعمال می‌شود:

- در صورت ادامه طرح درمان در زمان بستری به بعد از اتمام دوره قرارداد، بیمه‌گر قبلی تعهد پرداخت خسارت را تا حداکثر دو ماه بعد از اتمام قرارداد (۱۴۰۶/۵/۳۱) بعهد خواهد داشت و در صورت ادامه طرح درمان بعد از موعد فوق هزینه‌های بعد از تاریخ مذکور، به قرارداد و بیمه‌گر جدید منتقل می‌شود. بدیهی است کل مبلغ خسارت قابل پرداخت به بیمه‌شده از زمان بستری تا زمان ترخیص بعهد بیمه‌گر قبلی بوده و تهاثر سهم پرداختی بیمه‌گران قبلی و فعلی صرفاً مسئله مالی بین دو بیمه‌گر بوده و بیمه‌شده دخالتی در اینگونه مسائل نخواهد داشت.
- در موارد پرتو درمانی و خدمات توانبخشی (گفتار درمانی، کار درمانی و فیزیوتراپی) که سیر درمان منقطع می‌باشد، هر بیمه‌گر متعهد پرداخت هزینه‌های بازه زمانی قرارداد خود است و می‌بایست صورتحساب تفکیکی ارائه گردد، در غیر اینصورت با ارائه کپی مدارک برابر اصل شده توسط بیمه‌گر قبلی و رسید پرداخت آن، بیمه‌گر دوره بعدی متعهد پرداخت خواهد بود.
- هزینه مراقبت پرستاری مندرج در صورتحساب بیمارستانی مطابق مصوبه هیئت وزیران توسط بیمه‌گر با کسر فرانشیز پرداخت می‌گردد.



- هزینه ویزیت پزشک و خدمات تخصصی پرستاری در منزل نظیر تزریقات، پانسمان مطابق جدول پیوست شماره ۵ ، برای بیمارانی که با دستور پزشک متخصص معالج و با ارائه مدارک پزشکی معتبر و با تایید پزشک معتمد بیمه گر، به علت بیماری، عوارض ناشی از درمان، آسیب دیدگی یا ناتوانی جسمی یا عصبی، به طور موقت یا دائم فاقد توانایی جابه جایی مستقل و ایمن بوده و امکان مراجعه به مراکز درمانی برای وی مقدور نباشد و خدمات پرستاری و ویزیت در منزل برای ادامه یا تکمیل درمان ایشان ضروری باشد با رعایت تعرفه های مصوب هیات وزیران و به دفعات قابل پرداخت است. در این ارتباط خدمات نگهداری، کمک بهیاری و امور غیر درمانی تحت هیچ عنوان مشمول تعهدات نخواهد بود.

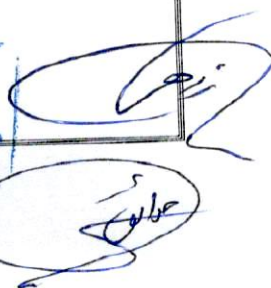
و برای مراقبت های ICU در منزل با دستور پزشک متخصص معالج و ارائه مدارک معتبر بیمه شده موظف است در مرحله نخست از بیمه گر استعلام لازم در خصوص ارائه مراکز طرف قرارداد را به منظور مراجعه به آن مراکز اخذ نماید. در صورت عدم وجود مراکز طرف قرارداد (بر اساس استعلام از بیمه گر) هزینه انجام خدمت توسط مراکز دارای مجوز بر اساس فاکتور معتبر با تایید پزشک معتمد بیمه گر قابل پرداخت است.

تبصره ۱: در صورت پذیرش بیمه شده در مراکز طرف قرارداد (اعم از بیمارستانی، پاراکلینیکی، داروخانه و دندانپزشکی) و صدور معرفی نامه، اخذ هر گونه وجهی از بیمه شده در زمان ترخیص توسط مرکز درمانی به غیر از فرانشیز و موارد خارج از تعهد بیمه گر مطابق مفاد این قرارداد ممنوع بوده و در صورت وقوع، وجوه دریافتی مازاد در صورت حساب مراکز درمانی می بایست توسط شرکت بیمه گر با عنایت به بند "ب" ماده ۸-۱ در وجه بیمه شده کارسازی گردد. همچنین در صورت قرار گرفتن هزینه پروتز (با لحاظ نمودن هزینه های مرتبط با بند ۷-۸ و تبصره ذیل آن) در صورت حساب مرکز به نام بیمه شده مشمول پرداخت توسط بیمه گر بر طبق شرایط این تبصره خواهد بود.

تبصره ۲: درمورد کلیه تعهدات بیمه گر پرداخت هزینه های مربوط به مراکز تشخیصی و درمانی، (به جز هزینه های 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 هزینه های انجام شده را طبق مصوبات هیئت وزیران محاسبه نمایند تسویه حساب هزینه های مذکور بدون اعمال فرانشیز و نسبت به سایر هزینه ها با احتساب فرانشیز با عنایت به تبصره ۳ خواهد بود).

تبصره ۳: با عنایت به تبصره های ۱ و ۲ در کلیه تعهدات بیمه گر در صورت نیاز به اعمال فرانشیز، فرانشیز به هزینه پرداختی توسط بیمه شده اعمال می شود و به تفکیک: شاغلین به همراه افراد تحت پوشش ۵ درصد، بازنشستگان به همراه افراد تحت پوشش در صورت عدم استفاده از سهم بیمه گر پایه ۱۰ درصد می باشد و در خصوص تعهد ماده ۹ (خدمات دندانپزشکی) برای کلیه بیمه شدگان (اعم از شاغلین و بازنشستگان و افراد تحت پوشش) فرانشیز ۵ درصد است. برای بیمه شدگانی که از سهم بیمه پایه به هر میزان استفاده کنند و هزینه های درمانی مرتبط با بیماری خاص و صعب العلاج و سوختگی های ناشی از حوادث حین کار و هزینه های ناشی از هرگونه حادثه حین انجام کار، (با عنایت به ماده ۶۰ قانون تأمین اجتماعی و بند ۶ از ماده ۲ آیین نامه شماره ۹۹ شورای عالی بیمه) بدون اعمال فرانشیز می باشد. در خصوص حوادث حین کار می بایست مراتب حداکثر ظرف مدت ۵ روز کاری پس از حادثه به شرکت بیمه اعلام گردد.

در صورت اختلاف بیمه گر و بیمه گذار نسبت به چگونگی اجرای پرداخت هزینه های سوختگی ناشی از حوادث کاری و این موضوع در جلسات مربوط به موضوع جزء "ه" قابل بررسی خواهد بود.



پس از کسر فرانشیز مبنای پرداخت خسارت توسط بیمه‌گر مطابق با کتاب ارزش نسبی و اعمال 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 تبصره‌های ۱ و ۲ از ماده ۸ می‌باشد.

۸-۱- 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 اتاق 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 با رعایت تبصره‌های ۱ تا ۳ از ماده ۸ 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 ضمیمه (۱) 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 - 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، هپاتیت، ایدز، شیمی درمانی، متابولیک، بال پروانه‌ای، اوتیسم، CF، SMA، MPS، نارسایی مزمن کلیه، پمپه، گوشه، نیم‌پیک C/D، دیستروفی عضلات دوشن، دیستروفی عضلات غیر دوشن، رتینوپاتی، سکته مغزی ایسکمیک، سکته مغزی هموراژیک، سکته قلبی و اقدامات درمانی مرتبط با آن، پرفشاری شریان ریوی، روانی مزمن و صرع مقاوم به درمان، انواع پیوندها از قبیل: مغز استخوان (BMT)، کبد، قلب، روده، پانکراس، مولتی ویسرال، ریه و کلیه و سایر جراحی‌های تخصصی) 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 موضوع با نظر کمیسیون پزشکی مشترک وزارت نیرو و بیمه‌گران دارای بیشترین پورتنوی درمان صنعت آب و برق از تاریخ ذکر شده در صورتجلسات لازم‌الاجرا می‌باشد.

تبصره: پرداخت هزینه‌های مربوط به بیماری خاص و صعب‌العلاج برای بیمه‌شدگانی که دارای بیمه پایه هستند و طبق مدارک و مستندات ارائه شده توسط بیمه‌شده، بیمه پایه آنان را در زمره بیمار خاص و صعب‌العلاج لحاظ نموده است، بر اساس تعرفه‌های مصوب مراجع ذیصلاح قانونی در هر بخش بدون اعمال فرانشیز در طول دوره در تعهد بیمه‌گر خواهد بود.

ه- هزینه‌های بستری (بجز نگهداری) جهت درمان بیماری‌های روانپریشی با اعمال فرانشیز با رعایت تبصره‌های ۱ تا ۳ از ماده ۸، قابل پرداخت می‌باشد.

۸-۲- 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، نوروفیدبک، کایروپراکتیک، طب سوزنی، اوزن تراپی (صرفاً



جهت درمان انواع زخم)، فصد خون با تجویز پزشک متخصص طب سنتی و حداکثر ۴ بار در طول قرارداد، PRP، QEEG، rTMS، تزریق سلولهای بنیادی، لیزر درمانی، لیزرتراپی جهت درمان سایر بیماریهای چشم (خونریزی شبکیه، جداسدگی شبکیه، قوز قرنیه و ...)، خدمت آب درمانی در صورت تجویز پزشک متخصص و فوق تخصص مرتبط (ارتوپد، مغز و اعصاب، طب فیزیکی و توانبخشی، جراح عمومی، متخصص طب ورزشی، فلوشیپ درد، روماتولوژیست، فوق تخصص مغز و اعصاب کودکان) و انجام در مراکز دارای مجوز در صورت ارائه توسط فیزیوتراپیست یا متخصص طب فیزیکی و توانبخشی یا متخصص ورزشی صرفاً ۳۰ جلسه در بازه زمانی بیمهنامه مطابق با استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قابل پرداخت است و سایر خدمات تشخیصی - درمانی با اعمال فرانشیز با رعایت تبصره‌های ۱ تا ۳ از ماده ۸ و با رعایت کلیه تبصره‌های ذیل ماده ۸ پرداخت می‌شود.

۸-۳- انواع هزینه‌های اعمال جراحی که بطور سرپائی 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، و اعمال فرانشیز با رعایت تبصره‌های ۱ تا ۳ از ماده ۸ قابل پرداخت است.

۸-۴- هزینه‌های اقدامات تشخیصی و درمانی در مراکز تخصصی و فوق تخصصی با اعمال فرانشیز با رعایت تبصره‌های ۱ تا ۳ از ماده ۸ قابل جبران خواهد بود.

۸-۵- ویزیت پزشکان، مشاوران و کارشناسان پروانه‌دار معادل تعرفه در بخش مربوطه با اعمال فرانشیز با رعایت تبصره‌های ۱ تا ۳ از ماده ۸ قابل پرداخت است.

۸-۶- 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 با اعمال فرانشیز با رعایت تبصره‌های ۱ تا ۳ از ماده ۸ با تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر قابل پرداخت می‌باشد.

تبصره ۱: هزینه داروهای خارجی که تولید داخلی دارند چنانچه پزشک معتمد بیمه‌گر لزوم مصرف و میزان آن داروی خارجی را تأیید نماید (در غیر این صورت بررسی نسخه می‌بایست از طرف پزشک معتمد بیمه‌گر با ذکر علت انجام شده باشد) با اعمال فرانشیز با رعایت تبصره‌های ۱ تا ۳ از ماده ۸ قابل جبران می‌باشد. در صورت عدم تأیید داروی خارجی که تولید داخلی دارد هزینه داروی داخلی پرداخت می‌شود.

تبصره ۲: هزینه داروهای خارجی که تولید داخلی ندارند در صورت تجویز پزشک متخصص معالج و تأیید ضرورت مصرف و نام تجاری دارو و مقدار مصرف آن از سوی پزشک معتمد بیمه‌گر (در صورت عدم تأیید نام داروی مرتبط با بیماری و میزان مصرف آن 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 با رعایت تبصره‌های ۱ تا ۳ از ماده ۸ قابل جبران است. در سایر موارد نیز با اعمال فرانشیز و با رعایت تبصره‌های ۱ تا ۳ از ماده ۸ براساس ضمیمه (۱) اقدام خواهد شد. همچنین 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. داروهای مکمل برای اینگونه از بیمه‌شدگان در صورت تجویز پزشک متخصص معالج و یا متخصص تغذیه، با تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر قابل پرداخت است.

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 با رعایت تبصره‌های ۱ تا ۳ از ماده ۸ قابل جبران است. تزریقات داروهای تخصصی که از داروخانه یا شرکت تجهیزات پزشکی با فاکتور معتبر خریداری شده و لازم است صرفاً توسط پزشک متخصص انجام شود بر اساس تعرفه نوع خدمت قابل پرداخت است. داروی استفاده شده می‌بایست دارای فاکتور ممه‌ور و معتبر تجهیزات پزشکی و یا داروخانه باشد.

تبصره ۴- هزینه دستگاه تست قند خون (صرفاً برای بیماران دیابتی وابسته به انسولین یکبار در دوره قرارداد برای هر خانواده) حداکثر تا سقف ۲۰۰۰۰۰۰ (بیست میلیون) ریال با تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر بدون فرانشیز و نوار تست قند خون برای هر بیمار دیابتی در صورتی که پزشک متخصص معالج تعداد مصرف روزانه آن را تأیید نماید حداکثر تا ۱۰۰ عدد در ماه با تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر با کسر فرانشیز قابل جبران است. همچنین پرداخت هزینه دستگاه کنترل میزان قند خون بر روی بدن با دستور پزشک متخصص و صرفاً جهت بیماران دیابتی وابسته به انسولین تا سن زیر ۱۶ سال با ارائه فاکتور معتبر شرکت تجهیزات پزشکی به میزان سقف تعیین شده در جدول ضمیمه (۳)، در تعهد بیمه‌گر خواهد بود.

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 (بیمه‌گر موظف است ضمن اعلام اسامی داروخانه‌های منتخب قبلاً اسامی بیماران خاص و صعب‌العلاج را به داروخانه‌های مذکور از طرق مقتضی اعلام کرده باشد، برای دریافت دارو از اینگونه داروخانه‌ها به علت نداشتن بیمه پایه نباید محدودیتی اعمال شود) با توزیع مناسب بر اساس نظر بیمه‌گذار برای بیماران خاص و صعب‌العلاج تا سقف ۶۰۰۰۰۰۰ (ششصد میلیون) ریال بدون معرفی‌نامه و تأیید بیمه‌گر برای داروهای مرتبط با بیماری خاص و صعب‌العلاج

۲- در مورد سایر داروها (بجز داروهای مرتبط با بیماری‌های خاص و صعب‌العلاج) در تمامی داروخانه‌های طرف قرارداد تا سقف ۱۲۰۰۰۰۰۰ (یکصد و بیست میلیون) ریال برای کلیه نسخ دارویی.

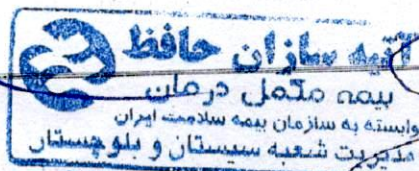
۳- از آنجا که بیمه‌شدگان شاغل و افراد خانواده آنها پوشش از طرف بیمه‌گر پایه ندارند لذا بیمه‌گر مکلف به در نظر گرفتن تمهیداتی برای استفاده مناسب و مطابق شرایط قرارداد از داروخانه‌های طرف قرارداد خود مستقل از بررسی داشتن بیمه پایه توسط مرکز طرف قرارداد برای این قبیل از بیمه‌شدگان می‌باشد.

تبصره ۶- در صورت لغو قرارداد داروخانه‌های مرجع (نظیر هلال احمر، داروخانه سیزده آبان و مراکز دارویی تک نسخه‌ای)، بیمه‌گر موظف است تمهیدات لازم برای پرداخت هزینه بیمه‌شده جهت دریافت دارو را در همان روز به نحو مقتضی انجام دهد.

۷-۸- 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 رعایت تبصره‌های ۱ تا ۳ از ماده ۸ و با تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر پرداخت می‌شود.

تبصره: هزینه اعمال جراحی که به منظور رفع نقص ناشی از درمان در اندام بیمه‌شده از طریق ایمپلنت (بجز دندان) و یا استفاده از پروتز و یا ترمیم نقص انجام می‌شود با رعایت بند ۱ از ماده ۱۱ با کسر فرانشیز با رعایت تبصره‌های ۱ تا ۳ از ماده ۸ بر عهده بیمه‌گر می‌باشد.

۸-۸- هزینه خرید وسایل کمک توانبخشی، پروتزا و ارتوزهایی که خارج از بدن استفاده می‌شود با تجویز پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر، براساس جدول ضمیمه (۳) چنانچه به دفعات در طول مدت قرارداد مورد نیاز باشد بدون کسر فرانشیز تا سقف مندرج در جدول ضمیمه (۳)، قابل پرداخت می‌باشد.



تبصره ۱: هزینه کرایه وسایل کمک توانبخشی، پروتزها و ارتوزهایی که خارج از بدن استفاده می شود با تجویز پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر، براساس فاکتور معتبر بدون کسر فرانشیز قابل پرداخت می باشد.

۸-۹ - تأمین هزینه های (تهیه) اعضاء طبیعی پیوندی مانند کلیه، کبد، قریه، قلب، ریه و ... در مراکز درمانی و در صورتیکه منجر به انجام پیوند شود (پس از تأیید انجمن حمایتی مربوطه و پزشک معتمد بیمه گر) (همتراز بیمارستان مورد عمل و با رعایت موارد مربوط به بیماریهای صعب العلاج) بدون کسر فرانشیز در تعهد بیمه گر می باشد.

۸-۱۰ - هزینه درمان نازائی و ناباروری جهت هر یک از زوجین (اولیه و ثانویه) مانند لاپاراسکوپی درمانی، IUI، IVF، ZIFT، GIFT، با اعمال فرانشیز و با رعایت تبصره های ۱ تا ۳ از ماده ۸ جهت هر یک از زوجین قابل جبران است (حتی اگر منجر به معالجه نگردد). همچنین با عنایت به جزء "پ" از ماده ۸۱ قانون پنج ساله برنامه هفتم پیشرفت جمهوری اسلامی ایران هزینه های مرتبط با رحم اجاره ای و انجماد (فریز) تخمک، تخمک اهدایی (چنانچه جنبه درمانی داشته باشند) تا سقف ۱۰۰۰۰۰۰۰ (ده میلیارد) ریال با کسر فرانشیز قابل پرداخت می باشد.

۸-۱۱ - تعهدات بیمه گر در رابطه با هزینه آمبولانس و همراه بشرح ذیل است:

۸-۱۱-۱ - در موارد اورژانس که منجر به بستری شدن بیمار در بخش اورژانس، Day care و یا سایر بخش ها گردد، همچنین در مورد شکستگی ها (از جمله لگن، ران و گردن، ستون فقرات)، انتقال بیمار مابین بیمارستانها و مراکز تشخیصی - درمانی مجاز با تأیید بیمارستان مبدأ در هر مورد داخل شهری ۳۰۰۰۰۰۰ (سیصد میلیون) ریال براساس هزینه طبق فاکتور ارائه شده و بدون کسر فرانشیز قابل پرداخت می باشد.

۸-۱۱-۲ - در مواردی که بیمار در بیمارستان بستری و امکان مداوای بیمار در بیمارستان محل اقامت وی فراهم نباشد با تأیید بیمارستان مبدأ و یا تأیید پزشک معتمد بیمه گر هزینه انتقال بیمار با آمبولانس یا هواپیما به بیمارستانها و مراکز تشخیصی - درمانی ۷۰۰۰۰۰۰۰ (هفتصد میلیون) ریال در هر مورد بین شهری براساس هزینه طبق فاکتور ارائه شده و بدون کسر فرانشیز قابل پرداخت است.

۸-۱۱-۳ - هزینه همراه کودک بیمار تا سن ۱۰ سال تمام و افراد بالای ۷۰ سال، حداکثر معادل با نرخ تعرفه همراه بر اساس نرخ مصوب مراجع ذیصلاح قانونی با کسر فرانشیز و با رعایت تبصره های ۱ تا ۳ از ماده ۸ پرداخت می گردد. در سایر موارد دستور پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر الزامی است.

۸-۱۲ - هزینه های انجام شده با ارائه اصل مدارک و صورت حسابهای درمانی و بر اساس مفاد قرارداد قابل پرداخت است. در مواردی که بیمه شده اصل مدارک را جهت دریافت قسمتی از هزینه های انجام شده سهم سایر مراجع ذیربط به آنها ارائه نموده باشد، بیمه گر تعهدات خود را (مازاد هزینه ها) پس از دریافت تصویر مصدق مدارک ذکر شده به همراه تصویر چک یا اصل گواهی مربوطه انجام خواهد داد. همچنین بیمه گر متعهد به ارائه اصل مدارک و یا تصویر مصدق آن برای ارائه به سایر مراجع ذیربط بر اساس درخواست بیمه شده و نیاز آن مراجع می باشد.

۸-۱۳ - بیمه گر متعهد می گردد لیست کلیه مراکز طرف قرارداد خود را حداکثر ظرف ۱۵ روز کاری کتباً به بیمه گذار اطلاع دهد و همچنین بیمه گر طبق روال در جهت دستیابی مستقیم بیمه شدگان به مراکز درمانی تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی و خدمات درمانی و ... در چارچوب تعرفه های مصوب دولت اقدام خواهد نمود به نحوی که بیمه شدگان بتوانند مشابه افراد تحت پوشش سازمانهای مزبور از خدمات این مراکز استفاده نمایند. بدین منظور بیمه گر لازم است از طریق عقد قرارداد و یا از طرق دیگر و براساس لیست مراکز درمانی مورد درخواست بیمه گذار، امکان استفاده از این مراکز را بدون پرداخت وجهی بر اساس مفاد قرارداد مازاد بر آنچه که افراد تحت پوشش سازمانهای مزبور می پردازند، قبل از ترخیص و در زمان تسویه حساب بیمه شده با آن مرکز فراهم نماید.



۸-۱۴ - 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 در نظر گرفتن تعرفه با عنایت به تبصره‌های ۱ تا ۳ از ماده ۸ و با کسر فرانشیز می‌باشد.

۸-۱۵ - بیمه‌گر می‌تواند مدارک ارائه شده از طرف بیمه‌گذار و یا بیمه‌شده را با رعایت جزء "ج" از بند ۸-۱ بررسی نموده و در مورد چگونگی درمان و معالجه وی تحقیق نماید.

۸-۱۶ - 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.

۸-۱۷ - 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.

ب) پرداخت هزینه‌های آزمایشات تشخیصی که امکان انجام آن در ایران وجود نداشته و فاقد تعرفه مصوب می‌باشد در کمیسیون موضوع جزء "ه" بند ۸-۱ 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.

۸-۱۸ - بیمه‌گر موظف است آمار و اطلاعات مورد درخواست بیمه‌گذار را در اختیار وی قرار دهد.

۸-۱۹ - 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.

۸-۲۰ - 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.

۸-۲۱ - بیمه‌گر موظف است قرارداد به همراه ضامنه را جهت اجرا به کلیه شعب خود ابلاغ نماید و آموزش‌های لازم را به آنها نیز ارائه دهد. در صورت ابلاغ هر گونه بخشنامه یا دستورالعملی مازاد بر آن توسط بیمه‌گر به شعب، رونوشت آن می‌بایست به وزارت نیرو ارسال گردد. بدیهی است صرفاً متن و ضامنه قرارداد، مبنای ارائه مستندات بمنظور محاسبات جبران هزینه‌ها و اجرای آن در شعب بیمه‌گر می‌باشد.

ماده ۹ - خدمات دندانپزشکی

- ۹-۱ - تعهدات مربوط به ایمپلنت (شامل تزریق پودر استخوان در صورت نیاز) تا سقف ۸۰۰۰۰۰۰۰ (هشتصد میلیون) ریال بدون فرانشیز بصورت شناور برای بیمه شده اصلی و افراد تحت پوشش
- سایر تعهدات مربوط به گروه دندانپزشکی عمومی منجمله کشیدن، پر کردن، جراحی لثه، بریج، روت کانال (درمان ریشه)، روکش، ارتودنسی (پرداخت هزینه خدمات ارتودنسی حداکثر طی دو دوره قرارداد متوالی بصورت ۵۰ درصد



هزینه با رعایت تعرفه در قرارداد دوره جاری (زمان شروع درمان) بعهدہ بیمہ گر جاری و ۵۰ درصد باقیمانده در قرارداد دوره بعد، بعهدہ بیمہ گر آن دوره با رعایت تعرفہهای جدید و مرتبط با دوره مذکور می باشد و چنانچه کل دوره درمان ارتودنسی در طول یک دروہ قرارداد واقع شود پرداخت کل هزینه ارائه شدہ توسط بیمہ شدہ با رعایت تعرفہ بعهدہ بیمہ گر جاری خواهد بود.) جرم گیری و بروساژ با اعمال فرانشیز و با رعایت تبصرہهای ۱ تا ۳ از مادہ ۸ بدون سقف وبہ دفعات می باشد. در صورت مراجعہ بیمہ شدہ بہ بخش خصوصی با در نظر گرفتن بالاترین تعرفہ مراجع ذیصلاح قانونی و در صورت مراجعہ بیمہ شدہ بہ سایر بخش ها تعرفہ بخش مربوطہ ملاک محاسبہ است. برای ہر یک از بیمہ شدگان (بیمہ شدہ اصلی شاغل و افراد تحت تکفل وی و همسر و فرزندان غیر تحت تکفل کارکنان اناث، فرزندان ذکور مجرد غیر تحت تکفل و فرزندان ذکور غیر تحت تکفل متأهل و همسر آنان) در طول مدت قرارداد مورد تعہد بیمہ گر می باشد.

تعہدات دندانپزشکی برای ہر یک از بازنشستگان و افراد تحت پوشش آنان و ہر یک از والدین غیر تحت تکفل بیمہ شدہ اصلی شاغل برای کلیہ خدمات مربوط بہ دندانپزشکی اعم از ایمپلنت و سایر خدمات تا سقف مبلغ ۸۰۰۰۰۰۰۰ (ہشتصد میلیون) ریال بصورت شناور برای بیمہ شدہ اصلی و افراد تحت پوشش با اعمال فرانشیز و با رعایت تبصرہهای ۱ تا ۳ از مادہ ۸ و در صورت مراجعہ بیمہ شدہ بہ بخش خصوصی با در نظر گرفتن بالاترین تعرفہ مراجع ذیصلاح قانونی و در صورت مراجعہ بیمہ شدہ بہ بخش دولتی تعرفہ بخش دولتی ملاک محاسبہ است، در طول مدت قرارداد در تعہد بیمہ گر می باشد.

تبصرہ ۱: جبران هزینه جراحی لثہ بہ منظور درمان تومور در صورتیکہ منجر بہ بستری شود از محل تعہد بند ۱-۸، و در صورت انجام جراحی بہ صورت سرپایی از محل تعہد بند ۲-۸ قابل پرداخت است.
تبصرہ ۲: چنانچہ برای انجام ہر یک از خدمات دندانپزشکی، بیمہ شدہ نیاز بہ بیهوشی و یا بستری داشته باشد هزینه های آن از محل تعہدات بند ۱-۸ با تأیید پزشک معتمد بیمہ گر پرداخت می شود.
تبصرہ ۳: جبران هزینه های ارتودنسی، جرم گیری، روکش و بروساژ با ارائه مدارک مثبتہ اعلامی با تأیید پزشک معتمد بیمہ گر است.

۹-۲ - بیمہ گر بمنظور تسہیل در ارائه خدمات دندانپزشکی و کسب رضایت بیمہ شدگان بہ تناسب تعداد بیمہ شدگان بہ تعداد کافی و توزیع مناسب در کلیہ شهرستانها و شہرهای کشور با کلینیک های دندانپزشکی و یا دندانپزشکان، قرارداد منعقد خواهد نمود.

۹-۳ - چنانچہ بیمہ گر در ہر شہر یا شہرستانی دندانپزشک و یا مراکز دندانپزشکی طرف قرارداد نداشته باشد تا انعقاد قرارداد با مراکز دندانپزشکی و دندانپزشکان و اعلام مراتب بہ بیمہ گذار کماکان نسبت بہ تسویہ هزینه های دندانپزشکی بیمہ شدگان طبق مفاد قرارداد اقدام خواهد نمود. در موارد اورژانس کہ در مسافرت و مأموریت پیش می آید، با تأیید دندانپزشک معتمد بیمہ گر و مطابق مفاد قرارداد قابل پرداخت است.

تبصرہ ۱: در ہر صورت بیمہ گر موظف است بر اساس ارائه اسناد مثبتہ تعہدات خود را در پرداخت هزینه های مربوط بہ دندان انجام دہد.

مادہ ۱۰- ضرب الاجل تسلیم اسناد هزینه ها:

حداکثر مہلت تحویل اسناد هزینه های درمانی بہ بیمہ گر در مورد هزینه های سرپایی ۳ ماہ و در مورد هزینه های بیمارستانی ۶ ماہ از تاریخ هزینه می باشد. در صورت استفادہ از پوشش سایر بیمہ ها مہلت فوق از تاریخ دریافت سهم از سایر بیمہ ها توسط بیمہ شدہ، مورد عمل می باشد. بدیہی است بعد از انقضای این مدت، بیمہ گر تعہدی نسبت بہ پرداخت خسارت در قبال مدارک ارائه شدہ نخواہد داشت.



ماده ۱۱- استثنائات:

استثنائات این قرارداد در چارچوب ماده ۱۴ آیین نامه شماره ۹۹ شورای عالی بیمه می باشد و بر این اساس، صرفاً موارد زیر از شمول تعهدات بیمه گر خارج هستند:

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

۲- اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام پذیرد.

تبصره: با عنایت به بند ۶ از ماده ۲ آیین نامه شماره ۹۹ شورای عالی بیمه هزینه اعمال جراحی ترمیمی ناشی از حادثه و مواردی که بر عملکرد اندام بیمه شده تاثیرگذار است از شمول این بند خارج است.

۳- حوادث ناشی از آتشفشان و فعل و انفعالات هسته ای.

۴- با عنایت به تبصره ۲ از بند ۶-۸ هزینه های 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 بیمه گر برسد).

تبصره: کلیه هزینه های مربوط به لوازم اساسی مصرفی که در اتاق عمل مراکز درمانی استفاده می شود و یا جزء ملزومات درمانی است و مربوط به موارد جانبی، بهداشتی و امثالهم (مثل: ماسک، دستکش، گان، دمپایی ...) نیست، قابل پرداخت است.

۵- هزینه های ترک اعتیاد.

۶- هر نوع چکاپ و آزمایشات دوره ای (برابر قانون کار، این هزینه ها به عهده کارفرما می باشد).

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

۸- هزینه های 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، روان گردان و مشروبات الکلی به تشخیص پزشک معالج.

بخش سوم: 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، بیمه گر نمی تواند یکطرفه براساس بندهای ۲ و ۳ از قسمت "الف" ماده ۲۱ آیین نامه شماره ۹۹ شورای عالی بیمه اقدام به فسخ قرارداد بدون تأیید وزارت نیرو و بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران نماید، همچنین بیمه گذار نیز نمی تواند یکطرفه به استناد بند ۱ از قسمت "ب" ماده ۲۱ آیین نامه مذکور اقدام به فسخ قرارداد نماید. ضمناً علاوه بر رعایت بند ۱ از قسمت "الف" و بندهای ۲ و ۳ از قسمت "ب" آیین نامه مورد اشاره لازم است مواد ذیل هنگام اجرای نحوه فسخ قرارداد در نظر گرفته شود:

ماده ۱- در صورت عدم رعایت وظایف بیمه گذار مطابق فصل دوم از بخش اول و دوم این قرارداد، و تمایل بیمه گر به فسخ قرارداد لازم است تا موضوع نخست کتباً به شرکت مادر تخصصی مربوطه با ذکر علت تمایل به فسخ به همراه



مستندات اعلام گردد، شرکت مادر تخصصی در فاصله زمانی حداکثر یک هفته کاری بعد از دریافت نامه بیمه گر موضوع را در جلسات مشترک بین بیمه گر و بیمه گذار بررسی و در صورت عدم حل مشکل حداکثر در فاصله زمانی یک ماه از اعلام کتبی بیمه گر به شرکت مادر تخصصی، موضوع با پیوست مدارک و صورتجلسات به وزارت نیرو از طریق شرکت مادر تخصصی منعکس گردد، وزارت نیرو حداکثر یک هفته کاری بعد از دریافت نامه شرکت مادر تخصصی، تصمیم نهایی را به بیمه گر و بیمه گذار اعلام خواهد نمود.

ماده ۲- در صورت عدم رعایت وظایف بیمه گر مطابق فصل سوم از بخش اول و دوم این قرارداد، و تمایل بیمه گذار به فسخ قرارداد لازم است تا موضوع نخست کتباً به شرکت مادر تخصصی مربوطه با ذکر علت تمایل به فسخ به همراه مستندات اعلام گردد، شرکت مادر تخصصی در فاصله زمانی حداکثر یک هفته کاری بعد از دریافت نامه بیمه گذار موضوع را در جلسات مشترک بین بیمه گر و بیمه گذار بررسی و در صورت عدم حل مشکل حداکثر در فاصله زمانی یک ماه از اعلام کتبی بیمه گذار به شرکت مادر تخصصی، موضوع با پیوست مدارک و صورتجلسات به وزارت نیرو از طریق شرکت مادر تخصصی منعکس گردد، وزارت نیرو حداکثر یک هفته کاری بعد از دریافت نامه شرکت مادر تخصصی، تصمیم نهایی را به بیمه گر و بیمه گذار 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 فی مابین نمایندگان بیمه گذار، بیمه گر، شرکت مادر تخصصی و وزارت نیرو با رعایت موارد ذیل انجام خواهد شد.

- اجرای بندهای ۱ و ۲ از جزء "د" ماده ۲۱ آیین نامه 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 آیین نامه مذکور:

الف) تکمیل جدول ضمیمه (۴) به منظور محاسبه خسارت پرداختی در چارچوب این قرارداد

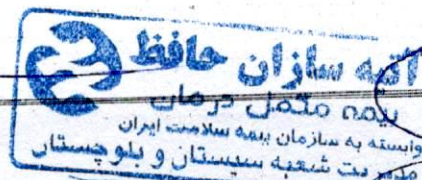
ب) محاسبه خسارت معوق بیمه گر براساس آخرین جدول IBNP یا خسارات معوق مربوط به سال جاری، ارسال شده به وزارت نیرو

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

د) با بررسی وزارت نیرو و اعلام آن به بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران در صورت عدم رعایت غیر موجه چارچوب قرارداد توسط بیمه گر بند ۲ از جزء "د" ماده ۲۱ آیین نامه شماره ۹۹ شورای عالی بیمه اجرایی نخواهد شد.

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

ماده ۵- احراز تخلف بیمه شدگان و نحوه برخورد با آن، مستقل از دوره قرارداد در کمیته مشترک فی مابین بیمه گر و بیمه گذار مشخص و تعیین خواهد شد، بدین منظور بیمه گزار یک هفته کاری پس از ثبت نامه بیمه گر در دبیرخانه بیمه گزار با دعوت بیمه گزار از بیمه گر تاریخ تشکیل کمیته مشخص و هماهنگ خواهد شد. در صورت بروز اختلاف نظر در کمیته و یا در صورت تصمیم به قطع پوشش بیمه شده خاطی، موضوع ظرف ۱۰ روز کاری در جلسات مشترک با شرکت مادر تخصصی و در صورت عدم حل مشکل ظرف یک هفته کاری با وزارت نیرو حل و فصل گردد. در مورد مؤسسات و سازمان های تابعه در صورت بروز اختلاف نظر، جلسات مذکور با وزارت نیرو و با رعایت زمانبندی های مذکور



خواهد بود. در صورت عدم رعایت زمانبندی‌های فوق بیمه‌گر محق خواهد بود بر طبق آئین‌ها و دستورالعمل‌های ذیربط عمل نماید.

بخش چهارم: 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.
- ماده ۴-** موارد مسکوت یا پیش‌بینی نشده در این قرارداد تابع شرایط عمومی بیمه‌های درمان 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 ۱۴۰۵/۴/۱ شروع و در ساعت صفر بامداد ۱۴۰۶/۴/۱ 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 توافقنامه 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 مزاد 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 غیرطرف 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.



رأی
مهر

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 اگیردار (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: اجرای تغییرات احتمالی در متن قرارداد منوط به تأیید آن توسط بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران و وزارت نیرو می‌باشد.

ماده ۱۶: بمنظور تخمین خسارات واقعی قرارداد از روش پیز سلسله مراتبی با هماهنگی بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران استفاده خواهد شد.

ماده ۱۷- این قرارداد در بخش یک مشتمل بر ۱۱ ماده و ۳۴ تبصره و ۶۲ بند، در بخش دو شامل ۹ ماده و ۷ تبصره، در بخش سه شامل ۵ ماده و در بخش چهار شامل ۱۷ ماده در دو 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.

شرکت بیمه:

بیمه تکمیلی درمان آتیه سازان

حافظ

شعبه سیستان و بلوچستان



شرکت بیمه گذار:

شرکت آب منطقه ای
سیستان و بلوچستان



ضمیمه (۱)

مدارک لازم برای:

الف- مراکز درمانی طرف قرارداد:

پذیرش بیمار (بیمه شده):

معرفی نامه 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 بیمه گر پایه یا کارت ملی

بیمه شده اصلی و تبعی (بیمار)

ب- مراکز درمانی غیر طرف قرارداد:

تبصره: اقلام هزینه ای آورده شده در صورت حساب مراکز درمانی که امکان ارتباط با درمان بیمه شده را داشته و

منطبق با کتاب های ارزش نسبی است با احتساب فرانشیز مربوطه قابل پرداخت است.

مدارک مورد نیاز جهت رسیدگی و پرداخت هزینه ها (ارائه به بیمه گر) و نحوه رسیدگی:

۱- ب) تعهد بستری و بیمارستانی:

برای پرداخت خسارت، بیمه گر باستناد تبصره ذیل بند «ب» این ضمیمه، پس از دریافت مدارک ذیل،

ملزم به پرداخت کامل اقلام هزینه ای براساس کدهای تعرفه ای فهرست شده در صورت حساب مرکز

درمانی بدون توجه به نحوه، شیوه و لزوم اقدامی است که مرتبط با موضوع درمان می تواند باشد، مگر

آنکه اقدامی منطبق و یا مرتبط با موضوع درمان نبوده و در صورت حساب باشد. کدهای جراحی که در

صورت حساب مرکز درمانی قید شده و هم پوشانی دارند قابل تأیید و پرداخت نمی باشند.

۱- اصل صورت حساب بیمارستانی ممهور به مهر مرکز درمانی که در آن هزینه های تخت روز

(هتلینگ)، اتاق عمل، همراه، دارو، آزمایش، لوازم مصرفی، تشکیل پرونده و... درج گردیده است.

(تصویر صورت حساب صرفاً در صورت استفاده از بیمه گر پایه و استعلام از آن بیمه مورد پذیرش است)

۲- اصل یا تصویر صورت حساب 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 پزشکی 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 تصویر برداری ها

۷- اصل یا تصویر نسخ دارویی، ریز لوازم مصرفی، فاکتور پروتزها (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 ویزیت ها 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 فوق الذکر، 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 بلامانع 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 ۸-۱۳ و ۸-۱۴ از بخش اول قرارداد و تبصره ذیل بند «ب» این ضمیمه، 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 درصد وجه مورد درخواست مرکز درمانی 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:



زهره

مدیر

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 از ماده ۸ قرارداد عمل خواهد شد.

۲- براساس مفاد قرارداد برای بیمه‌شدگان غیرتحت تکفل شاغل الزامی به اخذ سهم بیمه‌گر پایه نیست، اما در صورت استفاده بیمه‌شده از سهم بیمه‌گر پایه، فرانشیز صفر خواهد شد.

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 سیتوپلاستی 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 (بای‌پس‌معدة، بالنگذاری و سایر اعمال مرتبط) در مورد بیمه‌شدگان تأییدیه پزشک معتمد قبل از عمل 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 استنوتومی 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 بیمه‌شده قبل از عمل توسط پزشک معتمد بیمه‌گر الزامی است.

❖ انجام عمل جراحی واریس نیازمند معاینه بیمه‌شده قبل از عمل به همراه ارائه سونوگرافی کالر داپلر می‌باشد، صدور معرفی‌نامه منوط به تأیید پزشک معتمد می‌باشد.

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



[Handwritten signature in blue ink]



[Handwritten signature in blue ink]

۲- ب) تعهد ویزیت:

❖ در صورت مراجعه بیمه شده به کلینیک و یا درمانگاه متعلق به بیمارستان، نیاز است رسید صندوق ممهور 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 ممهور به مهر از سوی پزشک مربوطه مبنی بر درج مبلغ ویزیت دریافتی الزامی است.

۳- ب) تعهد پاراکلینیکی:

ابتدا بیمه شده می بایست 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 ممهور به مهر مرکز

نکته: برای پرداخت خسارت، بیمه گر باستناد تبصره ذیل بند «ب» این ضمیمه و دریافت مدارک فوق، ملزم به پرداخت کامل اقلام هزینه ای براساس کدهای تعرفه ای فهرست شده در صورتحساب مرکز درمانی (به استثناء فیزیوتراپی و توانبخشی) بدون توجه به نحوه، شیوه و لزوم اقدامی است که مرتبط با دستور پزشک می تواند باشد، مگر آنکه اقدامی منطبق و یا مرتبط با دستور پزشک نبوده و در صورتحساب 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 ممهور به مهر و امضاء مرکز فیزیوتراپی الزامی می باشد.

نکته: پرداخت هزینه فیزیوتراپی با ارائه مدارک درخواستی فوق امکانپذیر می باشد.

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

نکته: برای فیزیوتراپی در بیماری های 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 می باشد (برای ارائه به مرکز طرف قرارداد نیز لازم است):

✓ ارائه رادیوگرافی یا ام آر آی و یا سی تی اسکن مرتبط

✓ گواهی پزشک معالج مبنی بر لزوم انجام فیزیوتراپی بیش از ده جلسه

نکته: هزینه لیزر کم توان همزمان با فیزیوتراپی قابل پرداخت می باشد.

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 می باشد.

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 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، اپکسوزنریس، 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 رادیوگرافی پانورکس یا فوتوگرافی آتلیه ای و یا معاینه بیمار قبل از انجام خدمت و ارائه فوتوگرافی (عکس رنگی حتی با گوشی موبایل) 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.

(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.

جز در موارد محدود و مشکوک (به تشخیص بیمه‌گر و با ذکر دلیل)، با ارائه مدارک فوق نیاز به تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر نمی‌باشد.

۷- (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

۹- (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.

۱۰- 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 ارقام ذکر شده در جدول ضمیمه شماره ۳ بدون اعمال فرانشیز محاسبه و پرداخت می‌شود.

۱۰-۱- 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

۱۱- ب) تعهد اعمال غیرمجاز در مطب:

آخرین لیست اعمال غیر مجاز در مطب مصوب پنجاه و پنجمین جلسه شورای عالی نظام پزشکی مورخ ۱۴۰۰/۶/۲۵ که ضمیمه می‌باشد.

۱۲- ب) تعهد سوختگی ناشی از کار:

ترمیم سوختگی، 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 ریز داروها می باشد 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 بیمه شده برای نسخ الکترونیک مورد نیاز می باشد.

✓ نسخ ناخوانا از درجه اعتبار ساقط می باشند.

✓ حق فنی داروخانه در تعهد نمی باشد.

✓ هزینه داروهای مکملی که با تجویز پزشک معالج جنبه درمانی دارند با تأیید پزشک معتمد بیمه گر در تعهد بیمه گر می باشد.

✓ داروهای مربوط به کاهش و افزایش وزن در تعهد نمی باشد. (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 ماه های پایانی قرارداد داروهای تجویزی برای بیمه شده بیشتر از دوره قرارداد باشد، بیمه گر جاری مکلف به پرداخت سهم باقی مانده از قرارداد می باشد و مابقی آن در تعهد بیمه گر بعدی است. به این منظور بیمه گر جاری می بایست کپی برابر اصل شده نسخه تجویز دارو، قیمت دارو و هزینه اعلام شده و پرداخت شده را در اختیار بیمه شده جهت ارائه به بیمه گر بعدی قرار دهد.

✓ داروهای هورمون رشد براساس شناسنامه استاندارد آن قابل پرداخت است.

✓ واکسن آنفولانزا صرفاً برای بیمه شدگان دارای بیماری خاص، و یا بیمه شدگان با سن بالای ۷۰ سال و کودکان زیر ۱۰ سال با تأیید پزشک معتمد بیمه گر قابل پرداخت می باشد.

۱-۱- ج) داروهای تک نسخه ای:

داروهای تک نسخه ای صرفاً با ارائه گواهی پزشک 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 داروخانه های معتبر مطابق مفاد قرارداد در تعهد می باشد. (برای ارائه به مرکز غیرطرف قرارداد است)

۲-۱- ج) داروهای پوست و مو:

✓ کلیه اقلام آرایشی و بهداشتی نظیر کرم های لایه بردار، پماد، سفیدکننده، ضد آفتاب، ضد چروک، ضد لک و ... خارج از تعهد می باشد.

✓ کرم های تجویز شده ای که تولیدات کارخانه های آرایشی-بهداشتی است قابل پرداخت نمی باشد.

✓ داروهای ضد ریزش مو و یا تقویت کننده رویش مو که جنبه درمانی ندارد در تعهد نمی باشد.

✓ 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 می باشد. (مانند کرم های لایه بردار)



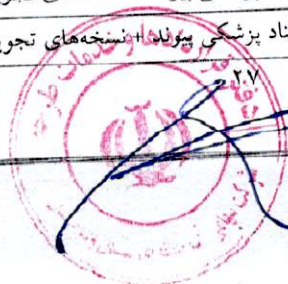
شامپو، کرم، پماد و صابون‌هایی که استفاده از آنها جنبه درمانی دارد فقط با تجویز پزشک متخصص پوست و تأیید پزشک معتمد در تعهد می‌باشد.



ضمیمه (۱)

مدارک لازم جهت ارائه به بیمه گر برای بیماران خاص و صعب العلاج

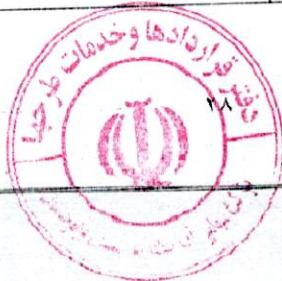
ردیف	بیماری	مدارک مورد نیاز جهت تأیید
۱	تالاسمی	ارائه جواب آزمایش خون و الکترولیز هموگلوبین (الکتروفورزسیر)
۲	هموفیلی	ارائه تست فاکتورهای انعقادی، جواب آزمایش خون، تست فعال شدن نسبی ترومبوپلاستین، تست زمان پرترومبین، تست فیبرینوژن
۳	دیالیز (خونی و صفاتی)	ارائه کارت انجمن دیالیز و یا آزمایش نشان دهنده عدم فعالیت کلیه ها
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	هیپاتیت	ارائه جواب آزمایشهای هیپاتیت
۸	ایدز	ارائه جواب آزمایش ایدز
۹	شیمی درمانی و رادیو تراپی	ارائه جواب پاتولوژی که نشان دهنده بدخیمی باشد + نسخه های 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	نیمن پیک 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 غیر دوشن	نوار عصب و عضله و آزمایشات خاص + نسخ پزشک
۲۱	پیوند کلیه	اسناد پزشکی پیوند + نسخه های تجویزی
۲۲	پیوند کبد	اسناد پزشکی پیوند + نسخه های تجویزی
۲۳	پیوند قلب	اسناد پزشکی پیوند + نسخه های تجویزی
۲۴	پیوند ریه	اسناد پزشکی پیوند + نسخه های تجویزی
۲۵	پیوند پانکراس	اسناد پزشکی پیوند + نسخه های تجویزی
۲۶	پیوند روده	اسناد پزشکی پیوند + نسخه های تجویزی
۲۷	پیوند قرنیه	اسناد پزشکی پیوند + نسخه های تجویزی
۲۸	پیوند مولتی ویرال	اسناد پزشکی پیوند + نسخه های تجویزی
۲۹	پیوند سلولهای بنیادی خون ساز (مغز استخوان)	اسناد پزشکی پیوند + نسخه های تجویزی



ادامه ضمیمه (۱)

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 شبکیه چشم + نسخ تجویزی
۳۵	روانی مزمن	نسخ تجویزی روانپزشک
۳۶	دیستروفی کمر بند شانه و لگن ، دیستروفی FSHD دیستروفی مادرزادی و میوپاتی (غیر دوشن)	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	فنیل کتونوری کلاسیک	آزمایش اختصاصی
۴۱	فنیل 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	گلوکاریک اسیداور	آزمایش اسیدهای آمینه
۴۷	هموسیستنوری کلاسیک	آزمایش اسیدهای آمینه
۴۸	هموسیستنوری غیر کلاسیک	آزمایش اسیدهای آمینه
۴۹	متیل مالونیک اسیداور کلاسیک	آزمایش اسیدهای آمینه
۵۰	متیل مالونیک اسیداور غیر کلاسیک	آزمایش اسیدهای آمینه
۵۱	پروپیونیک اسیدمی	آزمایش اسیدهای آمینه
۵۲	ایزووالریک اسیدمی (IVA)	آزمایش اسیدهای آمینه
۵۳	اختلال ارگانیک اسیدمی	آزمایش اسیدهای آمینه
۵۴	آدنولکودیستروفی (ALD)	اسکن + آزمایش
۵۵	گالاکتوزمی	آزمایش
۵۶	سوء جذب گلوکز گالاکتوز (GGMA)	آزمایش
۵۷	هایپرلیپوپروتئینما	آزمایش
۵۸	هیپر بتالیپوپروتئینما	آزمایش
۵۹	آبتالیپوپروتئینمی	آزمایش
۶۰	کمبود آدنوزین کیناز (Adenosine kinase deficiency)	آزمایش اختصاصی
۶۱	سلیاک اطفال	آزمایش + اسکن یا MRI + آندوسکوپی و کولونوسکوپی



ضمیمه (۲)

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

نام :

نام خانوادگی :

تاریخ تولد :

کد ملی :

نسبت با بیمه شده اصلی :

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

اگر جواب بالا مثبت است لطفاً 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 :

امضاء:

نام و نام خانوادگی:

شرکت بیمه:

بیمه تکمیلی درمان آتیه

سازان حافظ شعبه سیستان و

بلوچستان

شرکت بیمه گذار:

شرکت آب منطقه ای سیستان

و بلوچستان

امان حیدر دوتی



ضمیمه (۳)

جدول تعرفه های اورتز و پروتز و وسایل کمک پزشکی		
سقف تعهد (ریال)	نام	کد
6 0,000,000	...	1
2 , 00,000	...	1
11 , 00,000	...	1
7 , 00,000	طبی	1
6 , 00,000	...	1
1 0,000,000	...	1
45 ,000,000	...	1
3 0,000,000	...	1
6 0,000,000	...	1
11 , 00,000	...	1
3 ,000,000	...	1
11 , 00,000	...	1
13 ,000,000	...	11
15 ,000,000	...	11
11 , 00,000	...	11
2 0,000,000	...	11
11 , 0,000	...	11
11 , 00,000	...	11
1 ,000,000	...	11
11 , 00,000	...	11
1 0,000,000	...	1
1 ,000,000	...	12
11 , 00,000	...	11
1 ,000,000	...	11
6 ,000,000	...	11
11 , 00,000	...	11
15 ,000,000	...	11
11 , 00,000	...	11
11 , 00,000	...	11
11 , 00,000	...	11
11 , 00,000	...	11
11 , 00,000	...	11
11 , 00,000	...	11
11 , 00,000	...	11
11 , 00,000	...	11
1 0,000,000	Long-Legbrace	11
11 , 00,000	...	11
11 , 00,000	...	11
2 0,000,000	...	11
1 ,000,000	...	11
11 , 00,000	...	11
1 0,000,000	Short Leg brace - bilateral (۴ تا ۷ سال)	1



ادامه ضمیمه (۳)

جدول تعرفه های اورتز و پروتز و وسایل کمک پزشکی		11
سقف تعهد (ریال)		
15 ,000,000	15 7	11
2 0,000,000	15	11
5 ,000,000	brace Leg Short ۵ تا ۹ سال	11
11 , 00,000	15 9	11
1 0,000,000	13	11
8 ,000,000	18 13	11
13 ,000,000	18	11
18 ,000,000	13	11
11 , 00,000	13	11
11 , 00,000	13	11
1 ,000,000	13	11
11 , 00,000	13	11
1 ,000,000	13	11
1 ,000,000	18 13	11
1 ,000,000	18	11
11 , 00,000		11
11 , 00,000		11
1 0,000,000		11
18 ,000,000		11
24 ,000,000		11
1 ,000,000		11
111 , 00,000		11
111 , 00,000	13	11
111 , 00,000	T.A.S.O 13	11
11 , 00,000	T.A.S.O	11
11 , 00,000	13	11
111 , 00,000	13	11
111 , 00,000	۱۳ سال	11
14 ,000,000	13	11
45 ,000,000		11
22 ,000,000		11
3, 00,000,000		11
2,5 0,000,000		11
15 ,000,000		11
15 ,000,000		11
1, 00,000,000		11
111 , 00,000		11
111 , 00,000		11
5 0,000,000		11



ادامہ ضمیمہ (۳)

جدول تعرفه های اورتز و پروتز و وسایل کمک پزشکی		
ردیف	شرح	واحد
1	سقف تعهد (ریال)	
2	87,500,000	تعداد
3	54,000,000	تعداد
4	400,000,000	تعداد
5	22,000,000	تعداد
6	22,000,000	تعداد
7	11,000,000	تعداد
8	11,000,000	تعداد
9	11,000,000	تعداد
10	85,000,000	تعداد
11	111,000,000	تعداد
12	111,000,000	تعداد
13	11,000,000	تعداد
14	11,000,000	تعداد
15	111,000,000	تعداد
16	4,000,000	تعداد
17	111,000,000	تعداد
18	1,000,000	تعداد
19	1,000,000,000	تعداد
20	1,500,000,000	تعداد
21	2,000,000,000	تعداد
22	2,000,000,000	تعداد
23	25,000,000	تعداد
24	2,500,000,000	تعداد
25	1,000,000,000	تعداد
26	1,250,000,000	تعداد
27	1,000,000,000	تعداد
28	1,000,000,000	تعداد
29	1,000,000,000	تعداد
30	1,000,000,000	تعداد
31	1,000,000,000	تعداد
32	1,000,000,000	تعداد
33	1,000,000,000	تعداد
34	1,000,000,000	تعداد
35	1,000,000,000	تعداد
36	1,000,000,000	تعداد
37	1,000,000,000	تعداد
38	1,000,000,000	تعداد
39	1,000,000,000	تعداد
40	1,000,000,000	تعداد
41	1,000,000,000	تعداد
42	1,000,000,000	تعداد
43	1,000,000,000	تعداد
44	1,000,000,000	تعداد
45	1,000,000,000	تعداد
46	1,000,000,000	تعداد
47	1,000,000,000	تعداد
48	1,000,000,000	تعداد
49	1,000,000,000	تعداد
50	1,000,000,000	تعداد

ضمیمہ (۴)



کد ملی بیمه شده	سن (سال)	نوع هزینه	هزینه ارائه شده (ریال)	نوع ارائه هزینه	هزینه پرداختی بیمه گر	تاریخ ارائه هزینه به بیمه گر	تاریخ پرداخت هزینه به بیمه شده	مرکز درمانی	نوع مرکز	وضعیت بیماری خاص و صعب العلاج

کد نوع هزینه		کد نوع بیمه شده	
نوع پوشش	کد	نوع بیمه شده	کد
بیمارستانی (اصلی)	۱	اصلی شاغل	۱
اعمال مجاز سرپایی	۲	تحت تکفل شاغل	۲
اعمال جراحی فوق تخصصی	۳	والدین غیر تحت تکفل شاغل	۳
ارتوز	۴	همسر غیر تحت تکفل شاغل زن	۴
آمبولانس	۵	فرزند غیر تحت تکفل شاغل	۵
اورژانس	۶	همسر فرزند ذکور غیر تحت تکفل شاغل	۶
ویزیت	۷	اصلی بازنشسته	۷
دارو	۸	تحت تکفل بازنشسته	۸
خدمات پاراکلینیکی	۹	غیر تحت تکفل بازنشسته	۹
زایمان	۱۰	جنسیت بیمه شده	کد
خدمات آزمایشگاهی	۱۱	زن	۱
رفع عیوب انکساری چشم	۱۲	مرد	۲
عینک	۱۳	بیماری خاص و صعب العلاج	کد
فیزیوتراپی	۱۴	هست	۱
نازایی و ناباروری	۱۵	نیست	۲
تهیه اعضای طبیعی بدن	۱۶	هست	۱
دندانپزشکی (به غیر از ایمپلنت)	۱۷		
ایمپلنت	۱۸		

مرکز درمانی	کد
طرف قرار داد	۱
غیر طرف قرارداد	۲

نوع مرکز درمانی	کد
خصوصی	۱
دولتی	۲
نهاد عمومی غیر دولتی	۳
خیریه	۴
نوع ارائه هزینه	کد
مستقیم	۱
غیر مستقیم	۲



ضمیمه (۵)

ردیف	کد	شرح کد	تعرفه (ریال)
۱	۹۶۰۰۳۰	کشیدن بخیه تا (۱۰) گره	۱,۹۸۰,۰۰۰
۲	۹۶۰۰۳۱	کشیدن بخیه بیش از (۱۰) گره	۲,۹۶۰,۰۰۰
۳	۹۶۰۰۴۰	تعویض پانسمان تا (۲۰) سانتی متر	۱,۱۲۰,۰۰۰
۴	۹۶۰۰۴۱	تعویض پانسمان بیش از (۲۰) سانتی متر	۱,۶۵۰,۰۰۰
۵	۹۶۰۰۵۰	پانسمان یا تعویض پانسمان در بیماران دارای زخم بستر سطح یک برای یک ناحیه	۱,۳۴۰,۰۰۰
۶	۹۶۰۰۵۱	پانسمان یا تعویض پانسمان در بیماران دارای زخم بستر سطح یک به ازای هر ناحیه اضافه	۶۷۰,۰۰۰
۷	۹۶۰۰۶۰	پانسمان یا تعویض پانسمان در بیماران دارای زخم بستر سطح دو برای یک ناحیه	۱,۹۸۰,۰۰۰
۸	۹۶۰۰۶۱	پانسمان یا تعویض پانسمان در بیماران دارای زخم بستر سطح دو به ازای هر ناحیه اضافه	۹۹۰,۰۰۰
۹	۹۶۰۰۷۰	پانسمان یا تعویض پانسمان در بیماران دارای زخم بستر سطح سه برای یک ناحیه (در صورت نیاز به جراحی در صلاحیت پرستار نمی باشد)	۲,۵۸۰,۰۰۰
۱۰	۹۶۰۰۷۱	پانسمان یا تعویض پانسمان در بیماران دارای زخم بستر سطح سه به ازای هر ناحیه اضافه (در صورت نیاز به جراحی در صلاحیت پرستار نمی باشد)	۱,۳۰۰,۰۰۰
۱۱	۹۶۰۰۸۰	پانسمان در موارد سوختگی درجه دو (تا ۲۵ درصد سوختگی)	۲,۶۴۰,۰۰۰
۱۲	۹۶۰۰۸۵	پانسمان زخم پای دیابتی سطح ۱ (درجه بندی زخم با تأیید پزشک معالج می باشد)	۱,۸۴۰,۰۰۰
۱۳	۹۶۰۰۹۰	پانسمان زخم پای دیابتی سطح ۲ (درجه بندی زخم با تأیید پزشک معالج می باشد)	۲,۶۴۰,۰۰۰
۱۴	۹۶۰۰۹۵	پانسمان زخم پای دیابتی سطح ۳ (درجه بندی زخم با تأیید پزشک معالج می باشد)	۳,۱۵۰,۰۰۰
۱۵	۹۶۰۱۰۰	دبریدمان سطحی و پانسمان زخم بستر سطح ۲ به ازای برای یک ناحیه	۳,۶۳۰,۰۰۰
۱۶	۹۶۰۱۰۱	دبریدمان سطحی و پانسمان زخم بستر سطح ۲ به ازای هر ناحیه اضافه	۱,۸۱۰,۰۰۰
۱۷	۹۶۰۱۴۰	تعویض کاتتر با سوند مثانه (فولی) (شامل هزینه های مصرفی، سوند فولی و ست ارائه خدمت)	۴,۵۴۰,۰۰۰
۱۸	۹۶۰۱۴۵	خارج کردن سوند ادراری یا فولی	۱,۳۱۰,۰۰۰
۱۹	۹۶۰۱۵۰	خون گیری وریدی یک یا چند بار مثل تست تحمل گلوکز با دستور پزشک ۱- این کد برای خون گیری وریدی، توسط آزمایشگاه های تشخیصی طبی نیز قابل گزارش و اخذ می باشد. ۲- برای خون گیری وریدی مراکز مراقبت پرستاری در منزل در صورتیکه با یک آزمایشگاه تشخیصی و طبی، برای انجام خدمت قرارداد داشته باشند، می توانند از این کد استفاده کنند.	۶۷۰,۰۰۰
۲۰	۹۶۰۱۶۰	سرم تریابی در منزل (به همراه هر تعداد داروی داخل سرم)	۲,۱۴۰,۰۰۰
۲۱	۹۶۰۱۶۵	تزریق دارو داخل عضله یا زیر جلدی به ازای هر تزریق	۶۱۰,۰۰۰
۲۲	۹۶۰۱۷۰	تزریق داخل وریدی به ازای هر تزریق (شامل داروهای ریخته شده در سرم نمی باشد)	۹۹۰,۰۰۰
۲۳	۹۶۰۲۰۵	گذاشتن یا تعویض لوله بینی - معده ای با دستور پزشک	۳,۵۰۰,۰۰۰





بسمه تعالی

تاریخ :
شماره :
پیوست :

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

الف) شرایط اجرای قرارداد:

- ۱- رعایت دقیق مفاد قرارداد بیمه جامع تامین و حفظ سلامت کارکنان شاغل و بازنشسته صنعت آب و برق
- 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 ۱۴۰۵/۱۶۹۳۶/۱۰۰ مورخ ۱۴۰۵/۰۳/۱۸ انعقاد قرارداد بصورت مستقیم و بدون دخالت کارگزار یا نماینده بیمه صورت پذیرد.
- ۴- شرکت های بیمه گذار می توانند نسبت به انتخاب و معرفی ارزیاب خسارت به شرکت بیمه گر اقدام نمایند. به موجب این اقدام نباید هیچگونه هزینه ای به قرارداد تحمیل شود.
- ۵- الزام بیمه گر به تسویه حساب هزینه درمانی پرداخت شده توسط بیمه شدگان، در حداقل زمان ممکن
- ۶- ایجاد شرایط ویژه به منظور ترغیب بیمه شدگان به اقدامات پیشگیرانه و درمان در مراحل اولیه بیماری
- ۷- به منظور ارائه خدمات بهتر در بخش های مختلف درمانی مقتضی است شرکت های بیمه گر مجری قرارداد بیمه جامع تامین 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.
- ۸- دقت لازم در خصوص رعایت زمان بندی مناسب پرداخت حق بیمه، مطابق با شرایط قرارداد صورت پذیرد.
- ۹- 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 ۱۴۰۵ 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.
- ۱۰- بازپرداخت هزینه های درمانی صرفاً از طریق شرکت بیمه گر و به صورت کاملاً مجزا از سایر حساب ها و دفاتر صورت پذیرد.
- ۱۱- 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 پایین تر از متوسط حق بیمه سرانه ماهانه داشته اند، مورد ارزیابی و بررسی قرار داده و علت را به معاونت گزارش نمایند.
- ۱۲- با توجه به بند ۵-۱ از ماده ۵ بیمه نامه، در خصوص تغییرات مجاز در تعداد بیمه شدگان در طول مدت قرارداد، منظور از تاریخ موثر زمان رسمی وقوع تغییر در تعداد بیمه شدگان می باشد و این تاریخ ملاک انجام تعهدات بیمه گر و بیمه گذار می باشد.

نام
تاریخ

مهر
مهر

ب) نحوه محاسبه هزینه ها و فرانشیز:

۱- پرداخت هزینه ایملنت تا سقف ۸۰۰.۰۰۰.۰۰۰ (هشتصد میلیون) ریال بدون کسر فرانشیز برای هر بیمه شده و بصورت شناور بین اعضاء خانواده و هزینه های مربوط به گروه دندانپزشکی عمومی منجمه 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 کارکنان اناث و فرزندان غیر تحت تکفل و فرزندان ذکور غیر تحت تکفل متأهل و همسر آنان) و هزینه های دندانپزشکی تا سقف ۸۰۰.۰۰۰.۰۰۰ (هشتصد میلیون) ریال برای هر یک از بازنشستگان (از کارافتادگان)، مستمری بگیران، وظیفه بگیران و افراد تحت پوشش آنان و هر یک از والدین غیر تحت تکفل بیمه شده اصلی شاغل و بصورت شناور بین افراد تحت پوشش، 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- در تعهداتی از ماده ۸ قرارداد که فرانشیز غیر صفر دارند، برای بازنشستگان به همراه افراد تحت پوشش در صورت عدم استفاده از سهم بیمه گر پایه ۱۰ درصد فرانشیز و در غیر اینصورت برای این قبیل از بیمه شدگان و بیمه شدگانی که از سهم بیمه پایه به هر میزان استفاده کنند، فرانشیز صفر اعمال خواهد شد.

۳- هزینه شیرخشک موضوع بند ۴ از ماده ۱۱ استثنائات، آمبولانس و وسایل کمک پزشکی که در خارج از بدن کار گذاشته می شود مانند سمک، واگر و ... و موارد دارای سقف شامل فرانشیز نمی شود مگر اینکه به صراحت در قرارداد قید شده باشد.

۴- هزینه عینک و یا لنز طبی حداکثر تا ۷۵۰.۰۰۰.۰۰۰ (هفتاد و پنج میلیون) ریال برای هر یک از بیمه شدگان بدون اعمال فرانشیز قابل پرداخت می باشد.

۵- در صورت بروز سوختگی ناشی از حوادث کاری، هزینه های مربوط به ترمیم ناشی از نقص عملکرد اعضاء به دلیل سوختگی توسط بیمه گر پرداخت می گردد.

۶- در صورت مراجعه بیمه شده به مراکز درمانی سرپایی 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.

۷- درخصوص تبصره ۱ ذیل بند ۶-۸ بیمه نامه در صورت عدم تأیید هزینه از سوی پزشک معتمد بیمه گر و عدم ارائه دلایل آن، بیمه گر موظف به پرداخت هزینه می باشد.

۸- با توجه به بند ۱۳-۸ 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.

تأیید شد

مهر و امضاء



جمهوری اسلامی ایران
وزارت نیرو

بسمه تعالی

تاریخ :

شماره :

پیوست :

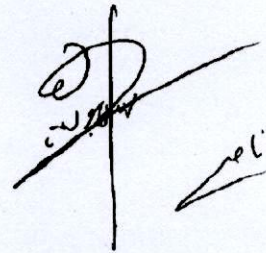
۹- با توجه به بند ۱۴-۸ بیمه نامه، بیمه گر مکلف است با مراکز درمانی مورد درخواست بیمه گذار (که در ابتدای قرارداد به صورت مکتوب به بیمه گر اعلام می شود) قرارداد منعقد نماید، در صورتی که در هر زمانی از اجرای قرارداد، بیمه گر موفق به انعقاد قرارداد با حداقل ۸۰ درصد مراکز بیمارستانی مورد درخواست بیمه گذار 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 تفرقه و صرفاً با کسر فرانشیز می باشد.

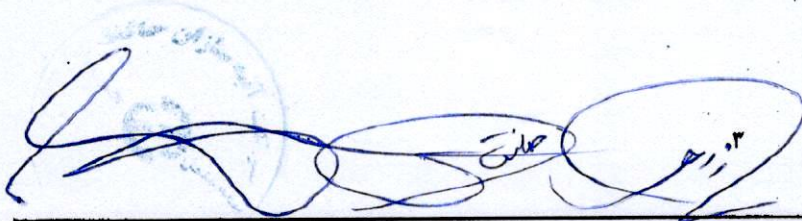
۱۰- تنظیم فرم مربوط به مرخصی استعلاجی، مرخصی بدون حقوق، ماموریت و ... بیمه شدگان به منظور آگاهی بیمه گذار و بیمه گر از وضعیت بیمه شدگان مذکور.

۱۱- فرزندان بیمه شده اصلی اناث (شاغل و بازنشسته) همانند افراد تحت تکفل تحت پوشش خواهند بود 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 و یا در حال انجام خدمت سربازی، 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) شرکت ها موظف به پیگیری برای اخذ دفترچه (پوشش) تبی ۱ و یا اثبات کفالت برای بیمه شدگان اصلی خود، از طریق مراجع قضایی با همکاری بیمه شده می باشند. همچنین فرزندان دختر کارکنان به شرط عدم ازدواج و داشتن شغل بصورت غیر تحت تکفل تحت پوشش خواهند بود.

۱۲- با عنایت به تبصره ۱ از ماده ۸ قرارداد در صورت پذیرش بیمه شده در مراکز طرف قرارداد (اعم از بیمارستانی، پاراکلینیکی، داروخانه و دندانپزشکی) و صدور معرفی نامه، اخذ هر گونه وجهی از بیمه - شده در زمان ترخیص توسط مرکز درمانی به غیر از فرانشیز و موارد خارج از تعهد بیمه گر مطابق مفاد این قرارداد ممنوع بوده و در صورت وقوع، وجوه دریافتی مازاد در صورت حساب مراکز درمانی می بایست توسط شرکت بیمه گر با عنایت به بند "ب" ماده ۸-۱ در وجه بیمه شده کارسازی گردد. همچنین در صورت قرار گرفتن هزینه پروتز (با لحاظ نمودن هزینه های مرتبط با بند ۲-۸ و تبصره ذیل آن) در صورت حساب مرکز به نام بیمه شده مشمول پرداخت توسط بیمه گر بر طبق شرایط این تبصره خواهد

بود.


نام


۱۳/۱۲/۱۳۹۳

تاریخ :
شماره :
پیوست :

ج) مبنای محاسبه و منابع حق بیمه ها :

۱- مبلغ پانزده میلیون و صد و شصت و چهار هزار و شصتصد (۱۵.۱۶۴۶۰۰) 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 تجمیعی در همراه بابت پوشش درمان همگانی.

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

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

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

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

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

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

$$c = (15164600) \times (a + b)$$

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

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

$$\text{سهم هر بیمه شده در ماه بابت پوشش درمان تکمیلی} \quad \begin{cases} g = \frac{c - f}{a + b} & f < c \\ g = 0 & f \geq c \end{cases}$$

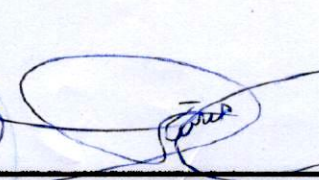
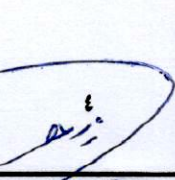
۲- همکاران عزیز بازنشسته، از کارافتاده، مستمری بگیر و وظیفه بگیران و افراد تحت پوشش آنان می توانند از قرارداد درمان گروهی همانند شاغلین بهره مند گردند که حق بیمه مربوطه، به میزان بیست و چهار میلیون (۲۴.۰۰۰.۰۰۰) ریال ماهیانه به ازای هر نفر و با رضایت بیمه شده (بازنشسته) با رعایت ضوابط و مقررات مربوط پرداخت می گردد.

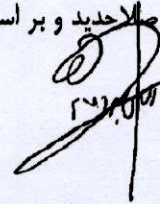
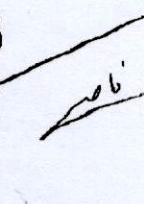
۲-۱- در مورد بازنشستگان اناث، فرزندان که از طرف بیمه شده اصلی دارای پوشش درمانی بیمه گر اول باشند می توانند از پوشش بیمه ای بخش بازنشستگان استفاده نمایند.

۲-۲- همکاران عزیز بازنشسته می توانند از بخش دوم بیمه نامه (بیمه عمر و حادثه) با پوشش پرداخت غرامت فوت به هر علت به مبلغ پنج میلیارد (۵.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰) ریال و با پرداخت حق بیمه ماهیانه به میزان چهار میلیون و صد هزار (۴.۱۰۰.۰۰۰) ریال در صورت رضایت، بهره مند گردند.

۳- مبلغ صد و بیست و میلیون و پانصد هزار (۱۲۳.۵۰۰.۰۰۰) 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.

تبصره: روش پرداخت بندهای ۱ و ۲ و ۳ پس از طرح و تصویب در هیات مدیره شرکت یا رئیس سازمان به الاحدیید و بر اساس ضوابط و مقررات مربوط، می تواند توسط شرکت بیمه گذار به بیمه گر پرداخت گردد.

تاریخ :
شماره :
پیوست :

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 ۱۴۰۵/۰۴/۰۱ و پایان قرارداد ساعت صفر بامداد ۱۴۰۶/۰۴/۰۱ 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 اشراف 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 بند نحوه پرداخت هزینه (در تعهد بستری و بیمارستانی) در بند "ب" از ضمیمه ۱ قرارداد چنانچه به هر دلیلی بیمه شده از خدمات مراکز بیمارستانی غیرطرف قرارداد استفاده نماید بیمه گر می بایست بمنظور تأمین پیش پرداخت، حداقل ۵۰٪ از هزینه درمانی بیمه شده را طبق اعلام مرکز درمانی پرداخت نماید.

۳- به منظور پیگیری و دفاع از حقوق بیمه شدگان 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 شرکت ها می توانند به منظور اعتلای سطح آگاهی و دانش کارشناسان، دوره های آموزشی ابلاغی طی نامه شماره ۹۶/۳۹۳۵۶/۵۱۰ مورخ ۹۶/۰۹/۰۷ با عناوین آشنایی با مدل بیمه های اشخاص گروهی در صنعت آب و برق (مقدماتی) با کد ۸۱۰۶ و مدل بیمه های 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 شغلی همکاران، ارائه خدمات روانشناسی و مشاوره به همکاران و خانواده ایشان مورد تأکید می باشد.

۲۷/۱/۱۴۰۶

مهر و امضاء