

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 از بیمه‌های عمر و حادثه و درمان تکمیلی بازنشستگان، این قرارداد بین شرکت بیمه‌گذار و شرکت بیمه 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 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، عمر و حادثه 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 به نشانی:

ماده ۳ - بیمه‌گذار: به نشانی:

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 و پوشش بیمه‌ای این افراد

بدون در نظر گرفتن شرایط آنان در بیمه پایه، همانند بیمه شده اصلی (به فرم تکمیلی) و حق بیمه یکسان با بیمه شده 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 فارغ التحصیلی بر اساس ماده ۳۳ قانون خدمت وظیفه عمومی به معنی استمرار اشتغال به تحصیل خواهد بود) در یکی از دانشگاه ها و موسسات آموزش عالی و یا در اثر نقص عضو یا بیماری که از کار افتاده تلقی شوند با ارائه گواهی معتبر همراه با مستندات قانونی مطابق مقررات صندوق پایه که به همراه لیست اولیه از طریق بیمه گذار به بیمه گر 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 دوره های قبل از این پوشش بیمه ای استفاده می کرده اند صرفاً با ارسال اسامی آنان به همراه لیست اولیه و بدون محدودیت سنی می توانند از پوشش بیمه شدگان غیر تحت تکفل استفاده نمایند.

تبصره ۲: همسر فرزندان پسر مشمول پوشش بیمه ای، طبق مفاد قرارداد دارای پوشش می باشد.

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

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 می شوند. در صورت اشتغال به کار و عدم ازدواج می توانند بصورت غیر تحت تکفل پوشش داشته باشند.

۴-۳- فرزندان بیمه شده اصلی اناث بارعایت شرایط سنی و تحصیلی بند ۴-۱ و رعایت تبصره های 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 داده اند و قانوناً تحت تکفل بیمه شده اصلی قرار می گیرند 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 ضرب الاجل مندرج در بند ۵-۱ برقرار می باشد.

تبصره: در صورتیکه فرزندان دختر مطلقه و همچنین فرزندان دختری که همسر خود را از دست داده اند و قانوناً تحت تکفل بیمه شده اصلی قرار می گیرند، دارای فرزند یا فرزندی باشند که طبق مستندات مراجع قضایی مبنی بر سرپرستی و یا حضانت از سوی مادر (دختر مطلقه بیمه شده اصلی یا دختر بیمه شده اصلی که همسر خود را از دست داده) باشد، می تواند همزمان با برقراری پوشش برای مادر به صورت غیر تحت تکفل با پرداخت حق بیمه وی متناسب با مدت پوشش و با رعایت ضرب الاجل مندرج در بند ۵-۱ تحت پوشش قرار گیرد.

۴-۵- پوشش نوزادان تحت تکفل بیمه شده اصلی و همچنین موضوع تبصره بند ۴-۴ از بدو تولد اجباری بوده و بیمه گذار موظف است با ارسال اسامی و مشخصات نسبت به پرداخت حق بیمه وی از تاریخ تولد با رعایت ضرب الاجل مندرج در بند ۵-۱ اقدام نماید. لازم بذکر است کلیه نوزادانی که در هنگام تولد دارای بیماری بوده و نیاز به مراقبت های بالینی دارند تا زمان ترخیص و حداکثر به مدت دو ماه می توانند از پوشش درمانی بیمه شده (مادر) استفاده نمایند.

۴-۶- هر یک از والدین غیر تحت تکفل صرفاً کارکنان شاغل و نیز همسر غیر تحت تکفل کارکنان شاغل و بازنشسته اناث، با توجه به شرایط پیش بینی شده صرفاً در صورتی که از ابتدای قرارداد و طی لیست اولیه به بیمه گر معرفی شده باشند.

تبصره ۱: در صورتیکه پدر و مادر بیمه شده اصلی و همسر کارکنان شاغل اناث بعنوان افراد تحت تکفل معرفی می شوند لازم است تا مدارک و مستندات قانونی برای بیمه شدگان 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 بیمه شده اصلی و در مورد بیمه شدگان سازمان تأمین اجتماعی مستندات مطابق مقررات صندوق پایه بازنشستگی و با در نظر گرفتن به همراه لیست اولیه یا از زمان احراز شرائط تحت تکفل از طریق بیمه گذار به بیمه گر ارائه شود. در غیر این صورت بیمه گر تعهدی در قبال پوشش به صورت تحت تکفل را نخواهد داشت.

تبصره ۲: برای تحت پوشش قرار گرفتن آن دسته از بیمه شدگان غیر تحت تکفل که سابقه بیمه ای در قرارداد دوره قبل نداشته باشند، بیمه گر می تواند 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 بیمه شده اصلی که قانوناً تحت تکفل یا حضانت یا سرپرستی آنها می باشند با ارائه مدارک مثبتیه از مراجع ذیصلاح و با تأیید بیمه گذار بدون محدودیت سنی تحت پوشش خواهند بود.

۴-۸- افرادی که قانوناً تحت تکفل یا حضانت یا سرپرستی بیمه شده اصلی می باشند با ارائه مدارک مثبتیه از مراجع ذیصلاح و با تأیید بیمه گذار، از زمان تحت تکفل قرار گرفتن فرد، تحت پوشش خواهند بود.

فصل دوم - وظایف و تعهدات بیمه گذار و بیمه شده

ماده ۵- ترتیب اعلام اسامی بیمه شدگان و تغییرات مجاز:

۵-۱- بیمه گذار موظف است حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز از تاریخ عقد قرارداد یک نسخه لیست اسامی بیمه شدگان حاوی مشخصات کامل کلیه پرسنل مشمول بیمه خود، اعم از شاغل، بازنشسته (از کار افتاده)، وظیفه بگير، مستمری بگير و افراد خانواده مطابق با ماده ۴ و یا افراد تحت تکفل و غیر تحت تکفل آنان (پدر و مادر بیمه شده اصلی، فرزندان ذکور، همسر و فرزندان غیر تحت 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 بیمه شدگان اصلی و کد ملی و شماره شبا و یا شماره حساب به همراه نام بانک و تلفن همراه بیمه شده اصلی طی لیست جداگانه به شرح زیر را تهیه و به بیمه گر ارسال نماید، ضمناً بیمه گذار مکلف است با رعایت مفاد این قرارداد تغییرات مجاز (افزایش یا کاهش) در تعداد بیمه شدگان در طول مدت قرارداد را حداکثر ظرف مدت دو ماه از تاریخ موثر به روال فوق الذکر اعلام نماید.

لیست اول: بیمه شدگان 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 غیر تحت تکفل بیمه شدگان اصلی اناث شامل همسر و فرزندان.

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

لیست چهارم: والدین غیر تحت تکفل بیمه شدگان شاغل اصلی اعم از ذکور و اناث.

لیست پنجم: فرزندان ذکور مجرد و متأهل غیر تحت تکفل بیمه شدگان اصلی به همراه همسر

لیست ششم: بازنشستگان، به همراه افراد تحت پوشش

لیست هفتم: کارکنان انتقالی به بیمه گذار از تاریخ انتقال.

لیست هشتم: نوه دختری بیمه شده 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 لیست های فوق افراد دارای بیماری خاص و صعب العلاج ضمن ارائه نمودن مدارک مطابق با ضمیمه شماره (۱) قرارداد برای بیمه گر مشخص شوند.

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

تبصره ۳: کاهش بیمه شدگان در طول مدت قرارداد، شامل موارد استعفاء، بازنشسته، انتقال، انفصال از خدمت، اخراج، تعلیق، مأمور، مرخصی طولانی مدت (استعلاجی و یا بدون حقوق) که بیمه شده در طول مدت مرخصی تمایلی به ادامه پوشش ندارد و یا هرگونه قطع همکاری (دائم یا موقت) بیمه شده که با ارائه مستندات مربوطه (از جمله تصویر شناسنامه، تسویه حساب، احکام کارگزینی) انجام می شود میسر خواهد بود. لذا لازم است مستندات آن از سوی بیمه گذار حداکثر ظرف مدت دو ماه بعد از تاریخ موثر برای بیمه گر ارسال گردد. در غیر اینصورت تاریخ ثبت موضوع در دبیرخانه بیمه گر ملاک عمل خواهد بود. بدیهی است بیمه شده از تاریخ قطع همکاری محق به استفاده از خدمات بیمه نمی باشد، ولی چنانچه بیمه شده ظرف این مدت از خدمات بیمه استفاده نماید، آخرین تاریخ اخذ خدمات ملاک محاسبه بیمه گر برای مطالبه حق بیمه می باشد.

در مورد کاهش بیمه شدگان، تاریخ مؤثر، ماه قطع همکاری (دائم یا موقت) بیمه شده اصلی با بیمه گذار بوده و بیمه گذار موظف است حداکثر یک هفته قبل از تاریخ قطع همکاری موضوع را کتباً به اطلاع بیمه گر با ثبت در دبیرخانه بیمه گر برساند. بدیهی است در صورت عدم قطع همکاری در تاریخ اعلام شده، پوشش مجدداً با اعلام کتبی بیمه گذار از تاریخ شروع پوشش اولیه بطور مستمر برقرار خواهد شد. کاهش بیمه شدگان در طول مدت قرارداد بصورت فوت یا خروج از کفالت، با ارائه مستندات مربوطه از سوی بیمه گذار به بیمه گر، انجام خواهد شد. بدیهی است در این شرایط بیمه شده محق به استفاده از خدمات بیمه نمی باشد، ولی چنانچه بیمه شده ظرف این مدت از خدمات بیمه استفاده نماید، آخرین تاریخ اخذ خدمات ملاک محاسبه بیمه گر برای مطالبه حق بیمه می باشد.

شروع پوشش بیمه ای کارکنان جدیدالاستخدام، از تاریخ استخدام و انتقالی و مأمور به همراه افراد تحت تکفل و غیرتحت تکفل آنان، تاریخ شروع به کار بیمه شده اصلی در شرکت (بیمه گذار) با رعایت ضرب الأجل بند ۱-۵ خواهد بود.

۲-۵- در مورد افزایش یا کاهش بیمه شدگان ملاک محاسبه حق بیمه کسر ماه، ماه شمار خواهد بود و بیمه گذار مکلف به حذف بیمه شدگان از قرارداد از ابتدای ماه بعد می باشد. بدیهی است در صورت حذف بیمه شدگان، حق بیمه صرفاً تا زمان مؤثر (مطابق تبصره ۳ ذیل بند ۱-۵) به صورت ماه شمار توسط بیمه گر محاسبه و مطالبه می شود بدین ترتیب لازم است اسامی حذف شدگان صرفاً در انتهای ماه خروج بیمه شده به بیمه گر 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 بیمه شدگانی که از ابتدای قرارداد در لیست اسامی بیمه شدگان مطابق بند ۱-۵ قرار می گیرند و تا انتهای دوره از پوششهای ارائه شده بهره مند می گردند به ازای تعهدات مندرج در این قرارداد سالانه بوده که اقساط ماهانه آن به طریق ذیل محاسبه می شود. بدیهی است برای سایر بیمه شدگان تعداد اقساط ماهانه حق بیمه بر حسب موضوع به ترتیب تعیین شده در ماده ۵ انجام خواهد شد.

۶-۱- شاغلین:

۶-۱-۱- 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 بیمه شدگان اصلی.

۶-۱-۲- مبلغ ۱۵,۱۶۴,۶۰۰ (پانزده میلیون و صد و شصت و چهار هزار و ششصد) ریال سرانه ماهانه بابت هر یک از بیمه شدگان اصلی و هر یک از افراد خانواده مطابق با ماده ۴ و یا افراد تحت تکفل آنها.

۶-۱-۳- 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

۶-۲- افراد غیر تحت تکفل بیمه شده اصلی:

۶-۲-۱- 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.

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

۶-۳- 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 می شوند و همچنین افراد تحت تکفل کارکنانی که در طول قرارداد فوت می شوند از زمان بازنشستگی یا از کارافتادگی و یا فوت بیمه شده اصلی می توانند ضمن تحویل دفترچه های درمانی (در صورت دارا بودن دفترچه درمانی) با پرداخت حق بیمه مربوط به بازنشستگان پوشش های مندرج در تفاهم نامه را دریافت نمایند در غیر این صورت با پرداخت حق بیمه شاغلین پوشش های همانند شاغلین حداکثر تا انتهای قرارداد دریافت نمایند.

تبصره ۲: در مورد بیمه شدگانی که از مرخصی استعلاجی استفاده می کنند، برخورداری از پوشش درمانی موضوع قرارداد منوط به پرداخت حق بیمه های مقرر می باشد و پرداخت حق بیمه در ایام مرخصی استعلاجی برای بیمه شده بدون ایجاد وقفه به عهده بیمه گذار است. در صورتی که بیمه شده به علت شرایط بستری قادر به تعیین تکلیف پوشش خود در زمان مرخصی استعلاجی نباشد بیمه گذار ملزم به استمرار پوشش از طریق پرداخت حق بیمه بوده به ترتیبی که حق بیمه های پرداختی بعداً از مطالبات بیمه شده کسر شود. همچنین پرداخت ماهانه حق بیمه بیمه شدگانی که از مرخصی بدون حقوق استفاده می کنند، در طول مدت مرخصی بر عهده بیمه گذار خواهد بود.

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

بیمه گذار مکلف است حق بیمه ماهانه بیمه شدگان (موضوع ماده ۶ قرارداد) را براساس لیست اولیه بیمه شدگان و تغییرات مجاز بعدی حداکثر ظرف مدت سی روز از پایان هر ماه در وجه بیمه گر پرداخت نماید بر این اساس بیمه گر نیز مکلف به پرداخت خسارت بر طبق زمان بندی 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 بیمه گر طرف قرارداد از طریق شرکت مادر تخصصی و یا شرکت بیمه گر طرف قرارداد اعلام تا بطور مشترک از سوی وزارت نیرو و نماینده بیمه گر نحوه برخورد با موضوع ظرف مدت یک ماه پس از دریافت اعلام کتبی شرکت مادر تخصصی یا شرکت بیمه گر تعیین گردد. شرکت بیمه گر بدون طی مراحل فوق، به هیچ عنوان اجازه قطع خدمات به بیمه گذار را ندارد. در صورت حصول نتیجه مبنی بر پرداخت حق بیمه توسط بیمه گذار براساس زمانبندی تعیین شده در صورتجلسه تنظیمی فی مابین، و عدم پرداخت حق بیمه، بیمه گر در ارتباط با قطع خدمات محق خواهد بود.

فصل سوم- تعهدات بیمه گر

ماده ۸ - تعهدات بیمه گر: بیمه گر بعد از دریافت اسامی بیمه شدگان موضوع بند ۱-۵ با ارسال پیامک ضمن اعلام برقراری پوشش برای بیمه شده اصلی و افراد تحت پوشش وی در ازای دریافت حق بیمه مقرر موضوع ماده ۶ قرارداد تعهدات بیمه گر برای هر یک از بیمه شدگان 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 بیمه نامه ذکر از عناوین آن نشده مورد تعهد بیمه گر نمی باشد.

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

- در صورت ادامه طرح درمان در زمان بستری به بعد از اتمام دوره قرارداد، بیمه گر قبلی تعهد پرداخت خسارت را تا حداکثر دو ماه بعد از اتمام قرارداد (۱۴۰۶/۵/۳۱) بعهده خواهد داشت و در صورت ادامه طرح درمان بعد از موعد فوق هزینه های بعد از تاریخ مذکور، به قرارداد و بیمه گر جدید منتقل می شود. بدیهی است کل مبلغ خسارت قابل پرداخت به بیمه شده از زمان بستری تا زمان ترخیص بعهده بیمه گر قبلی بوده و تهاثر سهم پرداختی بیمه گران قبلی و فعلی صرفا مسئله مالی بین دو بیمه گر بوده و بیمه شده دخالتی در اینگونه مسائل نخواهد داشت.
- در موارد پرتو درمانی و خدمات توانبخشی (گفتار درمانی، کار درمانی و فیزیوتراپی) که سیر درمان منقطع می باشد، هر بیمه گر متعهد پرداخت هزینه های بازه زمانی قرارداد خود است و می بایست صورتحساب تفکیکی ارائه گردد، در غیر اینصورت با ارائه کپی مدارک برابر اصل شده توسط بیمه گر قبلی و رسید پرداخت آن، بیمه گر دوره بعدی متعهد پرداخت خواهد بود.
- هزینه مراقبت پرستاری مندرج در صورتحساب بیمارستانی مطابق مصوبه هیئت وزیران توسط بیمه گر با کسر فرانشیز پرداخت می گردد.
- 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 مراقبت‌های 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 معرفی‌نامه، 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 صورتحساب مراکز درمانی می‌بایست 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 صورتحساب 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 بیمه گر مطابق با کتاب ارزش نسبی و اعمال تعرفه اعلامی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی در هر بخش مرتبط با مراجعه بیمه شده (دولتی، خصوصی، عمومی غیردولتی، خیریه) قابل اجرا در تاریخ انجام هزینه و تبصره های ۱ و ۲ از ماده ۸ می باشد.

۸-۱- تأمین هزینه های بیمارستانی و DAY-CARE شامل اعمال جراحی- درمان طبی و زایمان اعم از زودرس، طبیعی و سزارین و هزینه بستری شدن در بخش مراقبت های ویژه نظیر ICU، CCU و اطاق ایزوله به شرح زیر می باشد:

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، هیپاتیت، ایدز، شیمی درمانی، متابولیک، بال پروانه‌ای، اوتیسم، CF، SMA، MPS، نارسایی مزمن کلیه، پمپه، گوشه، نیمین پیک C/D، دیستروفی عضلات دوشن، دیستروفی عضلات غیر دوشن، رتینوپاتی، سکتة مغزی ایسکمیک، سکتة مغزی هموراژیک، سکتة 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 پورتفوی 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.

۲-۸- 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، کایروپرکتیک، طب سوزنی، ازن 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، لیزر تراپی جهت درمان سایر بیماری‌های چشم (خونریزی شبکیه، جداشدگی 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.

۳-۸- 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.

۴-۸- 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.

۵-۸- 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.

۶-۸- 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 هم‌اکنون 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 مهور 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 ۲۰۰۰۰۰۰۰ (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 ۶۰۰۰۰۰۰۰ (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 ۱۲۰۰۰۰۰۰۰ (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 حلزون 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، پروتورها 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، پروتورها و ارتوزهایی که خارج از بدن استفاده می‌شود با تجویز پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر، براساس فاکتور معتبر بدون کسر فرانشیز قابل پرداخت می‌باشد.

۹-۸ - تأمین هزینه‌های (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 بیمه‌گر) (همتراز بیمارستان مورد عمل و با رعایت موارد مربوط به بیماریهای صعب‌العلاج) بدون کسر فرانشیز در تعهد بیمه‌گر می‌باشد.

۸-۱۰ - هزینه درمان نازائی و ناباروری جهت هر یک از زوجین (اولیه و ثانویه) مانند لاپاراسکوپى درمانی، IUI، IVF، ZIFT، GIFT، با اعمال فرانشیز و با رعایت تبصره‌های 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 هزینه‌های مرتبط با رحم اجاره‌ای و انجماد (فریز) تخمک، تخمک اهدایی (چنانچه جنبه درمانی داشته باشند) تا سقف ۱۰۰۰۰۰۰۰۰ (ده میلیارد) ریال با کسر فرانشیز قابل پرداخت می‌باشد.

۸-۱۱ - تعهدات بیمه‌گر 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 بخش‌ها گردد، همچنین در مورد شکستگی‌ها (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 ۳۰۰۰۰۰۰۰ (سیصد میلیون) ریال براساس هزینه طبق فاکتور ارائه شده و بدون کسر فرانشیز قابل پرداخت می‌باشد.

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 بیمه‌گر 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 تبصره‌های ۱ تا ۳ از ماده ۸ پرداخت می‌گردد. در سایر موارد دستور پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر الزامی است.

۸-۱۲ - 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.

۸-۱۳ - 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.

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 بیمه گر می باشند، مراجعه نماید بیمه گر مکلف به جبران هزینه های وی بدون در نظر گرفتن تعرفه با عنایت به تبصره های ۱ تا ۳ از ماده ۸ و با کسر فرانشیز می باشد.

۸-۱۵ - بیمه گر می تواند مدارک ارائه شده از طرف بیمه گذار و یا بیمه شده را با رعایت جزء "ج" از بند ۱-۸ بررسی نموده و در مورد چگونگی درمان و معالجه وی تحقیق نماید.

۸-۱۶ - بیمه گر موظف است حداقل در یکی از بیمارستانهای خصوصی مراکز استانها کلیه خدمات تشخیصی و درمانی را به بیمه شدگان صنعت آب و برق ارائه دهد.

۸-۱۷ - هزینه های خارج از کشور:

الف) هزینه های درمانی خارج از کشور بیمه شدگان 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 هزینه های آزمایشات تشخیصی که امکان انجام آن در ایران وجود نداشته و فاقد تعرفه مصوب می باشد در کمیسیون موضوع جزء "ه" بند ۱-۸ مطرح و تصمیم گیری خواهد شد.

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

۸-۱۸ - بیمه گر موظف است آمار و اطلاعات مورد درخواست بیمه گذار را در اختیار وی قرار دهد.

۸-۱۹ - بیمه گر موظف است امکان دسترسی بیمه گذار و کلیه بیمه شدگان را به منظور پیگیری خسارتها در سیستم آنلاین خود حداقل به مدت یکسال پس از انقضای قرارداد فراهم نماید.

۸-۲۰ - بیمه گر موظف است تیم جمع آوری نسخ و پزشک معتمد خود را در کلیه شرکتهای بیمه گذار به ساختمانهای اداری مراکز استانها و شهرستانها با هماهنگی بیمه گذار اعزام نماید.

۸-۲۱ - بیمه گر موظف است قرارداد به همراه ضامنی را جهت اجرا به کلیه شعب خود ابلاغ نماید و آموزش های لازم را به آنها نیز ارائه دهد. در صورت ابلاغ هر گونه بخشنامه یا دستورالعملی مازاد بر آن توسط بیمه گر به شعب، رونوشت آن می بایست به وزارت نیرو ارسال گردد. بدیهی است صرفاً متن و ضامنی قرارداد، مبنای ارائه مستندات بمنظور محاسبات جبران هزینه ها و اجرای آن در شعب بیمه گر می باشد.

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) بعهدده بیمه گر جاری و ۵۰ درصد باقیمانده در قرارداد دوره بعد، بعهدده بیمه گر آن دوره با رعایت تعرفه های جدید و مرتبط با دوره مذکور می باشد و چنانچه کل دوره درمان ارتودنسی در طول یک دوره قرارداد واقع شود پرداخت کل هزینه ارائه شده توسط بیمه شده با رعایت تعرفه بعهدده بیمه گر جاری خواهد بود)، جرم گیری و پروساز با اعمال فرانشیز و با رعایت تبصره های ۱ تا ۳ از ماده ۸ بدون سقف و به دفعات می باشد. در صورت مراجعه بیمه شده به بخش خصوصی با در نظر گرفتن بالاترین تعرفه مراجع ذیصلاح قانونی و در صورت مراجعه بیمه شده به سایر بخش ها تعرفه بخش مربوطه ملاک محاسبه است،

برای هر یک از بیمه‌شدگان (بیمه‌شده 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 تعهد بیمه‌گر می‌باشد.

تعهدات دندانپزشکی برای هر یک از بازنشستگان و افراد تحت پوشش آنان و هر یک از والدین غیر تحت تکفل بیمه‌شده اصلی شاغل برای کلیه خدمات مربوط به دندانپزشکی اعم از ایمپلنت و سایر خدمات تا سقف مبلغ ۸۰۰۰۰۰۰۰ (هشتصد میلیون) ریال بصورت شناور برای بیمه‌شده اصلی و افراد تحت پوشش با اعمال فرانشیز و با رعایت تبصره‌های ۱ تا ۳ از ماده ۸ 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 ۱-۸، و در صورت انجام جراحی به صورت سرپایی از محل تعهد بند ۲-۸ قابل پرداخت است.

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 ۱-۸ با تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر پرداخت می‌شود.

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

۹-۲ - 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.

۹-۳ - 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 و 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 ۱۰- 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 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 دوم: قرارداد بیمه عمر و حادثه برای بازنشستگان صنعت آب و برق کشور

فصل اول - تعاریف و اصطلاحات

ماده ۱ - موضوع قرارداد: عبارتست از بیمه عمر (فوت به هر علت) و نقص عضو دائم (کلی و جزئی) ناشی از حوادث مشمول بیمه ، در تمام اوقات شبانه روز

ماده ۲ - بیمه شدگان: عبارتند از بازنشستگان بیمه گذار.

تبصره ۱: بازنشستگان تنها در یک نوبت و در ابتدای قرارداد می توانند تحت پوشش این بیمه نامه قرار گیرند. صرفاً کارکنان شاغلی که در طول مدت این قرارداد بازنشسته می گردند تا سه ماه بعد از تاریخ ابلاغ حکم بازنشستگی می توانند به این قرار داد اضافه گردند و تاریخ شروع پوشش از تاریخ ثبت درخواست در دبیرخانه بیمه گر می باشد.

تبصره ۲: بیمه شدگانی که به هر دلیل از کار افتاده شوند و قبلاً از مزایای این نوع بیمه نامه استفاده نموده اند از شمول این قرارداد خارج می باشند.

ماده ۳ - تعریف حادثه: عبارتست از هر واقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه شده در مدت بیمه رخ دهد و منجر به جرح، نقص عضو، از کار افتادگی یا فوت بیمه شده گردد.

ماده ۴ - تعریف نقص عضو و از کار افتادگی: عبارتست از قطع، تغییر شکل و یا از دست دادن توانایی انجام کار عضوی از اعضای بدن که ناشی از حادثه بوده و وضعیت دائم و قطعی داشته باشد.

فصل دوم - وظایف و تعهدات بیمه گذار

ماده ۵ - بیمه گذار موظف است حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز از تاریخ شروع قرارداد یک نسخه لیست حاوی مشخصات کامل کلیه بیمه شدگان را شامل: نام و نام خانوادگی - نام پدر - تاریخ تولد (روز/ماه/سال) - شماره شناسنامه و محل صدور و کد ملی را تهیه و جهت بیمه گر ارسال دارد.

ماده ۶ - حق بیمه : حق بیمه ماهیانه هریک از بیمه شدگان

۶-۱- پوشش بیمه ای صرفاً با لیست اولیه و حق بیمه ماهیانه ۴.۱۰۰.۰۰۰ (چهار میلیون و صد هزار) ریال

تبصره ۱: ترتیب و مهلت پرداخت حق بیمه: حق بیمه هر ماه بیمه شدگان، موضوع ماده ۶ قرارداد می بایست حداکثر تا پانزدهم ماه بعد در وجه بیمه گر ارسال و پرداخت شود.

تبصره ۲: غرامت بیمه شدگانی که در مدت اعتبار قرارداد فوت نموده پس از کسر حق بیمه باقیمانده سال، به آنان پرداخت خواهد شد.

تبصره ۳: تعهدات بیمه گذار طبق مفاد قرارداد مقدم بر تعهدات بیمه گر می باشد.

ماده ۷ - وظایف بیمه شده و بیمه گذار در صورت وقوع حادثه:

به محض وقوع حادثه غیر از فوت، بیمه شده موظف است به پزشک مراجعه و دستورات وی را رعایت نماید. بیمه گذار موظف است حداکثر ظرف پانزده روز بعد از اطلاع از وقوع حادثه مراتب را کتباً به اطلاع بیمه گر برساند. در صورت فوت بیمه شده، بیمه گذار باید در اسرع وقت و حداکثر ظرف سی روز از تاریخ اطلاع مراتب را کتباً به اطلاع بیمه گر برساند. **تبصره:** بیمه گذار موظف است مدارک مورد نیاز ذیل را در صورت وقوع حادثه به همراه درخواست کتبی جهت بیمه گر ارسال نماید. در غیر این صورت، بیمه گر حداکثر تا دو سال از گذشت وقوع حادثه متعهد به جبران غرامت متعلقه می باشد.

الف) در صورت فوت :

۱. اصل یا تصویر مصدق رونوشت خلاصه مرگ صادره توسط سازمان ثبت احوال.
۲. اصل یا تصویر مصدق گواهی پزشکی قانونی یا آخرین پزشک معالج مبنی بر تعیین علت فوت و تاریخ آن.
۳. اصل یا تصویر مصدق گزارش مشروح در صورت فوت ناشی از حادثه که توسط مراجع ذیصلاح انتظامی یا قضائی تنظیم و نام بیمه شده متوفی در آن قید شده باشد.
۴. تصویر مصدق کلیه صفحات شناسنامه باطل شده متوفی.
۵. تصویر برابر اصل کارت ملی بیمه شده متوفی.
۶. تصویر مصدق آخرین حکم بازنشستگی صادره توسط سازمان تأمین اجتماعی یا سازمان بازنشستگی کشوری.

ب) در صورت نقص عضو و از کار افتادگی دائم (جزئی و کلی) ناشی از حادثه:

۱. گزارش مشروح حادثه که توسط مقامات ذیصلاح مامور رسیدگی به حادثه تنظیم گردیده و نام بیمه‌شده مصدوم در آن قید شده باشد.

۲. گواهی پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه‌گر و یا پزشک قانونی مبنی بر زمان شروع و پایان معالجات و احراز نقص عضو و یا ازکارافتادگی دائم بیمه‌شده.

۳. تصویر شناسنامه بیمه‌شده.

۴. تصویر دفترچه بیمه درمانی بیمه‌شده.

۵. تصویر برابر اصل کارت ملی بیمه‌شده.

تبصره: در صورتیکه حوادث منجر به فوت و نقص عضو بیمه‌شده بر اثر رانندگی باشد و بیمه‌شده نیز رانندگی وسیله نقلیه را در هنگام سانحه به عهده داشته باشد، در این صورت ارائه گواهینامه رانندگی متناسب با نوع وسیله نقلیه و یا تأییدیه از اداره راهنمایی و رانندگی مبنی برداشتن گواهینامه رانندگی مذکور الزامی است.

فصل سوم - تعهدات بیمه‌گر

ماده ۸- بیمه‌گر متعهد است در صورت وقوع هر یک از خطرات مشمول بیمه که منجر به فوت یا نقص عضو دائم (جزئی و کلی) بیمه‌شده گردد پس از دریافت کلیه اسناد و مدارک مثبت، موضوع ماده ۷ فوق، غرامت ذیل را حسب مورد صرفاً در وجه بیمه‌شده یا ذینفع و در صورت عدم تعیین ذینفع به وراث قانونی وی پرداخت نماید. غرامت فوت و نقص عضو بازنشستگان بشرح ذیل می‌باشد:

۱- فوت به هر علت و نقص عضو دائم کلی ۵.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰ (پنج میلیارد) ریال

۲- نقص عضو دائم جزئی ناشی از حوادث مشمول بیمه درصدی از مبلغ ۵.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰ (پنج میلیارد) ریال

(براساس شرایط عمومی بیمه حوادث)

ماده ۹- بیمه‌گر موظف است نسبت به ارسال رونوشت برای بیمه‌گذاران در مورد سایر دستورالعمل‌ها و بخشنامه‌های مرتبط به اجرای این بخش از قرارداد که به شعب و واحدهای اجرایی ارسال می‌نماید اقدام نماید.

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، 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 و دوم این قرارداد، و تمایل بیمه‌گر 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 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 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 بیمه‌گر و بیمه‌گذار اعلام خواهد نمود.

ماده ۲- در صورت عدم رعایت وظایف بیمه‌گر مطابق فصل سوم از بخش اول و دوم این قرارداد، و تمایل بیمه‌گذار 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 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 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 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 مادر تخصصی و وزارت نیرو با رعایت موارد ذیل انجام خواهد شد.

- اجرای بندهای ۱ و ۲ از جزء "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 (۴) به منظور محاسبه خسارت پرداختی در چارچوب این قرارداد

ب) محاسبه خسارت معوق بیمه‌گر 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 بیمه‌گر بند ۲ از جزء "د" ماده ۲۱ آیین‌نامه 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 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.

ماده ۵- احراز تخلف بیمه‌شدگان و نحوه برخورد با آن، مستقل از دوره قرارداد در کمیته مشترک فی‌مابین بیمه‌گر و بیمه‌گذار مشخص و تعیین خواهد شد، بدین منظور بیمه‌گذار یک هفته کاری پس از ثبت نامه بیمه‌گر در دبیرخانه بیمه‌گذار با دعوت بیمه‌گذار از بیمه‌گر تاریخ تشکیل کمیته مشخص و هماهنگ خواهد شد. در صورت بروز اختلاف نظر در کمیته و یا در صورت تصمیم به قطع پوشش بیمه‌شده 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 سازمان‌های تابعه در صورت بروز اختلاف نظر، جلسات مذکور با وزارت نیرو و با رعایت زمانبندی‌های 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، 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 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 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 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.

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 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: 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 بیز 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.

ضمیمه (۱)

مدارک لازم برای:

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 معرفی‌نامه غیر آنلاین):

✓ دستور پزشک معالج مربوطه مبنی بر تعیین نوع خدمت

درخصوص 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)

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 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 ضمیمه، 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 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 ویزیت‌ها و بررسی روند بیماری
- ۹- در صورت خرید پروتز و وسایل پزشکی ضمیمه نمودن اصل فاکتور خرید 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 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 ۱۳-۸ و ۱۴-۸ 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 پیش پرداخت توسط بیمه‌گر براساس توافقات فیما بین 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 از ماده ۸ قرارداد عمل خواهد شد.
- ۲- براساس مفاد قرارداد برای بیمه‌شدگان غیر تحت 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: (در خصوص مراکز طرف قرارداد نیز لازم است)

- ❖ برای سیتوپلاستی ارائه رادیوگرافی یا سی تی اسکن 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، بال‌گذاری 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 استئوتومی فمور و یا تییبی 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 سپتوپلاستی، ماموپلاستی، جراحی‌های کاهش وزن و سایر جراحی‌های از این قبیل ضروری می‌باشد.

۲- ب) تعهد ویزیت:

❖ در صورت مراجعه بیمه‌شده 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 بیمه‌گر پایه و یا بصورت آزاد پذیرش شده باشد) ارائه گواهی تاریخ‌دار با ذکر نام بیمار ممهور به مهر از سوی پزشک مربوطه مبنی بر درج مبلغ ویزیت دریافتی الزامی است.

۳- ب) تعهد پاراکلینیکی:

ابتدا بیمه‌شده 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 ممهور به مهر مرکز

نکته: برای پرداخت خسارت، بیمه‌گر باستناد تبصره ذیل بند «ب» این ضمیمه و دریافت مدارک فوق، ملزم به پرداخت کامل اقلام هزینه‌ای براساس کدهای تعرفه‌ای 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 می‌تواند 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 بیمه‌شدگان 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 می‌باشد.

نکته: پرداخت هزینه فیزیوتراپی با ارائه مدارک درخواستی فوق امکانپذیر 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 لیزرکم‌توان همزمان با فیزیوتراپی قابل پرداخت می‌باشد.

نکته: هزینه لیزر پرتوان، مگنت تراپی و شک 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 می باشد 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 می باشد. (برای ارائه به مرکز طرف قرارداد نیز لازم است)

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

✓ در بازتوانی قلبی EECp، 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، اپکسوزنزیس، 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 براکت ها الزامی است.

نکته ۵: در صورت انجام ایمپلنت ارائه رادیوگرافی پانورکس قبل و بعد از درمان و یا معاینه بیمه شده 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 چشم‌پزشک 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 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 رفاکتومتر 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 نمی باشد) 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 می شود 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 می شود.

۱۰-۱- ب) سمعک

جبران هزینه های سمعک مشروط به تجویز پزشک متخصص مربوطه با ارائه گزارش شنوایی سنجی و فاکتور معتبر دارای کد اقتصادی و مشخصات کامل فروشنده و خریدار به همراه کپی برگه ضمانت سمعک می باشد.

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 غیر مجاز در مطب:

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

۱۲- ب) تعهد سوختگی ناشی از کار:

ترمیم سوختگی، زیبایی محسوب نمی شود و جبران هزینه های آن در هر زمان از طول قرارداد در تعهد می باشد حتی اگر وقوع سوختگی در دوره قرارداد نبوده باشد.

نکته: مواردی از خدمات که جنبه درمانی دارند و در کتاب ارزش های نسبی دارای کد می باشد در تعهد بوده و قابل پرداخت می باشد.

نکته: در صورت درخواست بیمه شده 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 بیمه شده و در صورت نیاز همراه نامه رسمی به بیمه گر بعدی الزامی می باشد.

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 با تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر 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.
- ✓ داروهای هورمون رشد براساس شناسنامه استاندارد آن قابل پرداخت است.
- ✓ واکسن آنفولانزا صرفاً برای بیمه‌شدگان دارای بیماری خاص، و یا بیمه‌شدگان با سن بالای ۷۰ سال و کودکان زیر ۱۰ سال با تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر قابل پرداخت می‌باشد.

۱-۱- ج) داروهای تک نسخه‌ای:

داروهای تک نسخه‌ای 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 داروخانه‌های معتبر مطابق مفاد قرارداد در تعهد می‌باشد. (برای ارائه به مرکز غیرطرف قرارداد است)

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، 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 بیمه‌گر برای بیماران خاص و صعب‌العلاج

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 پروترومبین، 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 نمونه‌برداری 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 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 قریه	اسناد پزشکی پیوند + نسخه‌های تجویزی
28	پیوند مولتی ویسرال	اسناد پزشکی پیوند + نسخه‌های تجویزی
۲۹	پیوند سلولهای بنیادی خون ساز (مغز استخوان)	اسناد پزشکی پیوند + نسخه‌های 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 (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	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	گلو تاریک اسید اوری	آزمایش اسیدهای آمینه
۴۷	هموسیستنوری کلاسیک	آزمایش اسیدهای آمینه
۴۸	هموسیستنوری غیر کلاسیک	آزمایش اسیدهای آمینه
۴۹	متیل مالونیک اسید اوری کلاسیک	آزمایش اسیدهای آمینه
۵۰	متیل مالونیک اسید اوری 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	آدرنولکودیستروفی (ALD)	اسکن + آزمایش
۵۵	گالاکتوزمی	آزمایش
۵۶	سوء جذب گلوکز گالاکتوز (GGMA)	آزمایش
۵۷	هایپرلیپوپروتئینما	آزمایش
۵۸	هیپوبتالیپوپروتئینما	آزمایش
۵۹	آبتالیپوپروتئینمی	آزمایش
۶۰	کمبود آدنوزین کیناز (Adenosine kinase deficiency)	آزمایش اختصاصی
۶۱	سلیاک اطفال	آزمایش + اسکن یا MRI + آندوسکوپي و کولونوسکوپي

ضمیمه (۲)

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

نام خانوادگی : نام :

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 :

نام و نام خانوادگی : امضاء :

شرکت بیمه گذار

شرکت سهامی بیمه

ضمیمه (۳)

جدول تعرفه های اورتز و پروتز و وسایل کمک پزشکی		
کد	نام	سقف تعهد (ریال)
1	ساخت و تعمیر دندان مصنوعی	600,000,000
2	پارشیل دندانی بابت هر دندان	25,000,000
3	شیشه عینک طبی	25,000,000
4	عینک طبی (فریم و شیشه عینک)	75,000,000
5	کنتاکت لنز (یک جفت)	65,000,000
6	خرید و تعمیر سمعک (برای یک یا دو گوش)	1,500,000,000
7	چشم مصنوعی	450,000,000
8	صندلی چرخدار (ویلچر)	300,000,000
9	حجره مصنوعی (سر و کس)	600,000,000
10	دستگاه محرک عصبی	175,000,000
11	عصا	30,000,000
12	واکر	55,000,000
13	کفش کلاب فوت زیر ۲۰	130,000,000
14	کفش طبی شماره ۲۱ تا ۳۰	150,000,000
15	کفش طبی شماره ۳۱ تا ۳۵	175,000,000
16	کفش طبی شماره ۳۶ به بالا	200,000,000
17	کوتاهی کفش از یک تا سه سانت هر سانت	12,500,000
18	کوتاهی کفش از سه سانت به بالا هر سانت	35,000,000
19	کفی پنجه (پروتز پنجه بصورت کفش داخلی)	60,000,000
20	کفش داخلی (یک لنگه) کوتاهی از یک تا سه سانت	75,000,000
21	کفش داخلی (یک لنگه) کوتاهی از سه سانت به بالا	100,000,000
22	مچ بند طبی	30,000,000
23	اسپلینت هالوسیس و الگوس از نوع بند دار (یک زوج)	45,000,000
24	کفی چرمی با قالبگیری (یک جفت)	70,000,000
25	کفی آلومینیومی با ساپورت	60,000,000
26	کف طبی چرمی آماده با ساپورت و پدمتاتارسال (یک جفت)	25,000,000
27	بریس قفلدار زانو تا ۱۸ سال	150,000,000
28	بریس قفلدار زانو ۱۸ سال به بالا	185,000,000
29	کمر بند با مفصل ران یک طرفه تا ۱۵ سال	88,000,000
30	کمر بند با مفصل ران یک طرفه ۱۵ تا ۱۸ سال	105,000,000
31	کمر بند با مفصل ران دو طرفه تا ۱۸ سال	55,000,000
32	کمر بند با مفصل ران دو طرفه ۱۸ سال به بالا	61,000,000
33	بریس آویزانی از استیل	72,000,000
34	بریس بلند یکطرفه بدون مفصل زانو Long-Legbrace تا ۱۳ سال	100,000,000
35	بریس بلند یک طرفه بدون مفصل زانو ۱۳ سال به بالا	125,000,000
36	بریس بلند یک طرفه با مفصل قفلدار زانو تا ۱۳ سال	175,000,000
37	بریس بلند یک طرفه با مفصل قفلدار زانو ۱۳ سال به بالا	200,000,000
38	زانو بند فلزی با کرست ساق و ران تا ۱۳ سال	60,000,000
39	زانو بند فلزی با کرست ساق و ران ۱۳ سال به بالا	65,000,000
40	طرفه دو کوتاه بریس Short Leg brace - bilateral (سال) ۷ تا ۴	100,000,000

(3) ادامه ضمیمه

جدول تعرفه های اورتز و پروتز و وسایل کمک پزشکی		
کد	نام	سقف تعهد (ریال)
41	بریس کوتاه دو طرفه ۷ تا ۱۵ سال	150,000,000
42	بریس کوتاه دو طرفه ۱۵ سال به بالا	200,000,000
43	brace Leg Short یک طرفه ۵ تا ۹ سال	50,000,000
44	بریس کوتاه یک طرفه ۹ تا ۱۵ سال	75,000,000
45	بریس کوتاه یک طرفه بزرگسال	100,000,000
46	اسپلینت دراپ فوت تا ۱۳ سال	80,000,000
47	اسپلینت دراپ فوت ۱۳ تا ۱۸ سال	130,000,000
48	اسپلینت دراپ فوت ۱۸ سال به بالا	180,000,000
49	اسپلینت کوتاه چرمی کوکاپ تا ۱۳ سال	360,000,000
50	اسپلینت کوتاه چرمی کوکاپ ۱۳ سال به بالا	450,000,000
51	اسپلینت کوتاه پلاستیکی کوکاپ تا ۱۳ سال	40,000,000
52	اسپلینت کوتاه پلاستیکی کوکاپ ۱۳ سال به بالا	45,000,000
53	اسپلینت دینامیک انگشت و مچ	40,000,000
54	اسپلینت دینامیک فزدار تا ۱۳ سال	40,000,000
55	اسپلینت دینامیک فزدار ۱۳ تا ۱۸ سال	40,000,000
56	اسپلینت دینامیک فزدار ۱۸ سال به بالا	42,000,000
57	اسپلینت آرنج با مفصل هوسمر	56,000,000
58	بریس اسکلت رایت	300,000,000
59	زانو بند سوندی (هپیراکسنشن)	180,000,000
60	دنپس براون متحرک از استیل	240,000,000
61	کست بریس با مفصل پلی ستتریک	70,000,000
62	کست بریس مدرج	375,000,000
63	بریس آسیمتریک (ستون فقرات) بزرگسال	225,000,000
64	بریس آسیمتریک (ستون فقرات) تا ۱۳ سال	135,000,000
65	کرسر تورا کولومبوسکارال T.L.S.O (تا ۱۳ سال)	51,000,000
66	کرسر تورا کولومبوسکارال T.L.S.O (۱۳ سال به بالا)	108,000,000
67	ترانک کرسر چرمی یا پلاستیکی (ستون فقرات) تا ۱۳ سال	51,000,000
68	ترانک کرسر چرمی یا پلاستیکی (ستون فقرات) ۱۳ سال به بالا	153,000,000
69	بریس هیپراکستانسیون جونت (ستون فقرات) تا ۱۳ سال	125,000,000
70	بریس هیپراکستانسیون جونت (ستون فقرات) ۱۳ سال به بالا	140,000,000
71	بریس گردن هالو (فلزی با چهار میله)	450,000,000
72	سومی بریس برای گردن	220,000,000
73	پروتز کتالین (اندام تحتانی)	3,000,000,000
74	پروتز روی زانو (اندام تحتانی)	2,500,000,000
75	پنجه کرزینگر خارجی (اندام تحتانی)	150,000,000
76	پنجه تمام لاستیکی خارجی (اندام تحتانی)	150,000,000
77	پنجه پیروگوف خارجی (اندام تحتانی)	1,000,000,000
78	پنجه مفصل دار خارجی (اندام تحتانی)	175,000,000
79	پنجه ساج فوت ایرانی (اندام تحتانی)	145,000,000
80	بریس زیر زانو پی تی بی بلند	500,000,000

ادامه ضمیمه (۳)

جدول تعرفه های اورتز و پروتز و وسایل کمک پزشکی		
کد	نام	سقف تعهد (ریال)
81	بریس بلندآرنج	87,500,000
82	بریس (تاندونیت دکوران) thump wrist	54,000,000
83	بریس بوسون	400,000,000
84	ماسک صورت (چانه بند)	22,000,000
85	شلوارک زیر زانو	22,000,000
86	ایلوپا (ران وساق)	35,000,000
87	انگشت هر تکه که حدوداً سه انگشت را پوشش می دهد	108,000,000
89	شیت ورقه ای برای ناحیه شکم و پشت (ابعاد ۳۰×۴۰ cm)	5,400,000
90	پروتز کره چشم	850,000,000
91	تشک موج	265,000,000
92	کپسول لکسیژن	168,000,000
93	زانو بند مفصل دار	45,000,000
94	زانو بند پالمبو	45,000,000
95	ابدلکش بریس	155,000,000
96	بریس میلوکی از ارتولن (ستون فقرات)	400,000,000
97	بریس نایت تیلور (ستون فقرات)	135,000,000
98	اسپلینت بینمیک مچ (اسپلینت عنکبوتی)	50,000,000
99	پروتز سلیم (اندام تحتانی)	1,000,000,000
100	پروتز زیر زانو (اندام تحتانی)	1,500,000,000
101	پروتز بالای زانو (اندام تحتانی)	2,000,000,000
102	پروتز زیر آرنج (اندام فوقانی)	2,000,000,000
103	پروتز بالای آرنج (اندام فوقانی)	250,000,000
104	پروتز روی آرنج (اندام فوقانی)	2,500,000,000
105	پروتز مچ دست (اندام فوقانی)	1,000,000,000
106	پروتز شانه (اندام فوقانی)	1,250,000,000
107	دستگاه اکسیژن ساز	400,000,000
108	دستگاه cpap	400,000,000
109	جوراب واریس کوتاه	12,000,000
110	جوراب واریس بالای زانو	25,000,000
111	زانو بند	20,000,000
112	قوزک بند برزنتی	15,000,000
113	کلیه بند	8,000,000
114	گردن بند	8,000,000
115	شکم بند	8,000,000
116	دستگاه کنترل میزان قند خون بر روی بدن	250,000,000

ضمیمه (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)	1	اصلی شاغل	1
اعمال مجاز سرپایی	2	تحت تکفل شاغل	2
اعمال جراحی فوق تخصصی	3	والدین غیر تحت تکفل شاغل	3
ارتوز	4	همسر غیر تحت تکفل شاغل زن	4
آمبولانس	5	فرزند غیر تحت تکفل شاغل	5
اورژانس	6	همسر فرزند ذکور غیر تحت تکفل شاغل	6
ویزیت	7	اصلی بازنشسته	7
دارو	8	تحت تکفل بازنشسته	8
خدمات پاراکلینیکی	9	غیر تحت تکفل بازنشسته	9
زایمان	10	جنسیت بیمه شده	کد
خدمات آزمایشگاهی	11	زن	1
رفع عیوب انکساری چشم	12	مرد	2
عینک	13	بیماری خاص و صعب العلاج	کد
فیزیوتراپی	14	هست	1
نازایی و ناباروری	15	نیست	2
تهیه اعضای طبیعی بدن	16	هست	1
دندانپزشکی (به غیر از ایمپلنت)	17		
ایمپلنت	18		

نوع مرکز درمانی	کد
خصوصی	1
دولتی	2
نهاد عمومی غیر دولتی	3
خیریه	4
نوع ارائه هزینه	کد
مستقیم	1
غیر مستقیم	2

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 تراپی 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

ضمیمه (۳)

جدول تعرفه های اورتز و پروتز و وسایل کمک پزشکی		
کد	نام	سقف تعهد (ریال)
1	ساخت و تعمیر دندان مصنوعی	600,000,000
2	پارشیل دندانی بابت هر دندان	25,000,000
3	شیشه عینک طبی	25,000,000
4	عینک طبی (فریم و شیشه عینک)	75,000,000
5	کنتاکت لنز (یک جفت)	65,000,000
6	خرید و تعمیر سمعک (برای یک یا دو گوش)	1,500,000,000
7	چشم مصنوعی	450,000,000
8	صندلی چرخدار (ویلچر)	300,000,000
9	حجره مصنوعی (سر و کس)	600,000,000
10	دستگاه محرک عصبی	175,000,000
11	عصا	30,000,000
12	واکر	55,000,000
13	کفش کلاب فوت زیر ۲۰	130,000,000
14	کفش طبی شماره ۲۱ تا ۳۰	150,000,000
15	کفش طبی شماره ۳۱ تا ۳۵	175,000,000
16	کفش طبی شماره ۳۶ به بالا	200,000,000
17	کوتاهی کفش از یک تا سه سانت هر سانت	12,500,000
18	کوتاهی کفش از سه سانت به بالا هر سانت	35,000,000
19	کفی پنجه (پروتز پنجه بصورت کفش داخلی)	60,000,000
20	کفش داخلی (یک لنگه) کوتاهی از یک تا سه سانت	75,000,000
21	کفش داخلی (یک لنگه) کوتاهی از سه سانت به بالا	100,000,000
22	مچ بند طبی	30,000,000
23	اسپلینت هالوسیس و الگوس از نوع بند دار (یک زوج)	45,000,000
24	کفی چرمی با قالبگیری (یک جفت)	70,000,000
25	کفی آلومینیومی با ساپورت	60,000,000
26	کف طبی چرمی آماده با ساپورت و پدمتاتارسال (یک جفت)	25,000,000
27	بریس قفلدار زانو تا ۱۸ سال	150,000,000
28	بریس قفلدار زانو ۱۸ سال به بالا	185,000,000
29	کمر بند با مفصل ران یک طرفه تا ۱۵ سال	88,000,000
30	کمر بند با مفصل ران یک طرفه ۱۵ تا ۱۸ سال	105,000,000
31	کمر بند با مفصل ران دو طرفه تا ۱۸ سال	55,000,000
32	کمر بند با مفصل ران دو طرفه ۱۸ سال به بالا	61,000,000
33	بریس آویزانی از استیل	72,000,000
34	بریس بلند یکطرفه بدون مفصل زانو Long-Legbrace تا ۱۳ سال	100,000,000
35	بریس بلند یک طرفه بدون مفصل زانو ۱۳ سال به بالا	125,000,000
36	بریس بلند یک طرفه با مفصل قفلدار زانو تا ۱۳ سال	175,000,000
37	بریس بلند یک طرفه با مفصل قفلدار زانو ۱۳ سال به بالا	200,000,000
38	زانو بند فلزی با کرست ساق و ران تا ۱۳ سال	60,000,000
39	زانو بند فلزی با کرست ساق و ران ۱۳ سال به بالا	65,000,000
40	طرفه دو کوتاه بریس Short Leg brace - bilateral (سال) ۷ تا ۴	100,000,000

(3) ادامه ضمیمه

جدول تعرفه های اورتز و پروتز و وسایل کمک پزشکی		
کد	نام	سقف تعهد (ریال)
41	بریس کوتاه دو طرفه ۷ تا ۱۵ سال	150,000,000
42	بریس کوتاه دو طرفه ۱۵ سال به بالا	200,000,000
43	brace Leg Short یک طرفه ۵ تا ۹ سال	50,000,000
44	بریس کوتاه یک طرفه ۹ تا ۱۵ سال	75,000,000
45	بریس کوتاه یک طرفه بزرگسال	100,000,000
46	اسپلینت دراپ فوت تا ۱۳ سال	80,000,000
47	اسپلینت دراپ فوت ۱۳ تا ۱۸ سال	130,000,000
48	اسپلینت دراپ فوت ۱۸ سال به بالا	180,000,000
49	اسپلینت کوتاه چرمی کوکاپ تا ۱۳ سال	360,000,000
50	اسپلینت کوتاه چرمی کوکاپ ۱۳ سال به بالا	450,000,000
51	اسپلینت کوتاه پلاستیکی کوکاپ تا ۱۳ سال	40,000,000
52	اسپلینت کوتاه پلاستیکی کوکاپ ۱۳ سال به بالا	45,000,000
53	اسپلینت دینامیک انگشت و مچ	40,000,000
54	اسپلینت دینامیک فزدار تا ۱۳ سال	40,000,000
55	اسپلینت دینامیک فزدار ۱۳ تا ۱۸ سال	40,000,000
56	اسپلینت دینامیک فزدار ۱۸ سال به بالا	42,000,000
57	اسپلینت آرنج با مفصل هوسمر	56,000,000
58	بریس اسکلتی رایت	300,000,000
59	زانو بند سوندی (هلیپرکسنشن)	180,000,000
60	دنیس براون متحرک از استیل	240,000,000
61	کست بریس با مفصل پلی ستتریک	70,000,000
62	کست بریس مدرج	375,000,000
63	بریس آسیمتریک (ستون فقرات) بزرگسال	225,000,000
64	بریس آسیمتریک (ستون فقرات) تا ۱۳ سال	135,000,000
65	کرسر تورا کولومبوسکالر T.L.S.O (تا ۱۳ سال)	51,000,000
66	کرسر تورا کولومبوسکالر T.L.S.O (۱۳ سال به بالا)	108,000,000
67	ترانک کرسر چرمی یا پلاستیکی (ستون فقرات) تا ۱۳ سال	51,000,000
68	ترانک کرسر چرمی یا پلاستیکی (ستون فقرات) ۱۳ سال به بالا	153,000,000
69	بریس هیپراکستانسیون جونت (ستون فقرات) تا ۱۳ سال	125,000,000
70	بریس هیپراکستانسیون جونت (ستون فقرات) ۱۳ سال به بالا	140,000,000
71	بریس گردن هالو (فلزی با چهار میله)	450,000,000
72	سومی بریس برای گردن	220,000,000
73	پروتز کتالین (اندام تحتانی)	3,000,000,000
74	پروتز روی زانو (اندام تحتانی)	2,500,000,000
75	پنجه کرزینگر خارجی (اندام تحتانی)	150,000,000
76	پنجه تمام لاستیکی خارجی (اندام تحتانی)	150,000,000
77	پنجه پیروگوف خارجی (اندام تحتانی)	1,000,000,000
78	پنجه مفصل دار خارجی (اندام تحتانی)	175,000,000
79	پنجه ساج فوت ایرانی (اندام تحتانی)	145,000,000
80	بریس زیر زانو پی تی بی بلند	500,000,000

ادامه ضمیمه (۳)

جدول تعرفه های اورتز و پروتز و وسایل کمک پزشکی		
کد	نام	سقف تعهد (ریال)
81	بریس بلندآرنج	87,500,000
82	بریس (تاندونیت دکوران) thump wrist	54,000,000
83	بریس بوستون	400,000,000
84	ماسک صورت (چانه بند)	22,000,000
85	شلوارک زیر زانو	22,000,000
86	ایلوپا (ران وساق)	35,000,000
87	انگشت هر تکه که حدوداً سه انگشت را پوشش می دهد	108,000,000
89	شیت ورقه ای برای ناحیه شکم و پشت (ابعاد ۳۰×۴۰ cm)	5,400,000
90	پروتز کره چشم	850,000,000
91	تشک موج	265,000,000
92	کپسول لکسیژن	168,000,000
93	زانو بند مفصل دار	45,000,000
94	زانو بند پالمبو	45,000,000
95	ابدلکش بریس	155,000,000
96	بریس میلوکی از ارتولن (ستون فقرات)	400,000,000
97	بریس نایت تیلور (ستون فقرات)	135,000,000
98	اسپلیت بینمیک مچ (اسپلیت عنکبوتی)	50,000,000
99	پروتز سلیم (اندام تحتانی)	1,000,000,000
100	پروتز زیر زانو (اندام تحتانی)	1,500,000,000
101	پروتز بالای زانو (اندام تحتانی)	2,000,000,000
102	پروتز زیر آرنج (اندام فوقانی)	2,000,000,000
103	پروتز بالای آرنج (اندام فوقانی)	250,000,000
104	پروتز روی آرنج (اندام فوقانی)	2,500,000,000
105	پروتز مچ دست (اندام فوقانی)	1,000,000,000
106	پروتز شانه (اندام فوقانی)	1,250,000,000
107	دستگاه اکسیژن ساز	400,000,000
108	دستگاه cpap	400,000,000
109	جوراب واریس کوتاه	12,000,000
110	جوراب واریس بالای زانو	25,000,000
111	زانو بند	20,000,000
112	قوزک بند برزنتی	15,000,000
113	کلیه بند	8,000,000
114	گردن بند	8,000,000
115	شکم بند	8,000,000
116	دستگاه کنترل میزان قند خون بر روی بدن	250,000,000