

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
بعنوان 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 ۱۴۰۴/۶۰۱/۵۸۴۷۴ مورخ ۱۴۰۴/۰۳/۲۱ 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).

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 ۱۴۰۴/۰۴/۰۱

تاریخ انقضاء قرارداد: تا ساعت صفر بامداد ۱۴۰۵/۰۴/۰۱

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، ازکارافتادگان،



مستمری‌گیران، وظیفه‌گیران 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، مستمری‌گیران، وظیفه‌گیران به همراه افراد تحت پوشش آنان می‌باشد و پوشش بیمه‌ای این افراد به شرط داشتن 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 مثبته 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.

۴-۳- فرزندان بیمه‌شده اصلی اناث وفق ارائه گواهی توسط بیمه‌شده اصلی و بر اساس تعهدنامه پیوست که هیچگونه پوشش بیمه درمانی نداشته و جزء خانواده آنان مطابق با ماده ۴ تلقی شود به شرط تحت پوشش بودن کلیه فرزندان، تحت تکفل محسوب می‌شوند. (بررسی صحت و سقم موضوع توسط بیمه‌گر انجام می‌شود، تاریخ شروع پوشش بیمه‌ای از ابتدای قرارداد مشروط به ارائه تعهد نامه (ضمیمه شماره ۲) قرارداد) به همراه لیست اولیه). در غیر اینصورت به صورت غیرتحت تکفل می‌توانند تحت پوشش قرار گیرند.

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 ۱: در صورتیکه فرزندان دختر مطلقه و همچنین فرزندان دختری که همسر خود را از دست داده‌اند و قانوناً تحت تکفل بیمه‌شده اصلی قرار می‌گیرند، دارای فرزند یا فرزندی 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.

۵-۴- پوشش نوزادان از بدو تولد اجباری بوده و بیمه‌گذار موظف است با ارسال اسامی و مشخصات نسبت به پرداخت حق بیمه وی از تاریخ تولد با رعایت ضرب‌الاجل مندرج در بند 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.

۶-۴- 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 شرایط تحت تکفل از طریق بیمه‌گذار به بیمه‌گر ارائه شود. در غیر این صورت بیمه‌گر تعهدی در قبال پوشش به صورت تحت تکفل را نخواهد داشت.

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

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

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

ماده ۵- ترتیب اعلام اسامی بیمه‌شدگان و تغییرات مجاز:

۱-۵- 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، مستمری-بگیر و افراد خانواده مطابق با ماده ۴ و یا افراد تحت تکفل و غیرتحت تکفل آنان (پدر و مادر بیمه‌شده اصلی، فرزندان ذکور، همسر و فرزندان غیرتحت تکفل کارکنان اناث) شامل: نام و نام خانوادگی، نام پدر، تاریخ تولد (روز / ماه / سال)، شماره شناسنامه و محل صدور به ترتیب حروف الفبا و یا به ترتیب شماره پرسنلی بیمه‌شدگان اصلی و کد ملی و شماره شبا و یا شماره حساب به همراه نام بانک و تلفن همراه بیمه‌شده اصلی طی لیست جداگانه به شرح زیر را تهیه و به بیمه‌گر ارسال نماید، ضمناً بیمه‌گذار مکلف است با رعایت مفاد این قرارداد تغییرات مجاز (افزایش یا کاهش) در تعداد بیمه‌شدگان در طول مدت قرارداد را حداکثر ظرف مدت دو ماه از تاریخ موثر به روال فوق‌الذکر اعلام نماید.

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

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

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

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

لیست پنجم: فرزندان ذکور مجرد و متأهل غیرتحت تکفل بیمه‌شدگان اصلی به همراه همسر

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، مامورین، (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 یک ماه بعد از ارسال لیست اولیه می‌تواند نسبت به اضافه نمودن نام وی با پرداخت حق بیمه از ابتدای قرارداد اقدام نماید.

تبصره ۳: کاهش بیمه‌شدگان در طول مدت قرارداد، شامل موارد استعفاء، فوت، بازنشسته، انتقال، انفصال از خدمت، اخراج، تعلیق، مامور، خروج از کفالت، مرخصی طولانی مدت (استعلاجی و یا بدون حقوق) که بیمه‌شده در طول مدت مرخصی تمایلی به ادامه پوشش ندارد و یا هرگونه قطع همکاری (دائم یا موقت) 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 از تاریخ موثر (تاریخ موثر برای بیمه‌شده اصلی تاریخ قطع رابطه همکاری (دائم یا موقت) می‌باشد) برای بیمه‌گر ارسال گردد. در غیر اینصورت تاریخ ثبت موضوع در دبیرخانه بیمه‌گر ملاک عمل خواهد بود.

۲-۵- 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 ۵-۱ خواهد بود. در مورد کاهش بیمه‌شدگان، زمان مؤثر، ماه قطع همکاری بیمه‌شده اصلی با بیمه‌گذار بوده و بیمه‌گذار موظف است حداکثر یک هفته قبل از تاریخ قطع همکاری موضوع را کتباً به اطلاع بیمه‌گر با ثبت در دبیرخانه بیمه-گر برساند. بدیهی است در صورت عدم قطع همکاری در تاریخ اعلام شده، پوشش مجدداً با اعلام کتبی بیمه‌گذار از تاریخ شروع پوشش اولیه بطور مستمر برقرار خواهد شد.

۳-۵- 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 ۵-۱) 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 ۵-۱ 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.



۶-۱-۱ مبلغ ۵۲.۶۰۰.۰۰۰ (پنجاه و دو میلیون و ششصد هزار) ریال سرانه ماهانه به منظور پوشش درمانی مسئولیت کارفرما ناشی از تعهدات ماده ۶۶ قانون تامین اجتماعی بابت هریک از بیمه‌شدگان اصلی.

۶-۱-۲ مبلغ ۶.۷۱۰.۰۰۰ (شش میلیون و هفتصد و ده هزار) ریال سرانه ماهانه بابت هر یک از بیمه‌شدگان اصلی و هر یک از افراد خانواده مطابق با ماده ۴ و یا افراد تحت تکفل آنها.

۶-۲ افراد غیر تحت تکفل بیمه‌شده اصلی:

۶-۲-۱ مبلغ ۱۹.۰۰۰.۰۰۰ (نوزده میلیون) ریال سرانه ماهانه بابت هر یک از همسر و فرزندان غیر تحت تکفل کارکنان اناث، فرزندان ذکور مجرد غیر تحت تکفل و فرزندان ذکور غیر تحت تکفل متأهل و همسر آنان.

۶-۲-۲ مبلغ ۱۴.۰۰۰.۰۰۰ (چهارده میلیون) ریال سرانه ماهانه بابت هر پدر و مادر، غیر تحت تکفل بیمه‌شده اصلی.

۶-۳ مبلغ ۱۲.۰۰۰.۰۰۰ (دوازده میلیون) ریال سرانه ماهانه برای هر یک از بازنشستگان و هر یک از افراد تحت پوشش، به شرط داشتن بیمه پایه.

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 این صورت 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 که حق بیمه‌های پرداختی بعداً از مطالبات بیمه‌شده کسر شود. همچنین بیمه‌شدگانی که از مرخصی بدون حقوق استفاده می‌کنند، ادامه پوشش بیمه درمانی منوط به پرداخت حق بیمه یکجا از زمان شروع مرخصی تا پایان آن و حداکثر تا انتهای قرارداد توسط بیمه‌شده و از طریق بیمه‌گذار به بیمه‌گر خواهد بود. در غیر این صورت بیمه‌گر تعهدی در خصوص جبران هزینه‌های درمان بیمه‌شده اصلی و افراد تحت پوشش ندارد.



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 ۸-۱ 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: 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 ذکر 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 (۱۴۰۵/۵/۳۱) 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 تهاتر 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.



تبصره ۱: در صورت پذیرش بیمه‌شده در مراکز طرف قرارداد و صدور معرفی‌نامه، اخذ هر گونه وجهی از بیمه‌شده در زمان ترخیص (خارج از مفاد قرارداد مرکز درمانی و معرفی‌نامه صادره) ممنوع بوده و در صورت وقوع، وجوه دریافتی مازاد در صورت‌حساب مراکز درمانی می‌بایست توسط شرکت بیمه‌گر با عنایت به بند "ب" ماده ۸-۱ در وجه بیمه‌شده کارسازی گردد. همچنین در صورت قرار گرفتن هزینه پروتز در صورت‌حساب مرکز به نام بیمه‌شده مشمول پرداخت توسط بیمه‌گر بر طبق شرایط این تبصره خواهد بود.

تبصره ۲: درمورد کلیه تعهدات بیمه‌گر پرداخت هزینه‌های مربوط به مراکز تشخیصی و درمانی، (به جز هزینه‌های دارویی) که آخرین تعرفه مصوب مراجع ذیصلاح قانونی در بخش دولتی و عمومی غیردولتی را رعایت نمایند بدون اعمال فرانشیز خواهد بود (در صورتی که مراکز فوق صرفاً بخشی از هزینه‌های انجام شده را طبق مصوبات هیئت وزیران محاسبه نمایند تسویه حساب هزینه‌های مذکور بدون اعمال فرانشیز و نسبت به سایر هزینه‌ها با احتساب فرانشیز با عنایت به تبصره ۳ خواهد بود).

تبصره ۳: با عنایت به تبصره‌های ۱ و ۲ در کلیه تعهدات بیمه‌گر در صورت نیاز به اعمال فرانشیز، فرانشیز به هزینه پرداختی توسط بیمه‌شده و به تفکیک: شاغلین به همراه افراد تحت پوشش ۵ درصد، بازنشستگان به همراه افراد تحت پوشش در صورت عدم استفاده از سهم بیمه‌گر پایه ۱۵ درصد و در غیر این‌صورت برای این قبیل از بیمه‌شدگان و بیمه‌شدگانی که از سهم بیمه پایه به هر میزان استفاده کنند و هزینه بیماری‌های مرتبط با بیماری خاص و صعب‌العلاج بیماران خاص و صعب‌العلاج و سوختگی‌های ناشی از حوادث حین کار و هزینه‌های ناشی از هرگونه حادثه حین انجام کار فرانشیز صفر اعمال خواهد شد. فرانشیز بازنشستگان به همراه افراد تحت پوشش درخصوص تعهد ماده ۹ (خدمات دندانپزشکی) ۵ درصد می‌باشد.

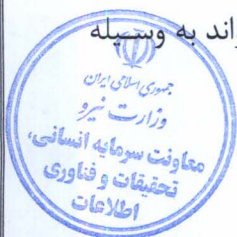
پس از کسر فرانشیز مبنای پرداخت خسارت توسط بیمه‌گر اعمال تعرفه اعلامی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی در هر بخش مرتبط با مراجعه بیمه‌شده (دولتی، خصوصی، عمومی غیردولتی، خیریه) قابل اجرا در تاریخ انجام هزینه و تبصره‌های ۱ و ۲ از ماده ۸ می‌باشد.

تبصره ۴: اجرای تغییرات احتمالی در متن قرارداد منوط به تأیید آن توسط بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران و وزارت نیرو 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 اطاق 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- هزینه اعمال جراحی قلب و جراحی مغز و اعصاب (بجز دیسک ستون فقرات) با اعمال فرانشیز با رعایت تبصره-های ۱ تا ۳ از ماده ۸ قابل پرداخت می‌باشد.

ه- 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، سکتة مغزی ایسکمیک، سکتة مغزی هموراژیک، سکتة قلبی، پرفشاری شریان ریوی، روانی مزمن و صرع مقاوم به درمان، انواع پیوندها از قبیل: مغز استخوان (BMT)، کبد، قلب، روده، پانکراس، مولتی ویسرال، ریه و کلیه) بر اساس تعرفه‌های مصوب مراجع ذیصلاح قانونی در هر بخش بدون اعمال فرانشیز در طول دوره در تعهد بیمه‌گر خواهد بود. در خصوص اطلاق عنوان صعب‌العلاج به سایر بیماری‌ها و همچنین بیماری‌های ناشی از آن که مورد اختلاف طرفین می‌باشد با نظر کمیسیون پزشکی مشترک وزارت نیرو و بیمه‌گران دارای بیشترین پورتنوی درمان صنعت آب و برق از تاریخ ذکر شده در صورتجلسات لازم‌الاجرا می‌باشد.

و- با عنایت به ماده ۶۰ قانون تأمین اجتماعی و بند ۶ از ماده ۲ آیین‌نامه شماره ۹۹ شورای عالی بیمه هزینه‌های مربوط به سوختگی ناشی از حوادث کاری و همچنین هزینه‌های ناشی از هر گونه حادثه حین انجام کار بدون اعمال فرانشیز در صورت پذیرش در بازه قرارداد و تا پایان ترخیص در تعهد بیمه‌گر جاری خواهد بود. مراتب حداکثر ظرف مدت ۵ روز کاری پس از حادثه به شرکت بیمه اعلام می‌گردد.

تبصره: در صورت اختلاف بیمه‌گر و بیمه‌گذار نسبت به چگونگی اجرای بند فوق این موضوع در جلسات مربوط به موضوع جزء "ه" قابل بررسی خواهد بود.

ح- 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، لیزر درمانی، لیزر تراپی جهت درمان سایر بیماری‌های چشم (خونریزی شبکیه، جداسازی شبکیه، قوز قرنیه و ...) 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.

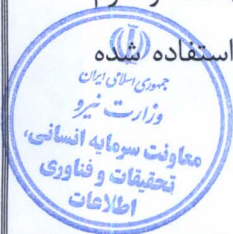
۵-۸- ویزیت پزشکان، مشاوران و کارشناسان پروانه‌دار معادل تعرفه در بخش مربوطه با اعمال فرانشیز با رعایت تبصره‌های ۱ تا ۳ از ماده ۸ قابل پرداخت است.

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 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 ۸.۰۰۰.۰۰۰ (هشت 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 توسط بیمه‌گر پایه، در تعهد بیمه‌گر خواهد بود.

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

۱- داروهای منتخب طرف قرارداد با توزیع مناسب بر اساس نظر بیمه‌گذار برای بیماران خاص و صعب‌العلاج تا سقف ۳۰۰.۰۰۰.۰۰۰ (سیصد میلیون) ریال و برای داروهای مرتبط با نوع بیماری بدون تأیید بیمه‌گر سایر بیماران تا سقف ۸۰.۰۰۰.۰۰۰ (هشتاد میلیون) ریال.

۲- در مورد سایر داروهای طرف قرارداد تا سقف ۸۰.۰۰۰.۰۰۰ (هشتاد 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 داروهای 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 داروهای 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 درمانی در اندام بیمه‌شده از طریق ایمپلنت (بجز دندان) و یا استفاده از پروتز 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. ضمناً هزینه‌های مربوط به لوازم اساسی مصرفی که در اتاق عمل مراکز درمانی استفاده می‌شود و یا جزء ملزومات درمانی است و مربوط به موارد جانبی، بهداشتی و امثالهم (مثل: ماسک، دستکش، گان، دمپایی ...) نیست، قابل پرداخت است.



۸-۸- هزینه خرید وسایل کمک توانبخشی، پروتزها و ارتوزهایی که خارج از بدن استفاده می‌شود با تجویز پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر، براساس ۱۰ برابر آخرین تعرفه اعلامی سازمان تأمین اجتماعی و بدون در نظر گرفتن دستورالعمل‌های سازمان تأمین اجتماعی در این ارتباط و بدون کسر فرانشیز قابل پرداخت می‌باشد.

تبصره ۱: هزینه ساخت و تعمیر دندان مصنوعی برای کلیه بیمه‌شدگان مشمول ماده ۴ با تجویز پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر حداکثر به میزان ۲۰۰۰۰۰۰۰ (دویست میلیون) ریال بر اساس صورتحساب و بدون کسر فرانشیز پرداخت می‌شود.

تبصره ۲: هزینه خرید و تعمیر سمعک (برای یک یا دو گوش) برای کلیه بیمه‌شدگان مشمول ماده ۴ با تجویز پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر حداکثر به میزان ۵۰۰۰۰۰۰۰ (پانصد میلیون) ریال بر اساس صورتحساب و بدون کسر فرانشیز پرداخت می‌شود.

تبصره ۳: هزینه کرایه وسایل کمک توانبخشی، پروتزها 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.

۸-۹- تأمین هزینه‌های (تهیه) اعضاء طبیعی پیوندی مانند کلیه، کبد، قرنیه، 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 لاپاراسکوپی درمانی، IVF، ZIFT، GIFT، IUI، 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 (چنانچه جنبه درمانی داشته باشد) تا سقف ۵۰۰۰۰۰۰۰ (پنج 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 مراقبتهای ویژه از جمله CCU، ICU 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 ۷۰.۰۰۰.۰۰۰ (هفتاد میلیون) ریال براساس هزینه 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 ۱۵۰.۰۰۰.۰۰۰ (یکصد و پنجاه میلیون) در هر مورد بین شهری براساس هزینه 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 - هزینه عینک و یا لنز طبی حداکثر تا ۴۵.۰۰۰.۰۰۰ (چهل و پنج میلیون) ریال برای هر یک از بیمه‌شدگان بدون کسر فرانشیز قابل پرداخت می‌باشد.

۸-۱۳ - هزینه‌های انجام شده با ارائه اصل مدارک و صورت حسابهای درمانی و بر اساس مفاد قرارداد قابل پرداخت است. در مواردی که بیمه‌شده اصل مدارک را جهت دریافت قسمتی از هزینه‌های انجام شده سهم سایر مراجع ذیربط به آنها ارائه نموده باشد، بیمه‌گر تعهدات خود را (مازاد هزینه‌ها) پس از دریافت تصویر مصدق مدارک ذکر شده به همراه تصویر چک یا اصل گواهی مربوطه انجام خواهد داد. همچنین بیمه‌گر متعهد به ارائه اصل مدارک و یا تصویر مصدق آن برای ارائه به سایر مراجع ذیربط بر اساس درخواست بیمه‌شده و نیاز آن مراجع می‌باشد.

۸-۱۴ - بیمه‌گر متعهد می‌گردد لیست کلیه مراکز طرف قرارداد خود را حداکثر ظرف ۱۵ روز کاری کتباً به بیمه‌گذار اطلاع دهد و همچنین بیمه‌گر طبق روال در جهت دستیابی مستقیم بیمه‌شدگان به مراکز درمانی تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی و خدمات درمانی و ... در چارچوب تعرفه‌های مصوب دولت اقدام خواهد نمود به نحوی که بیمه‌شدگان بتوانند مشابه افراد تحت پوشش سازمانهای مزبور از خدمات این مراکز استفاده نمایند. بدین منظور بیمه‌گر لازم است از طریق عقد قرارداد و یا از طرق دیگر و براساس لیست مراکز درمانی مورد درخواست بیمه‌گذار، امکان استفاده از این مراکز را بدون پرداخت وجهی بر اساس مفاد قرارداد مازاد بر آنچه که افراد تحت پوشش سازمانهای مزبور می‌پردازند، قبل از ترخیص و در زمان تسویه حساب بیمه‌شده با آن مرکز فراهم نماید.

۸-۱۵ - بیمه‌گذار موظف است لیست مراکز بیمارستانی و سایر مراکز درمانی - تشخیصی مورد درخواست خود را همراه با لیست اولیه بیمه‌شدگان به صورت مکتوب به بیمه‌گر ارائه نماید، همچنین بیمه‌گر مکلف است با مراکز درمانی مورد درخواست بیمه‌گذار قرارداد منعقد نماید، در صورتی که در هر زمانی از اجرای قرارداد، بیمه‌گر موفق به انعقاد قرارداد با حداقل ۸۰ درصد مراکز بیمارستانی مورد درخواست بیمه‌گذار نشود و یا به دلیل لغو قرارداد با مراکز درمانی به هر شکل (از سوی هر یک از طرفین)، این موضوع اتفاق افتد (و این مراکز بیمارستانی با حداقل ۲ شرکت بیمه بازرگانی حتی خارج از قرارداد وزارت نیرو قرارداد داشته باشند) و بیمه‌شده به مراکز بیمارستانی (صرفاً بستری و Day care) مورد درخواستی که غیر طرف قرارداد بیمه‌گر می‌باشند، مراجعه نماید بیمه‌گر مکلف به جبران هزینه‌های وی بدون درنظر گرفتن تعرفه با عنایت به تبصره‌های ۱ تا ۳ از ماده ۸ و با کسر فرانشیز می‌باشد.

۸-۱۶ - 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.

۸-۱۷ - بیمه‌گر موظف است حداقل در یکی از بیمارستانهای خصوصی مراکز استانها کلیه خدمات تشخیصی و درمانی را به بیمه‌شدگان صنعت آب و برق ارائه دهد.

۸-۱۸ - هزینه‌های خارج از کشور:

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

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.

۸-۱۹ - بیمه‌گر موظف است آمار و اطلاعات مورد درخواست بیمه‌گذار را در اختیار وی قرار دهد.

۸-۲۰ - 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.

۸-۲۱ - 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.

۸-۲۲ - 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 تا سقف ۳۰۰.۰۰۰.۰۰۰ (سیصد میلیون) ریال بدون فرانشیز و کلیه تعهدات مربوط به گروه دندانپزشکی عمومی منجمله کشیدن، پر کردن، جراحی لثه، بریج، روت کانال (درمان ریشه)، روکش، ارتودنسی، جرم‌گیری و بروساژ با اعمال فرانشیز و با رعایت تبصره‌های ۱ تا ۳ از ماده ۸ در صورت مراجعه بیمه‌شده به بخش خصوصی با در نظر گرفتن بالاترین تعرفه مراجع ذیصلاح قانونی و در صورت مراجعه بیمه‌شده به بخش دولتی تعرفه بخش دولتی ملاک محاسبه می‌باشد، برای هر یک از بیمه‌شدگان (بیمه‌شده اصلی شاغل و افراد تحت تکفل وی و همسر و فرزندان غیرتحت تکفل کارکنان اناث، فرزندان ذکور مجرد غیرتحت تکفل و فرزندان ذکور غیرتحت تکفل متأهل و همسر آنان) در طول مدت قرارداد مورد تعهد بیمه‌گر می‌باشد.



تعهدات دندانپزشکی برای هر یک از بازنشستگان و افراد تحت پوشش آنان و هر یک از والدین غیرتحت تکفل بیمه- شده اصلی شاغل برای کلیه خدمات مربوط به دندانپزشکی اعم از ایمپلنت و سایر خدمات تا سقف مبلغ ۲۰۰.۰۰۰.۰۰۰ (دویست میلیون) ریال 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 ۸-۱، و در صورت انجام جراحی به صورت سرپایی از محل تعهد بند ۸-۲ 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 ۸-۱ 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 بیمه- شدگان 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.



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 تأثیرگذار 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 ۸-۶ 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).

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 - بیمه‌شدگان: عبارتند از بازنشستگان بیمه‌گذار.

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

تبصره ۲: بیمه‌شدگانی که به هر دلیل از کارافتاده شوند و قبلاً از مزایای این نوع بیمه‌نامه استفاده نموده‌اند از شمول این قرارداد خارج می‌باشند.

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

ماده ۴ - تعریف نقص عضو و ازکارافتادگی: 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 بیمه‌گذار

ماده ۵ - بیمه‌گذار موظف است حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز از تاریخ شروع قرارداد یک نسخه لیست حاوی مشخصات کامل کلیه بیمه‌شدگان 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 بیمه‌گر ارسال دارد.

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

۶-۱- پوشش بیمه‌ای صرفاً با لیست اولیه و حق بیمه ماهیانه ۱.۱۰۰.۰۰۰ (یک میلیون و صد هزار) ریال

تبصره ۱: ترتیب و مهلت پرداخت حق بیمه: حق بیمه هر ماه بیمه‌شدگان، موضوع ماده ۶ قرارداد می‌بایست حداکثر تا پانزدهم ماه بعد در وجه بیمه‌گر ارسال و پرداخت شود.

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

تبصره ۳: تعهدات بیمه‌گذار طبق مفاد قرارداد مقدم بر تعهدات بیمه‌گر می‌باشد.



ماده ۷ - وظایف بیمه‌شده و بیمه‌گذار در صورت وقوع حادثه:

به محض وقوع حادثه غیر از فوت، بیمه‌شده موظف است به پزشک مراجعه و دستورات وی را رعایت نماید. بیمه‌گذار موظف است حداکثر ظرف پانزده روز بعد از اطلاع از وقوع حادثه مراتب راکتیباً به اطلاع بیمه‌گر برساند. در صورت فوت بیمه‌شده، بیمه‌گذار باید در اسرع وقت و حداکثر ظرف سی روز از تاریخ اطلاع مراتب را کتباً به اطلاع بیمه‌گر برساند.

تبصره: بیمه‌گذار موظف است مدارک مورد نیاز ذیل را در صورت وقوع حادثه به همراه درخواست کتبی جهت بیمه - گر ارسال نماید. در غیر اینصورت، بیمه‌گر حداکثر تا دو سال از گذشت وقوع حادثه متعهد به جبران غرامت متعلقه می‌باشد.

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 بیمه‌شده متوفی در آن قید شده باشد.
۴. تصویر مصدق کلیه صفحات شناسنامه باطل شده متوفی.
۵. تصویر برابر اصل کارت ملی بیمه‌شده متوفی.
۶. تصویر مصدق آخرین حکم بازنشستگی صادره توسط سازمان تأمین اجتماعی یا سازمان بازنشستگی کشوری.

ب (در صورت نقص عضو و ازکارافتادگی 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 بر داشتن گواهینامه رانندگی مذکور الزامی است.



فصل سوم - تعهدات بیمه‌گر

ماده ۸- بیمه‌گر متعهد است در صورت وقوع هریک از خطرات مشمول بیمه که منجر به فوت یا نقص عضو دائم (جزئی و کلی) بیمه‌شده گردد پس از دریافت کلیه اسناد و مدارک مثبت‌ه ، 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 ۱.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰ (یک میلیارد) ریال
 - ۲- نقص عضو دائم جزئی ناشی از حوادث مشمول بیمه درصدی از مبلغ ۱.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰ (یک میلیارد) ریال
- (براساس شرایط عمومی بیمه حوادث)

ماده ۹- بیمه‌گر موظف است نسبت به ارسال رونوشت برای بیمه گذاران 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 مادرتخصصی مربوطه با ذکر علت تمایل به فسخ به همراه مستندات اعلام گردد، شرکت مادرتخصصی در فاصله زمانی حداکثر یک هفته کاری بعد از دریافت نامه بیمه‌گر موضوع را در جلسات مشترک بین بیمه‌گر و بیمه‌گذار بررسی و در صورت عدم حل مشکل حداکثر در فاصله زمانی یک ماه از اعلام کتبی بیمه‌گر به شرکت مادرتخصصی، موضوع با پیوست مدارک و صورتجلسات به وزارت نیرو از طریق شرکت مادرتخصصی منعکس گردد، وزارت نیرو حداکثر یک هفته کاری بعد از دریافت نامه شرکت مادرتخصصی، تصمیم نهایی را به بیمه‌گر و بیمه‌گذار اعلام خواهد نمود.

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 مادرتخصصی مربوطه با ذکر علت تمایل به فسخ به همراه مستندات اعلام گردد، شرکت مادرتخصصی در فاصله زمانی حداکثر یک هفته کاری بعد از دریافت نامه بیمه‌گذار موضوع را در جلسات مشترک بین بیمه‌گر و بیمه‌گذار بررسی و در صورت عدم حل مشکل حداکثر در فاصله زمانی یک ماه از اعلام کتبی بیمه‌گذار به شرکت مادرتخصصی، موضوع با پیوست مدارک و صورتجلسات به وزارت نیرو از طریق شرکت مادرتخصصی منعکس گردد، وزارت نیرو حداکثر یک هفته کاری بعد از دریافت نامه شرکت مادرتخصصی، تصمیم نهایی را به بیمه‌گر و بیمه‌گذار اعلام خواهد نمود.

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

- اجرای بندهای ۱ و ۲ از 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 (۲) 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 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 تفاهم‌نامه، مبنای محاسبه ارزش ریالی ارقام، در زمان تسویه، تاریخ قطع همکاری فی‌مابین خواهد بود. لذا در صورت عدم رعایت هر یک از مواد ۱ و ۲ در این بخش به ترتیب توسط بیمه‌گر و بیمه‌گذار، ضرر و زیان ناشی از جرائم و ارزش ریالی ارقام (حق بیمه و غرامات) از لحاظ حقوقی به عهده شاکی خواهد بود.



بخش 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 ۱۴۰۴/۴/۱ شروع و در ساعت صفر بامداد ۱۴۰۵/۴/۱ 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 فی‌مابین 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 بیمه شده 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- این قرارداد در بخش یک مشتمل بر ۱۱ ماده و ۳۶ تبصره و ۴۹ بند، در بخش دو شامل ۹ ماده و ۷ تبصره، در بخش سه شامل ۴ ماده و در بخش چهار شامل ۱۵ 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 معرفی نامه غیر آنلاین):

✓ دستور پزشک معالج مربوطه مبنی بر تعیین نوع خدمت

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

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

بیمه‌شده اصلی و تبعی (بیمار)

ب - مراکز درمانی غیر طرف قرارداد:

تبصره: اقلام هزینه‌ای آورده شده در صورت حساب 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 صورت حساب 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 صورت حساب باشد. کدهای جراحی که در

صورت حساب مرکز درمانی قید شده و همپوشانی دارند قابل تأیید و پرداخت نمی‌باشند.

۱- اصل صورت حساب 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 صورت حساب صرفاً در صورت استفاده از بیمه‌گر 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 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 معتبر ممهور به مهر و تأیید مصرف آن توسط پزشک و الصاق LABEL بر روی برگه گزارش جراحی و مهر اتاق عمل الزامی است.

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

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

نکات:

۱- در تمامی موارد فوق‌الذکر، منظور از تصویر، تصاویر برابر اصل شده مدارک ذکر شده بوده و صرفاً در موارد دریافت سهم سایر سازمان‌ها (بیمه‌گران پایه یا بیمه‌گر تکمیلی دیگر) و ارائه پرینت واریزی از طریق سایت یا نامه پرداخت بیمه‌گر پایه، معتبر می‌باشد. در غیر اینصورت اصل مدارک دریافت می‌گردد. (درخصوص ریز دارو، آزمایش، گزارش خدمات پاراکلینیکی ارائه تصویر آن 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 ۸-۱۴ و ۸-۱۵ 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٪ از هزینه درمانی بیمه‌شده 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 نمایند، 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 انسیزبونال 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 تیبیای 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.



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 لیزر کم‌توان همزمان با فیزیوتراپی قابل پرداخت می‌باشد.

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

۵- ب) تعهد توانبخشی:



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

✓ ارائه گواهی پزشک متخصص اطفال یا مغز و اعصاب و روانپزشک که در آن نام بیماری، طول مدت درمان و تعداد جلسات درج شده باشد. (برای ارائه به مرکز طرف قرارداد نیز لازم است)

✓ ارائه گواهی مرکز توانبخشی مبنی بر انجام نوع خدمت به تفکیک تاریخ هر جلسه با درج مبلغ
✓ در صورت نیاز به انجام خدمات فوق با ارائه مدارک و مستندات بیماری و گواهی پزشک معالج مبنی بر نوع و شدت بیماری قابل بررسی و پرداخت می‌باشد. (برای ارائه به مرکز طرف قرارداد نیز لازم است)

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

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

۶- ب) تعهد 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 رادیوگرافی‌های پانورکس و لترال سفالومتری، فوتوگرافی و یا معاینه بیمار قبل از انجام خدمت و ارائه فوتوگرافی یا معاینه بیمار بعد از نصب براکت‌ها الزامی است.

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

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

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

نکته ۸: با توجه به ماده ۱۰ بخش اول قرارداد، پرداخت هزینه ایمپلنت بدون کسر فرانشیز می‌باشد.



بیمه‌شدگان محترم می‌توانند از مراکز طرف قرارداد استفاده نمایند که در اینصورت جهت صدور معرفی-
نامه 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.



۷- 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.

۸- 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 :

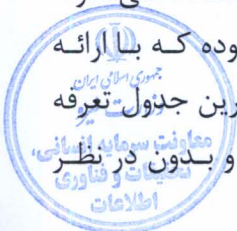
- ✓ صورت حساب ممهور به مهر پزشک معالج یا مرکز درمانی
- ✓ دستور پزشک معالج
- ✓ برگ تعیین شماره چشم و تأیید شماره چشم توسط پزشک معتمد
- ✓ شرح عمل
- ✓ گزارش توپوگرافی مهر شده مرکز و پزشک معالج
- ✓ ریزدارو و لوازم مصرفی ممهور به مهر مرکز

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 لیزرتراپی 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 ۱۰ برابر آخرین جدول تعرفه اعلامی سازمان تامین اجتماعی و برای کرایه مطابق فاکتور معتبر مرکز کرایه دهنده و بدون در نظر



گرفتن دستورالعمل‌های سازمان تامین اجتماعی در این ارتباط و بدون اعمال فرانشیز محاسبه و پرداخت می‌شود.

۱۰-۱- ب) سمعک

جبران هزینه‌های 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 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 درمطب:

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 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)

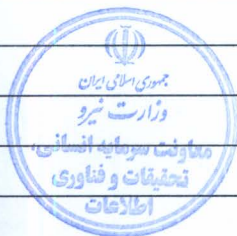
شامپو و صابون‌هایی که استفاده از آنها جنبه درمانی دارد فقط با تجویز پزشک متخصص پوست و تأیید پزشک معتمد در تعهد می‌باشد.



ادامه ضمیمه (۱)

مدارک لازم جهت ارائه به بیمه گر 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 ارادر 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 قرنیه	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 بیمه گر 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	هیپوبتالپوپروتئینما	آزمایش
۵۹	آبتالپوپروتئینمی	آزمایش
۶۰	کمبود آدنوزین کیناز (Adenosine kinase deficiency)	آزمایش اختصاصی
۶۱	سلیاک اطفال	آزمایش + اسکن یا MRI + آندوسکوپی و کولونوسکوپی



ضمیمه (۲)

ضمیمه تعهدنامه بند ۴-۳ از بخش یک قرارداد

شرکت بیمه

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

مدیر امور اداری شرکت

نام و نام خانوادگی بیمه‌شده

امضاء

امضاء



ضمیمه (۳)

ضمیمه مربوط به تبصره ۲ از بند ۴-۶ 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 بیمه‌گذار

شرکت سهامی بیمه