

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

به منظور اجرای بیمه‌های درمان و پوشش هزینه‌های درمانی ناشی از مسئولیت حرفه‌ای کارفرما در مقابل کارکنان و حمایت از بیمه‌های عمر و حادثه و درمان تکمیلی بازنشستگان، این قرارداد بین شرکت از یک طرف بعنوان بیمه‌گذار و شرکت از طرف دیگر بعنوان بیمه‌گر بر اساس قانون بیمه همگانی خدمات درمانی، آئین-نامه‌های مصوب بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران در رشته‌های درمان و عمر و حادثه، قانون مسئولیت مدنی، قانون تأمین اجتماعی و اخذ موافقتنامه شماره مورخ بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران با استناد به ماده ۲۶ از آیین‌نامه شماره ۹۹ شورای عالی بیمه، با شرایط ذیل منعقد می‌گردد. (دو بخش این قرارداد کاملاً منفک از یکدیگر بوده و پوشش برای بازنشستگان در یک بخش می‌تواند شامل بخش دیگر نشود).

شماره قرارداد :

درمان شاغلین: تاریخ صدور:

عمر و حادثه بازنشستگان: تاریخ شروع قرارداد : از ساعت صفر بامداد ۱۴۰۲/۰۴/۰۱

درمان تکمیلی بازنشستگان: تاریخ انقضاء قرارداد : تا ساعت صفر بامداد ۱۴۰۳/۰۴/۰۱

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

فصل اول - تعاریف و اصطلاحات

ماده ۱- موضوع قرارداد بیمه :

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

ماده ۲ - بیمه‌گر: شرکت 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 غیر تحت تکفل آنان به تفکیک ذیل.

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

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

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

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

تبصره ۲: همسر فرزندان پسر مشمول پوشش بیمه‌ای طبق مفاد قرارداد بوده اما شامل پوشش‌های بیمه‌ای نازایی، زایمان، سقط، کورتاژ و اقدامات تشخیصی درمانی مرتبط نمی‌باشند.

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

۴-۳- فرزندان کارکنان اناث وفق ارائه گواهی توسط بیمه‌شده اصلی و بر اساس تعهد نامه پیوست که هیچگونه دفترچه 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 به همراه لیست اولیه).

۴-۴- پوشش فرزندان دختر مطلقه و همچنین فرزندان دختری که همسر خود را از دست داده‌اند و قانوناً تحت تکفل بیمه‌شده اصلی قرار می‌گیرند مجدداً از تاریخ ثبت طلاق و یا تاریخ فوت همسر به شرط عدم اشتغال با پرداخت حق بیمه وی متناسب با مدت پوشش و با رعایت ضرب‌الاجل مندرج در بند ۱-۵ 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 ۱-۵ تحت پوشش قرار گیرد.

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

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

تبصره ۱: در صورتیکه پدر و مادر بیمه‌شده اصلی و همسر کارکنان 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 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 ۱) قرارداد را مطالبه نماید.

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

۴-۸- 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.

فصل دوم - وظایف و تعهدات بیمه‌گذار و بیمه‌شده

ماده ۵ - ترتیب اعلام اسامی بیمه‌شدگان و تغییرات مجاز:

۵-۱- بیمه‌گذار موظف است حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز از تاریخ عقد قرارداد یک نسخه لیست اسامی بیمه‌شدگان حاوی مشخصات کامل کلیه پرسنل مشمول بیمه خود، اعم از شاغل، بازنشسته (ازکارافتاده)، وظیفه‌بگیر، مستمری‌بگیر و افراد خانواده مطابق با ماده ۴ و یا افراد تحت تکفل و غیرتحت تکفل آنان (پدر و مادر بیمه‌شده اصلی، فرزندان ذکور، همسر و فرزندان غیرتحت تکفل کارکنان اناث) شامل: نام و نام خانوادگی، نام پدر، تاریخ تولد (روز / ماه / سال)، شماره شناسنامه و محل صدور به ترتیب حروف الفبا و یا به ترتیب شماره پرسنلی بیمه‌شدگان اصلی و کد ملی 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: پدر و مادر تحت تکفل بیمه‌شدگان اصلی اعم از ذکور و اناث.

لیست چهارم: پدر، مادر، غیرتحت تکفل بیمه‌شدگان شاغل اصلی اعم از ذکور و اناث.

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

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

لیست هفتم: کارکنان انتقالی به بیمه‌گذار از تاریخ انتقال.

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

تبصره ۱: لازم است در هر کدام از لیستهای فوق افراد دارای بیماری خاص و صعب‌العلاج ضمن ارائه نمودن مدارک مطابق با ضمیمه شماره (۳) قرارداد برای بیمه‌گر مشخص شوند.

تبصره ۲: هرگونه افزایش پس از مهلت مقرر در ماده فوق شامل مواردی مانند جدیدالاستخدام، انتقالی، مامورین، (به همراه افراد تحت تکفل و غیرتحت تکفل آنان) و سایر افرادی که در طول قرارداد تحت تکفل بیمه‌شده اصلی قرار می‌گیرند می‌باشد و لازم است مستندات آن (احکام کارگزینی مربوطه، تصویر شناسنامه) از سوی بیمه‌گذار حداکثر ظرف مدت دو ماه از تاریخ موثر (تاریخ موثر برای بیمه‌شده اصلی تاریخ ابلاغ حکم می‌باشد) برای بیمه‌گر ارسال گردد، همچنین بابت ازقلم‌افتادگان از لیست اولیه یا لیست افزایشات میان دوره، چنانچه بیمه‌شده ازقلم‌افتاده بیمه‌شده اصلی شاغل و یا افراد تحت تکفل وی باشند، در زمان اعلام بیمه‌گذار به بیمه‌گر و با پرداخت حق بیمه از تاریخ موثر (تاریخ موثر برای بیمه‌شده اصلی و افراد تحت تکفل وی، اشتغال بیمه‌شده اصلی یا تاریخ تحت تکفل قرار گرفتن افراد تحت تکفل وی در تاریخ درخواست شروع پوشش توسط بیمه‌گذار می‌باشد). تحت پوشش خواهند بود اما چنانچه فرد ازقلم‌افتاده بیمه‌شده غیر تحت 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، مأمور، خروج از کفالت، مرخصی طولانی مدت (استعلاجی و یا بدون حقوق) که بیمه‌شده در طول مدت مرخصی تمایلی به ادامه پوشش ندارد و یا هرگونه قطع همکاری (دائم یا موقت) می‌باشد که با ارائه مستندات مربوطه (تصویر شناسنامه، تسویه حساب، احکام کارگزینی) میسر خواهد بود. لازم است مستندات آن از سوی بیمه‌گذار حداکثر ظرف مدت دو ماه از تاریخ موثر (تاریخ موثر برای بیمه‌شده اصلی تاریخ قطع رابطه همکاری (دائم یا موقت) می‌باشد) برای بیمه‌گر ارسال گردد. در غیر اینصورت تاریخ ثبت موضوع در دبیرخانه بیمه‌گر ملاک عمل خواهد بود.

۲-۵- صرفاً در مواردی که جابجایی بیمه‌شده اصلی شاغل به خارج از شرکتهای صنعت آب و برق باشد (به غیر از موارد موضوع تبصره ۳ بند ۱-۵) حق بیمه بیمه‌شده و افراد تحت تکفل وی در صورت دریافت خدمات، تا پایان دوره قرارداد محاسبه و مطالبه می‌گردد و در سایر موارد کاهش بیمه‌شدگان اصلی (در صورت دریافت و یا عدم دریافت خدمات) حق بیمه و خدمات بیمه‌گر بطور مشخص تا تاریخ قطع همکاری و بر اساس مفاد مندرج در بند ۴-۵ پرداخت و اعمال می‌شود.

۳-۵- 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 ۱-۵ خواهد بود. در مورد کاهش بیمه‌شدگان، زمان مؤثر تاریخ قطع همکاری بیمه‌شده اصلی با بیمه‌گذار بوده و بیمه‌گذار موظف است حداکثر یک هفته قبل از تاریخ قطع همکاری موضوع را کتباً به اطلاع بیمه‌گر با ثبت در دبیرخانه بیمه‌گر برساند. بدیهی است در صورت عدم قطع همکاری در تاریخ اعلام شده، پوشش مجدداً با اعلام کتبی بیمه‌گذار از تاریخ شروع پوشش اولیه بطور مستمر برقرار خواهد شد.

۴-۵- در مورد افزایش یا کاهش تعداد بیمه‌شدگان ملاک محاسبه حق بیمه کسر ماه، ماه شمار خواهد بود و بیمه‌گذار مکلف حذف بیمه‌شدگان از قرارداد از ابتدای ماه بعد می‌باشد و بیمه‌گر نیز خدمات خود را ماهانه ارائه خواهد داد.

۵-۵- در مورد بیمه‌شدگانی که از مرخصی استعلاجی استفاده می‌کنند، برخورداری از پوشش درمانی موضوع قرارداد منوط به پرداخت حق بیمه‌های مقرر می‌باشد و پرداخت حق بیمه در ایام مرخصی استعلاجی برای بیمه‌شده بدون ایجاد وقفه به عهده بیمه‌گذار است.

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

ماده ۶ - حق بیمه: به استناد جزء ۱۵ از قسمت "ب" مرتبط با بند ۴ از ماده ۲ آیین نامه ۹۹ شورای عالی بیمه حق بیمه هر یک از بیمه‌شدگانی که از ابتدای قرارداد در لیست اسامی بیمه‌شدگان مطابق بند ۱-۵ قرار می‌گیرند و تا انتهای دوره از پوشش‌های ارائه شده بهره‌مند می‌گردند به ازای تعهدات مندرج در این قرارداد سالانه بوده که اقساط ماهانه آن به طریق ذیل محاسبه می‌شود. بدیهی است برای سایر بیمه‌شدگان تعداد اقساط ماهانه حق بیمه بر حسب موضوع به ترتیب تعیین شده در ماده ۵ انجام خواهد شد.

۶-۱ شاغلین:

۶-۱-۱ مبلغ ۱۱,۶۰۰,۰۰۰ (یازده میلیون و ششصد هزار) ریال سرانه ماهانه به منظور پوشش درمانی مسئولیت کارفرما ناشی از تعهدات ماده ۶۶ قانون تامین اجتماعی بابت هر یک از بیمه‌شدگان اصلی.

۶-۱-۲ مبلغ ۲,۷۴۴,۵۰۰ (دو میلیون و هفتصد و چهل و چهار هزار و پانصد) 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 غیرتحت تکفل بیمه‌شده اصلی:

۶-۲-۱ مبلغ ۶,۱۰۰,۰۰۰ (شش میلیون و صد هزار) ریال سرانه ماهانه بابت هر یک از همسر و فرزندان غیرتحت تکفل کارکنان اناث، فرزندان ذکور مجرد غیرتحت تکفل و فرزندان ذکور غیرتحت تکفل متأهل و همسر آنان.

۶-۲-۲ مبلغ ۶,۱۰۰,۰۰۰ (شش میلیون و صد هزار) ریال سرانه ماهانه بابت هر پدر و مادر، غیرتحت تکفل بیمه‌شده اصلی.

۶-۳ مبلغ ۵,۵۵۰,۰۰۰ (پنج میلیون و پانصد و پنجاه هزار) ریال سرانه ماهانه برای هر یک از بازنشستگان (ازکارافتادگان)، مستمری-بگیران، وظیفه‌بگیران و هر یک از افراد تحت تکفل آنان، فرزندان کارکنان بازنشسته و نیز فرزندان ذکور غیرتحت تکفل و همسر آنان به شرط داشتن دفترچه درمانی بیمه‌گر پایه.

تبصره ۱: بجز ماده ۹ قرارداد، پوشش مشمولین بند ۳-۶ با رعایت ماده ۸ و کلیه بندهای آن همانند شاغلین با رعایت تبصره ۳ از ماده ۸ می‌باشد.

تبصره ۲: کارکنانی که در طول قرارداد بازنشسته و یا ازکارافتاده می‌شوند و همچنین افراد تحت تکفل کارکنانی که در طول قرارداد فوت می‌شوند از زمان بازنشستگی یا ازکارافتادگی و یا فوت بیمه‌شده اصلی می‌توانند ضمن تحویل دفترچه‌های درمانی با پرداخت حق بیمه مربوط به بازنشستگان پوشش‌های مندرج در تفاهم‌نامه را دریافت نمایند در غیر اینصورت با پرداخت حق بیمه شاغلین پوشش‌های همانند شاغلین حداکثر تا انتهای قرارداد دریافت نمایند.

ماده 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.

تبصره ۱: با اعلام کتبی عدم رعایت موضوع فوق و ماده ۷ از مقررات گوناگون توسط هر کدام از طرفین به شرکت مادر تخصصی ذیربط (و یا وزارت نیرو برای سازمانهای تابعه و موسسات آموزشی و پژوهشی) موضوع پیگیری خواهد شد که در صورت عدم حصول نتیجه از طریق پیگیری شرکت‌های مادر تخصصی ظرف مدت دو هفته پس از تاریخ دریافت نامه، مراتب بلافاصله به وزارت نیرو و بیمه‌گر طرف

قرارداد از طریق شرکت مادر تخصصی و یا شرکت بیمه‌گر طرف قرارداد اعلام تا بطور مشترک از سوی شورای مرکزی بیمه وزارت نیرو و نماینده بیمه‌گر نحوه برخورد با موضوع ظرف مدت یک ماه پس از دریافت اعلام کتبی شرکت مادر تخصصی یا شرکت بیمه‌گر تعیین گردد. شرکت بیمه‌گر بدون طی مراحل فوق، به هیچ عنوان اجازه قطع خدمات به بیمه‌گذار را ندارد. در صورت حصول نتیجه مبنی بر پرداخت حق بیمه توسط بیمه‌گذار براساس زمانبندی تعیین شده در صورتجلسه تنظیمی فی‌مابین، و عدم پرداخت حق بیمه، بیمه‌گر در ارتباط با قطع خدمات محق خواهد بود.

فصل سوم - تعهدات بیمه‌گر

ماده ۸ - تعهدات بیمه‌گر: در ازای دریافت حق بیمه مقرر موضوع ماده ۶ قرارداد تعهدات بیمه‌گر برای هر یک از بیمه‌شدگان با رعایت تبصره‌های ذیل عبارت است از:

تبصره ۱: 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 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 ۱۰٪ فرانشیز خواهد بود).

تبصره ۲: در صورت مراجعه به مراکز تشخیصی - درمانی ملکی سازمان تأمین اجتماعی فرانشیز یا سهم بیمه‌شده با رعایت تعرفه‌های بخش عمومی غیردولتی صفر خواهد بود.

تبصره ۳: در صورت استفاده از سهم بیمه‌گر پایه توسط بیمه‌شدگان بازنشسته و افراد تحت پوشش آنان، از پرداخت فرانشیز معاف بوده و در غیر اینصورت انجام تعهدات در کلیه بندهای ماده ۸ (با رعایت تبصره ۱ از بند ۳-۶) با اعمال ۲۵٪ فرانشیز خواهد بود. همچنین در صورتیکه این قبیل از بیمه‌شدگان مشمول بند ج از ۱-۸ بوده و بیمه‌گر پایه تعهدی بابت هزینه پرداختی نداشته باشد، تعهدات بیمه‌گر با اعمال فرانشیز ۱۰٪ به تعرفه مصوب مراجع ذیصلاح قانونی انجام خواهد شد و همچنین در خصوص هزینه‌های دارویی که سهم بیمه‌گر پایه در آن تعریف نشده است، تعهدات بیمه‌گر با اعمال فرانشیز ۱۰٪ انجام خواهد شد.

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

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

تبصره ۶: مبنای محاسبه هزینه‌های پرداخت نشده توسط بیمه‌گر در این فصل، طبق آخرین و بالاترین تعرفه اعلامی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی قابل اجرا در تاریخ انجام هزینه 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 و اعمال فرانشیز مربوطه خواهد بود.

ب - تعهدات بیمه‌گر در مورد هزینه اعمال جراحی و درمان طبی و زایمان در مراکز درمانی غیر طرف قرارداد بیمه‌گر و یا مراکز درمانی طرف قرارداد بدون اخذ معرفی‌نامه برابر تعرفه‌های مصوب مراجع ذیصلاح قانونی و با اعمال فرانشیز مربوطه رسیدگی و در صورت کامل بودن مدارک حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز باز پرداخت خواهد شد و در موارد سرپایی در صورت کامل بودن مدارک حداکثر ظرف مدت ۷ روز کاری پس از دریافت مدارک هزینه‌ها بازپرداخت خواهد شد. در صورت عدم رعایت مهلت مقرر برای بازپرداخت هزینه‌ها، حق بیمه ماه آتی با "۱" درصد کاهش پرداخت خواهد شد.

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

د - اجرای تغییرات احتمالی در مصوبات و آیین‌نامه‌های مربوطه، منوط به تأیید آن توسط وزارت نیرو می‌باشد.

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

تبصره ۱: در کلیه موارد فوق هزینه‌های قابل پرداخت با کسر فرانشیزهای ذیل محاسبه خواهد شد.

الف - هزینه اعمال جراحی قلب و جراحی مغز و اعصاب (بجز دیسک ستون فقرات) با اعمال ۱۰٪ فرانشیز قابل پرداخت می‌باشد.

ب - هزینه‌های سایر اعمال جراحی و درمان طبی و زایمان در کلیه بیمارستانها و مراکز جراحی محدود با ۱۵٪ فرانشیز قابل پرداخت می‌باشد.

ج - پرداخت هزینه‌های مربوط به بیماری‌های خاص و صعب‌العلاج براساس آخرین لیست وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی (منظور از بیماری‌های خاص بر اساس تعاریف رسمی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌باشد که شامل تالاسمی، هموفیلی، دیالیز خونی و صفائی) 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، نیم‌پیک C/D، دیستروفی عضلات دوشن، دیستروفی عضلات غیر دوشن، رتینوپاتی، سکنه مغزی ایسکمیک، سکنه مغزی هموراژیک، سکنه قلبی، پرفشاری شریان ریوی، روانی مزمن و صرع مقاوم به درمان، انواع پیوندها از قبیل: مغز استخوان (BMT)، کبد، قلب، روده، پانکراس، مولتی ویرال، ریه و کلیه) بر اساس تعرفه‌های مصوب مراجع ذیصلاح قانونی در هر بخش بدون اعمال فرانشیز در طول دوره در تعهد بیمه‌گر خواهد بود. در خصوص اطلاق عنوان صعب‌العلاج به سایر بیماری‌ها و همچنین بیماری‌های ناشی از آن که مورد اختلاف طرفین می‌باشد با نظر کمیسیون پزشکی مشترک وزارت نیرو و بیمه‌گران اقدام خواهد شد.

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

تبصره ۲: در صورت اختلاف بیمه‌گر و بیمه‌گذار نسبت به چگونگی اجرای بند فوق (جزء د) این موضوع در جلسات مربوط به موضوع جزء "ج" تبصره ذیل بند ۱-۸ قابل بررسی خواهد بود.

۸-۲ در خصوص هزینه‌های تشخیصی- درمانی سرپایی از قبیل هزینه‌های رادیولوژی، پزشکی هسته‌ای، انواع اسکن (از جمله اسکن کف پا)، MRI، انواع سونوگرافی، آزمایش، پاتولوژی و آزمایشات ژنتیک، آزمایشات غربالگری جنین، فیزیوتراپی، ادیومتری، اپتومتری، گفتار درمانی، کار درمانی، لیزر درمانی، لیزر تراپی جهت درمان سایر بیماری‌های چشم (خونریزی شبکیه، جداسازی شبکیه، قوز قرنیه و ...) و سایر خدمات تشخیصی- درمانی با اعمال ۱۵٪ فرانشیز و تا سقف تعرفه‌های مصوب مراجع ذیصلاح قانونی در بخش خصوصی در سال اجرای قرارداد پرداخت می‌شود. در صورت اعمال حق فنی، پرداخت هزینه آن به عهده بیمه‌شده می‌باشد.

۸-۳ انواع هزینه‌های اعمال جراحی که بطور سرپایی به منظور رفع عیوب انکساری (اصلاح دید چشم) انجام می‌پذیرد در صورت تأیید نمره چشم قبل از عمل توسط پزشک معتمد بیمه‌گر، برای هر چشم که ۳ دیوپتر و بیشتر (درجه نزدیک‌بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک‌بینی یا دوربینی به اضافه آستیگمات)) باشد، تا سقف ۷۰,۰۰۰,۰۰۰ (هفتاد میلیون) ریال قابل پرداخت است.

۸-۵ هزینه‌های اقدامات تشخیصی و درمانی در مراکز تخصصی و فوق تخصصی با رعایت تعرفه‌های مصوب مراجع ذیصلاح قانونی و اعمال فرانشیز مقرر با رعایت تبصره ۱ از ماده ۸ قابل جبران خواهد بود.

۸-۶ ویزیت پزشکان، مشاوران و کارشناسان پروانه‌دار معادل تعرفه در بخش خصوصی با اعمال ۱۵٪ فرانشیز و تا تعرفه‌های مصوب مراجع ذیصلاح قانونی در بخش خصوصی در سال اجرای قرارداد قابل پرداخت است (تعرفه‌های بخش دولتی شامل فرانشیز نمی‌گردد).

۸-۷ هزینه داروهای درمانی (شیمیایی - گیاهی) که توسط پزشک معالج تجویز شده باشد و مورد تأیید وزارت بهداشت باشد براساس نرخ مصوب وزارت بهداشت و درمان آموزش پزشکی و با کسر ۱۵٪ فرانشیز قابل پرداخت می‌باشد.

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

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 نسخه توسط بیمه‌گر، بررسی می‌بایست از طرف پزشک متخصص معتمد بیمه‌گر انجام شده باشد)، براساس قیمت پرداخت شده در مراکز رسمی (نظیر هلال احمر، داروخانه سیزده آبان و مراکز دارویی تک نسخه‌ای) قابل جبران است. در سایر موارد براساس شیوه نامه اجرایی مشترک اقدام خواهد شد.

تبصره ۳ - حق فنی داروخانه به عهده بیمه‌شده می‌باشد.

تبصره ۴ - 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 کسر ۱۵٪ فرانشیز قابل جبران است.

تبصره ۵- هزینه نوار تست قند خون بیماران 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 و با کسر ۱۵٪ فرانشیز قابل جبران است.

تبصره ۶- بیمه‌گر تعهد می‌نماید تا کلیه داروخانه‌های طرف قرارداد نسبت به ارائه داروهای موجود به شرح ذیل اقدام نمایند:

۱- داروخانه‌های منتخب طرف قرارداد با توزیع مناسب بر اساس نظر بیمه‌گذار برای بیماران خاص و صعب‌العلاج تا سقف ۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰ (صد میلیون) ریال و برای داروهای مرتبط با نوع بیماری بدون تأیید بیمه‌گر سایر بیماران تا سقف ۳۰,۰۰۰,۰۰۰ (سی میلیون) ریال.

۲- در مورد سایر داروخانه‌های طرف قرارداد تا سقف ۳۰,۰۰۰,۰۰۰ (سی میلیون) ریال برای کلیه نسخ دارویی.

۸-۸ هزینه مربوط به پروتیهایی که در داخل بدن بکار می‌رود (از جمله پروتز حلزون گوش) با توجه به نوع عمل جراحی و کسر فرانشیز متناسب با شرایط این بیمه‌نامه محاسبه و پرداخت می‌شود.

۸-۹ هزینه وسایل کمک پزشکی، پروتزاها و اروتیهایی که خارج از بدن استفاده می‌شود حداکثر تا ۱۰ (ده) برابر آخرین جدول تعرفه اعلامی سازمان تامین اجتماعی بدون اعمال فرانشیز قابل پرداخت می‌شود.

تبصره ۱: هزینه ساخت و تعمیر دندان مصنوعی برای کلیه بیمه‌شدگان مشمول ماده ۴ مطابق بند ۹-۸ پرداخت می‌شود.

۸-۱۰ 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) با کسر ۱۵٪ فرانشیز (همتراز بیمارستان مورد عمل و رعایت موارد مربوط به بیماریهای صعب‌العلاج) تا سقف ۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ (دو میلیارد) ریال در سال در تعهد بیمه‌گر می‌باشد.

۸-۱۱ تأمین هزینه درمان نازایی و ناباروری (اولیه و ثانویه) مانند لاپاراسکوپي درمانی، IVF، IUI، GIFT، ZIFT با اعمال ۱۵٪ فرانشیز سالانه حداکثر تا سقف ۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰ (سیصد میلیون) ریال جهت هر یک از زوجین می‌باشد (حتی اگر منجر به معالجه نگردد).

تبصره: داروهای نازایی از محل تعهدات دارو پرداخت می‌گردد.

۸-۱۲ تعهدات بیمه‌گر در رابطه با هزینه آمبولانس و همراه بشرح ذیل است:

۸-۱۲-۱ 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 تا سقف ۳۰,۰۰۰,۰۰۰ (سی میلیون) ریال قابل پرداخت می‌باشد.

۸-۱۲-۲ 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 تا سقف ۸۰,۰۰۰,۰۰۰ (هشتاد میلیون) ریال در هر مورد بین شهری قابل پرداخت است.

۸-۱۲-۳ 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 پرداخت می‌گردد. در سایر موارد دستور پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر الزامی است.

۸-۱۳ در هر دو دوره قرارداد تأمین هزینه عینک طبی (شیشه یا فریم و یا هر دو) حداکثر تا سقف ۱۶,۰۰۰,۰۰۰ (شانزده میلیون) ریال، در مورد لنز تماسی طبی با تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر و برای عینک دو دید معمولی حداکثر تا سقف ۲۲,۰۰۰,۰۰۰ (بیست و دو میلیون) ریال قابل پرداخت می‌باشد.

تبصره: در هر دو دوره قرارداد تأمین هزینه عینک طبی (شیشه یا فریم و یا هر دو) بازنشستگان از کارافتادگان، مستمری بگیران، وظیفه بگیران و افراد تحت تکفل آنان حداکثر تا ۱۱,۰۰۰,۰۰۰ (یازده میلیون) ریال، در مورد لنز تماسی طبی با تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر و برای عینک دو دید حداکثر تا سقف ۱۵,۰۰۰,۰۰۰ (پانزده میلیون) ریال قابل پرداخت می‌باشد.

۱-۱۳-۸ جهت افراد زیر ۱۸ سال تمام در صورت تغییر دید بینائی علاوه بر موارد فوق حداکثر هر شش ماه یکبار حداکثر تا نصف سقف تعهد عینک در بند ۱۳-۸ صرفاً بابت شیشه طبی با ارائه صورتحساب معتبر قابل پرداخت خواهد بود.

۱۴-۸ 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.

۱۵-۸ 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.

۱۶-۸ بیمه‌گذار موظف است لیست مراکز بیمارستانی و سایر مراکز درمانی- تشخیصی مورد درخواست خود را همراه با لیست اولیه بیمه‌شدگان به صورت مکتوب به بیمه‌گر ارائه نماید، همچنین بیمه‌گر مکلف است با مراکز درمانی مورد درخواست بیمه‌گذار قرارداد منعقد نماید، در صورتی که در هر زمانی از اجرای قرارداد، بیمه‌گر موفق به انعقاد قرارداد با حداقل ۸۰ درصد مراکز بیمارستانی مورد درخواست بیمه‌گذار نشود و یا به دلیل لغو قرارداد با مراکز درمانی به هر شکل (از سوی هر یک از طرفین)، این موضوع اتفاق افتد (و این مراکز بیمارستانی با حداقل ۲ شرکت بیمه بازرگانی حتی خارج از قرارداد وزارت نیرو قرارداد داشته باشند) و بیمه‌شده به مراکز بیمارستانی (صرفاً بستری و Day care) مورد درخواستی که غیر طرف قرارداد بیمه‌گر می‌باشند، مراجعه نماید بیمه‌گر مکلف به جبران هزینه‌های وی بدون در نظر گرفتن تعرفه و صرفاً با کسر فرانشیز می‌باشد.

۱۷-۸ بیمه‌گر می‌تواند مدارک ارائه شده از طرف بیمه‌گذار و یا بیمه‌شده را به تشخیص خود بررسی نموده و در مورد چگونگی درمان و معالجه وی تحقیق نماید. در این رابطه بیمه‌گر موظف است همزمان با مبادله قرارداد مدارک و مستندات عمومی مورد نیاز در ارتباط با موضوعات قرارداد به بیمه‌گذار اطلاع‌رسانی شود.

۱۸-۸ 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.

۱۹-۸ 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 بند "ج" تبصره ۱ ماده ۱-۸ 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.

۲۰-۸ بیمه‌گر موظف است آمار و اطلاعات مورد درخواست بیمه‌گذار را بر اساس جدول پیوست ۲ تهیه و در اختیار وی قرار دهد.

۲۱-۸ 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.

۲۲-۸ 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.

۲۳-۸ بیمه‌گر موظف است شیوه نامه اجرایی مشترک ضمیمه قرارداد را جهت اجرا به کلیه شعب خود ابلاغ نماید و آموزش‌های لازم را به آنها ارائه دهد. در صورت ابلاغ بخشنامه مزاد بر آن توسط بیمه‌گر به شعب، رونوشت آن می‌بایست به وزارت نیرو ارسال گردد. بدیهی است صرفاً شیوه نامه اجرایی مشترک ضمیمه قرارداد، مبنای ارائه مستندات بمنظور محاسبات جبران هزینه‌ها و اجرای آن در شعب بیمه‌گر می‌باشد.

ماده ۹ - خدمات دندانپزشکی

۹-۱ تعهدات مربوط به دندانپزشکی منجمله کشیدن، پر کردن، جراحی لثه، بریج، روت کانال (درمان ریشه)، روکش، ارتودنسی و ایمپلنت با اعمال ۲۰٪ فرانشیز به هزینه پرداختی با در نظر گرفتن بالاترین تعرفه مراجع ذیصلاح قانونی تا سقف ۵۱,۰۰۰,۰۰۰ (پنجاه و یک میلیون) ریال برای هر فرد در طول مدت قرارداد مورد تعهد بیمه‌گر می‌باشد. سقف فوق برای هر خانواده از بازنشستگان (از کارافتادگان)، مستمری بگیران، وظیفه بگیران مبلغ ۳۶,۰۰۰,۰۰۰ (سی و شش میلیون) ریال 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.

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 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 دندانپزشکی که قبل از انقضای این قرارداد طرح درمان آن به تأیید بیمه‌گر و یا پزشک معتمد وی رسیده باشد و همچنین ارائه هزینه‌های پاراکلینیکی ۳ ماه و در مورد هزینه‌های بیمارستانی ۵ ماه از تاریخ اتمام بررسی و پرداخت سهم بیمه‌گر پایه (صرفاً برای پوشش بازنشستگان) می‌باشد. بدیهی است بعد از انقضای این مدت،

بیمه‌گر تعهدی نسبت به پرداخت خسارت در قبال مدارک ارائه شده نخواهد داشت. لیکن در مورد هزینه‌های بیمارستانی در صورت موجه بودن تأخیر به شرط اعلام بیمه‌گذار به بیمه‌گر در طول مدت تعیین شده فوق‌الذکر تا مدت ۶ ماه مورد پذیرش خواهد بود.

ماده ۱۱- استثنائات:

موارد زیر از شمول تعهدات بیمه‌گر خارج می‌باشد:

۱- از بین بردن عیوب مادرزادی، مگر در مواردی که با تشخیص پزشک معالج و با تأیید پزشک متخصص معتمد بیمه‌گر جنبه درمانی داشته و بیمه شده حداقل یکسال سابقه بیمه‌ای نزد بیمه‌گر داشته باشد در خصوص نوزادان در صورت داشتن پوشش بیمه‌ای از بدو تولد نیازی به یک سال سابقه نمی‌باشد.

۲- اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام پذیرد مگر هزینه اعمال جراحی ترمیمی ناشی از سوختگی طی پوشش بیمه‌ای قراردادهای درمانی وزارت نیرو.

۳- اتاق خصوصی (یک نفره): هزینه اتاق بیماران بر اساس نرخ مصوب مراجع ذیصلاح قانونی در مورد اتاق دو تخته بیمارستان محل درمان پرداخت می‌گردد بجز بیماران بستری در اتاق ایزوله که در صورت تأیید پزشک معالج حداکثر برابر اتاق یک تخته براساس نرخ مصوب مراجع ذیصلاح قانونی پرداخت می‌شود.

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

۵- هزینه‌های واکسیناسیون و سایر خدمات بهداشتی و پیشگیری که از وظایف شبکه‌های بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است مگر در مواردی که در صورت حساب بیمارستان منعکس باشد.

۶- هزینه‌های مربوط به تهیه لوازم آرایشی و متفرقه از قبیل شیر خشک (به جز موارد مشمول ماده ۶۹ قانون تأمین اجتماعی)، صابون، شامپو، خمیر دندان، شکم بند و نظایر آن (مگر مواردی که جنبه درمانی داشته و ضرورت مصرف آن توسط پزشک معالج با ذکر نوع بیماری قید شده و به تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر برسد). کلیه هزینه‌های مربوط به لوازم مصرفی که در اتاق عمل مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده می‌شود و یا جزء ملزومات درمانی است مشمول استثنائات نمی‌شود.

۷- هزینه‌های ترک اعتیاد.

۸- هر نوع چک آپ و آزمایشات دوره‌ای (برابر قانون کار، این هزینه‌ها به عهده کارفرما می‌باشد).

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

۱۰- هزینه‌های درمان ناشی از حوادث عمدی در نزاع و درگیری فردی و گروهی که عامل، بیمه‌شده باشد.

۱۱- جنون (به جز هزینه‌های بستری)

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 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 قرارداد 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، از کار افتادگی یا فوت بیمه‌شده گردد.

ماده ۴ - تعریف نقص عضو و از کارافتادگی: 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 هر یک از بیمه‌شدگان

۱-۶- پوشش بیمه‌ای صرفاً با لیست اولیه و حق بیمه ماهیانه ۴۶۱,۰۱۰ (چهارصد و شصت و یک هزار و ده) 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 بیمه‌گر 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 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 کارافتادگی دائم (جزئی و کلی) ناشی از حادثه:

۱. گزارش مشروح حادثه که توسط مقامات ذیصلاح مامور رسیدگی به حادثه تنظیم گردیده و نام بیمه شده مصدوم در آن قید شده باشد.
 ۲. گواهی پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر و یا پزشک قانونی مبنی بر زمان شروع و پایان معالجات و احراز نقص عضو و یا از کارافتادگی دائم بیمه شده.
 ۳. تصویر شناسنامه بیمه شده.
 ۴. تصویر دفترچه بیمه درمانی بیمه شده.
 ۵. تصویر برابر اصل کارت ملی بیمه شده.
- تبصره:** در صورتیکه حوادث منجر به فوت و نقص عضو بیمه شده بر اثر رانندگی باشد و بیمه شده 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 بیمه گر

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

غرامت فوت و نقص عضو بازنشستگان بشرح ذیل می باشد:

- ۱- فوت به هر علت ۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰ (چهارصد میلیون) ریال
 - ۲- نقص عضو دائم جزئی ناشی از حوادث مشمول بیمه درصدی از مبلغ ۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰ (چهارصد میلیون) ریال
- (براساس شرایط عمومی بیمه حوادث)

ماده ۹- بیمه گر موظف است نسبت به ارسال رونوشت برای بیمه گذاران در مورد سایر دستورالعملها و بخشنامه های مرتبط به اجرای این بخش از قرارداد که به شعب و واحدهای اجرایی ارسال می نماید 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 قسمت "د" ماده ۲۱ آیین‌نامه شماره ۹۹ شورای عالی بیمه
- به منظور رعایت نسبت ۷۵ درصد از خسارت پرداختی و معوق به حق بیمه پرداختی در چارچوب این قرارداد، موضوع بند ۲ از قسمت "د" ماده ۲۱ آیین‌نامه مذکور:

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

ب) محاسبه خسارت معوق بیمه‌گر براساس آخرین جدول IBNP یا خسارات معوق 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

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 صورت ابلاغ الزام قانونی به پرداخت مالیات بر ارزش افزوده مرتبط با ماده ۶ از بخش اول قرارداد، نحوه محاسبه مالیات مذکور بعد از توافقات لازم با بیمه‌گر صرفاً از طریق وزارت نیرو به شرکتهای بیمه‌گذار جهت اجرا ابلاغ خواهد شد.

ماده ۴- 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 ۵- 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 ۶- مدت اعتبار این قرارداد یک سال تمام هجری شمسی، از ساعت صفر بامداد ۱۴۰۱/۴/۱ شروع و در ساعت صفر بامداد ۱۴۰۲/۴/۱ منقضی می‌گردد و تمدید یا تجدید نظر در شرایط و مفاد آن برای دوره یک ساله بعد براساس قرارداد جدید عملی خواهد بود.

ماده ۷- 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 ۸- 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 ۹- 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 ۱۰- سهم بیمه‌شده در مراکز پاراکلینکی طرف قرارداد بیمه‌گر تنها فرانشیز مربوطه می‌باشد (به استثنای حق فنی). چنانچه مبلغ مازاد بر فرانشیز از بیمه‌شده توسط مراکز مذکور درخواست و اخذ گردد، بیمه‌گر موظف به جبران آن می‌باشد.

ماده ۱۱- بیمه‌گر موظف است تمهیداتی را اجرا نماید که امکان استفاده دفترچه بیمه‌شده در هر کجای کشور بدون انجام فرآیندهای اداری اضافی مهیا شده و هزینه درمانی بیمه‌شده بدون توجه به موقعیت جغرافیایی بیمه‌گذار در هر شهر مورد مراجعه بیمه‌شده به شعب بیمه‌گر قابل پرداخت باشد.

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 ۳۳ تبصره و ۴۹ بند، در بخش دو شامل ۷ 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.

شرکت بیمه‌گذار

شرکت سهامی بیمه

ضمیمه تعهدنامه بند ۳-۴ از بخش یک قرارداد

شرکت بیمه

نظر به اینکه فرزندان اینجانب از هیچ گونه 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 تأمین اجتماعی در مورد اینجانب از طرف بیمه‌گر قابل پیگیری خواهد بود.

مدیر امور اداری شرکت

نام و نام خانوادگی بیمه شده

امضاء

امضاء

ضمیمه (۱)

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

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 لطفا مدت زمان و آخرین سال دوره پوشش را ذکر فرمایید :

علت استفاده از طرح در دوره کنونی چیست؟

پوشش مناسب درمان وزارت نیرو

به دلیل بیماری

به دلیل نیاز به عمل جراحی

لطفاً نوع عمل را ذکر نمایید :

تعهد نامه :

اینجانب

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

امضاء : تأیید بیمه شده اصلی :

نام و نام خانوادگی: امضاء:

ضمیمه (۲)

جدول هزینه ۴ ماهه بخش اول قرارداد بیمه جامع تأمین و حفظ سلامت کارکنان صنعت آب و برق

توجه: حق بیمه های صادره، دندانپزشکی، عینک و هزینه اداری (در صورت پرداخت) در جدول ذیل مربوط به کل دوره قرار داد (یک ساله می باشد).

| حق بیمه خالص صادره در دوره : ریال حق بیمه بابت تبصره بند ۹ دندانپزشکی : ریال حق بیمه بابت تبصره ۸-۱۲ عینک : ریال حق بیمه وصولی : ریال | | نام شرکت بیمه گذار : نام شرکت بیمه گر : تعداد بیمه شده اصلی (شاغل) نفر تعداد بیمه شده اصلی (بازنشسته) نفر تعداد افراد تحت تکفل شاغلین: نفر تعداد افراد تحت تکفل بازنشستگان: نفر تعداد پدر و مادر غیر تحت تکفل: نفر تعداد افراد غیر تحت تکفل: نفر | | | | | | | | |
|--|------------|---|------------|--------------|------------|--------------|------------|----------------------|------------|---|
| عینک | | بیمارستانی | | دارو | | دندانپزشکی | | سربایی و پاراکلینیکی | | موارد وضعیت بیمه شدگان شاغلین بازنشستگان |
| هزینه (ریال) | بار مراجعه | هزینه (ریال) | بار مراجعه | هزینه (ریال) | بار مراجعه | هزینه (ریال) | بار مراجعه | هزینه (ریال) | بار مراجعه | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

امضاء مدیر امور کارکنان شرکت بیمه گذار :

امضاء رئیس شعبه بیمه گر :

ضمیمه (۳)

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 پروترومین، تست فیبروینوژن |
| ۳ | دیالیز (خونی و صفاتی) | ارائه کارت انجمن دیالیز و یا آزمایش نشان دهنده عدم فعالیت کلیه‌ها |
| ۴ | ام اس | جواب ام آر آی مغز و نخاع و یا کارت انجمن ام اس |
| ۵ | سرطان‌ها (cancer) | جواب پاتولوژی + نسخ تجویزی |
| ۶ | پارکینسون | ارائه نسخه پزشک متخصص مغز و اعصاب |
| ۷ | هیپاتیت | ارائه جواب آزمایش‌های هیپاتیت |
| ۸ | ایدز | ارائه جواب آزمایش ایدز |
| ۹ | شیمی درمانی و رادیو تراپی | ارائه جواب پاتولوژی که نشان دهنده بدخیمی باشد + 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 |

ادامه ضمیمه (۳)

مدارک لازم جهت ارائه به بیمه گر برای بیماران خاص و صعب‌العلاج

| ردیف | بیماری | مدارک مورد نیاز جهت تأیید |
|------|--|---|
| ۲۷ | پیوند مولتی ویسرال | اسناد پزشکی پیوند + نسخه‌های تجویزی |
| ۲۸ | پیوند سلولهای بنیادی خون ساز (مغز استخوان) | اسناد پزشکی پیوند + نسخه‌های تجویزی |
| ۲۹ | سکته قلبی | نوار قلب + آزمایشات + مدارک بیمارستانی + نسخ تجویزی |
| ۳۰ | سکته مغزی ایسکمیک | CT Scan در نوبتهای متوالی + نسخ تجویزی |
| ۳۱ | سکته مغزی هموراژیک | MRI + CT Scan یا آنژیوگرافی مغزی + نسخ تجویزی |
| ۳۲ | پرفشاری شریان ریوی | آنژیو اسکن + تشخیص پزشک + داروهای تجویزی |
| ۳۳ | رتینوپاتی | عکسبرداری تخصصی شبکیه چشم + نسخ تجویزی |
| ۳۴ | روانی مزمن | نسخ تجویزی روانپزشک |
| ۳۵ | دیستروفی کمر بند شانه و لگن ، دیستروفی FSHD دیستروفی مادرزادی و میوپاتی (غیردوشن) | نوار عصب و عضله + نسخ داروهای تجویزی |
| ۳۶ | نارسایی مزمن کلیه | سونوگرافی + اسکن کلیه‌ها + نسخ تجویزی |

شوه نامه نحوه انجام تعهدات و بررسی اسناد تعاهم نامه تأمین و حفظ

سلامت کارکنان شاغل و باز نشسته صنعت آب و برق دوره

۱۴۰۲-۱۴۰۳

پذیرش بیمار (بیمه‌شده) در مراکز درمانی طرف قرارداد

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 جهت صدور دریافت معرفی‌نامه:

- ✓ دستور پزشک معالج مبنی بر تعیین علت بستری با ذکر نام بیمارستان و تاریخ بستری (در صورت پذیرش غیر آنلاین)
- ✓ رونوشت صفحه اول دفترچه بیمه‌گر پایه یا کارت ملی بیمه‌شده اصلی و تبعی (بیمار)

نحوه پرداخت هزینه در مراکز درمانی

کلیه تعهدات در ارتباط با هزینه‌های مربوط به مراکز تشخیصی و درمانی، (به جز هزینه‌های دارویی) که آخرین تعرفه مصوب مراجع ذیصلاح قانونی در بخش دولتی را رعایت نمایند بدون اعمال فرانشیز (در صورتی که مراکز فوق صرفاً بخشی از هزینه‌های انجام شده را طبق مصوبات هیئت وزیران محاسبه نمایند تسویه حساب هزینه‌های مذکور بدون اعمال فرانشیز و نسبت به سایر هزینه‌ها با احتساب ۱۰٪ فرانشیز انجام می‌شود) و در صورت مراجعه به مراکز تشخیصی - درمانی ملکی سازمان تامین اجتماعی فرانشیز یا سهم بیمه‌شده با رعایت تعرفه‌های بخش عمومی غیردولتی صفر خواهد بود.

(۱) خدمات بستری:

انجام خدمات ذیل در مراکز درمانی طرف قرارداد یا غیرطرف قرارداد الزاماً نیازمند ارائه مدارک تکمیلی به منظور تایید توسط پزشک معتمد می‌باشد:

- ❖ برای سپتوپلاستی ارائه رادیوگرافی یا سی تی اسکن بینی و سینوس‌ها (قبل از جراحی) و تایید پزشک معتمد الزامیست.
- ❖ انجام کورتاژ تخلیه‌ای به جز حالت اورژانس نیازمند ارائه سونوگرافی قبل از عمل و تاییدیه پزشک معتمد همراه با دستور پزشکی قانونی دارد. لازم به ذکر است هرگونه اقدام و یا مصرف دارو که منجر به سقط عمدی گردد خارج از تعهد خواهد بود.
- ❖ انجام جراحی فتق نافی یا فتق انسیزیونال در خانمها و آقایان نیازمند معاینه بیمار توسط پزشک معتمد قبل از عمل و در صورت عدم حضور بیمار، ارائه گزارش سونوگرافی تایید کننده بیماری و منوط به تایید پزشک معتمد خواهد بود.

- ❖ برای انجام جراحی‌های کاهش وزن (بای پس معده، بالن گذاری و سایر اعمال مرتبط) در مورد بیمه-شدگان تاییدیه پزشک معتمد الزامیست. 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 تایید 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 تایید پزشک معتمد می‌باشد. (جراحی‌های افزایش قد تحت پوشش بیمه نمی‌باشند)
- ❖ انجام جراحی ماموپلاستی ارائه تاییدیه پزشک معتمد بیمه‌گر الزامیست. در مورد بازنشستگان و افراد تحت پوشش آنها ارائه تاییدیه بیمه‌گر پایه الزامیست.
- در مورد بازنشستگان و افراد تحت پوشش، تایید بیمه‌گر پایه در مورد جراحی‌هایی مثل سپتوپلاستی، ماموپلاستی، جراحی‌های کاهش وزن و سایر جراحی‌های از این قبیل ضروری می‌باشد.

چنانچه به هردلیلی بیمه‌شده از خدمات مراکز بیمارستانی غیرطرف قرارداد استفاده نماید فرآیند جبران خسارت به شرح ذیل می‌باشد، بدیهی است ضمن رعایت مفاد بندهای ۸-۱۵ و ۸-۱۶ از قرارداد، تامین پیش پرداخت و تسویه حساب قطعی با مرکز بیمارستانی به عهده بیمه‌شده می‌باشد.

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 قرارداد عمل خواهد شد.

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

مدارک و مستندات لازم جهت دریافت خسارت پرونده بیمارستانی به شرح ذیل می‌باشد:

۱- اصل یا تصویر 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.

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 الزاما شرح عمل جراحی)

۴- اصل یا تصویر گواهی ساینز 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 تایید 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 یا تصویر برابر 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.

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

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

تبصره ۳: در صورتیکه بیمه‌شدگان (بازنشستگان) بنا به عللی مایل به استفاده از سهم خسارت درمان بیمه‌گر پایه نباشند یا بیمه‌گر پایه از پرداخت هزینه‌ها به هر دلیلی خودداری نماید، هزینه‌های درمانی پس از بررسی و محاسبه و کسر فرانشیز پرداخت خواهد شد. براساس مفاد قرارداد برای بیمه‌شدگان غیرتحت تکفل شاغل الزامی به اخذ سهم بیمه‌گر پایه نیست.

تبصره ۴: ارائه گزارش ادیومتری بابت جراحی تمپانوماستوئیدکتومی با بازسازی زنجیره استخوانی گوش میانی ضروری است.

تبصره ۵: ارائه گزارش سی تی اسکن بابت آندوسکوپی سینوسهای پاراناژال الزامی است.

فرانشیز در هزینه‌های بستری بیمه‌شده شاغل و افراد تحت پوشش آنان در مراکز درمانی خصوصی ۱۵٪ و برای بازنشستگان و افراد تحت پوشش آنان ۲۵٪ (در صورت عدم استفاده سهم بیمه‌گر پایه) می‌باشد، چنانچه بیمه‌شدگان مذکور (بازنشستگان) از سهم بیمه‌گر پایه استفاده نمایند از پرداخت فرانشیز معاف می‌باشند، همچنین در صورتیکه این قبیل از بیمه‌شدگان مشمول جزء ج از بند ۱-۸ قرارداد بوده و بیمه‌گر پایه تعهدی بابت هزینه پرداختی نداشته باشد، تعهدات با اعمال فرانشیز ۱۰٪ به تعرفه مصوب مراجع ذیصلاح قانونی انجام خواهد شد. فرانشیز جراحی باز قلب و جراحی مغز و اعصاب در شاغلین ۱۰٪ می‌باشد.

(۲) آمبولانس:

الف) در موارد اورژانس که منجر به بستری شدن بیمار از جمله در بخش مراقبتهای ویژه 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 تایید بیمارستان مبدا در هر مورد داخل شهری تا سقف ۳۰,۰۰۰,۰۰۰ (سی میلیون ریال) قابل محاسبه و پرداخت می‌باشد.

ب) در مواردی که بیمار در بیمارستان بستری و امکان مداوای بیمار در بیمارستان محل اقامت وی فراهم نباشد با تایید بیمارستان مبدا و یا تایید پزشک معتمد بیمه‌گر هزینه انتقال بیمار با آمبولانس یا هواپیما به بیمارستانها و مراکز تشخیصی - درمانی تا سقف ۸۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال (هشتاد میلیون ریال) در هر مورد بین شهری قابل محاسبه و پرداخت است.

(۳) خدمات پاراکلینیکی:

چنانچه به هر دلیلی بیمه‌شده متقاضی استفاده از خدمات مراکز غیرطرف قرارداد بیمه‌گر باشد، فرآیند جبران خسارت بیمه‌شده به شرح ذیل می‌باشد:

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

مدارک مورد نیاز جهت پرداخت هزینه‌های پاراکلینیکی:

- ✓ دستور پزشک معالج مربوطه مبنی بر تعیین نوع خدمت
- ✓ اصل قبض پرداختی ممهور به مهر مرکز

فرانشیز در کلیه هزینه‌های سرپایی (ویزیت، پاراکلینیکی، دارو و ...) شاغلین و افراد تحت پوشش ۱۵٪ و برای بازنشستگان و افراد تحت پوشش ۲۵٪ (در صورت عدم استفاده سهم بیمه‌گر پایه) می‌باشد و برای بیمه‌شدگان مذکور در خصوص هزینه‌های دارویی که سهم بیمه‌گر پایه در آن تعریف نشده است، تعهدات با اعمال فرانشیز ۱۰٪ انجام خواهد شد.

۳-۱) فیزیوتراپی:

مدارک مورد نیاز جهت رسیدگی به اسناد 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.

✓ 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.

*در مواردیکه فیزیوتراپی بیش از ده جلسه انجام شده و یا بیش از دو اندام باشد ارائه مدارک ذیل الزامی می‌باشد:

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

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

نکته: مگنت تراپی و شاک ویو خارج از تعهد می‌باشد.

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

نکته: هزینه لیزر پرتوان (منفک شده از فیزیوتراپی) قابل پرداخت می‌باشد.

۳-۲) 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.
- ✓ 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.
- ✓ 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)
- ✓ 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.

۳-۳) ویزیت:

- * در صورت مراجعه بیمه‌شده به کلینیک و یا درمانگاه متعلق به بیمارستان، نیاز است رسید صندوق ممهور به مهر پزشک معالج صندوق مرکز 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.

۳-۴) دارو:

ضوابط فنی عمومی ارزیابی اسناد دارویی به شرح ذیل می‌باشد:

- ✓ ارزیابی قیمت به صورت " قلم به قلم " می‌باشد.
- ✓ ارائه پرینت داروخانه که شامل ریز داروها می‌باشد به همراه نسخه داروهای تجویزی ممهور به مهر پزشک معالج و داروخانه الزامیست.
- ✓ نسخ ناخوانا از درجه اعتبار ساقط می‌باشند.
- ✓ حق فنی داروخانه در تعهد نمی‌باشد.
- ✓ داروهای مربوط به کاهش و افزایش وزن در تعهد نمی‌باشد. (در مواردی که BMI بالای ۴۰ و با تایید پزشک معتمد جنبه درمانی دارد، در تعهد خواهد بود. در صورت نیاز به جراحی با تجویز پزشک معالج نیاز به تایید پزشک معتمد نیست.)
- ✓ داروهای نازایی و ناباروری از محل تعهدات داروها قابل پرداخت است.

✓ چنانچه در ماههای پایانی قرارداد داروهای تجویزی برای بیمه‌شده بیشتر از دوره قرارداد باشد، بیمه‌گر جاری مکلف به پرداخت سهم باقی مانده از قرارداد می‌باشد و مابقی آن در تعهد بیمه‌گر بعدی است. به این منظور بیمه‌گر جاری می‌بایست کپی برابر اصل شده نسخه تجویز دارو، قیمت دارو و هزینه اعلام شده و پرداخت شده را در اختیار بیمه‌شده جهت ارائه به بیمه‌گر بعدی قرار دهد.

۱-۴-۳) 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.

تبصره: بمنظور 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 تصمیم‌گیری می‌شود.

۲-۴-۳) 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 شده ای که تولیدات کارخانه‌های آرایشی - بهداشتی است قابل پرداخت نمی‌باشد.

✓ داروهای ضد ریزش مو و یا تقویت کننده 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 تایید 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 تایید پزشک معتمد در تعهد می‌باشد.

۴) 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.

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

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

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

تبصره 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.

تبصره ۵: در صورت انجام ایمپلنت ارائه رادیوگرافی پانورکس قبل و بعد از درمان و یا معاینه بیمه‌شده توسط دندانپزشک معتمد الزامی است.

تبصره 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،

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

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 با مراجعه به شعبه معرفی‌نامه دریافت نمایند.

❖ ارائه طرح درمان با ذکر خدمات تفکیکی توسط دندانپزشک

❖ سقف دندانپزشکی شاغلین وزارت نیرو در قرارداد ۱۴۰۳-۱۴۰۲ معادل ۵۱,۰۰۰,۰۰۰ ریال برای هر فرد و در مورد بازنشستگان ۳۶,۰۰۰,۰۰۰ ریال برای خانوار می‌باشد.

❖ فرانشیز دندانپزشکی در قرارداد ۱۴۰۳-۱۴۰۲ برابر ۲۰٪ می‌باشد.

(۵) 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.

در هر دو دوره قرارداد تأمین هزینه عینک طبی (شیشه یا فریم و یا هر دو) حداکثر تا سقف ۱۶,۰۰۰,۰۰۰ (شانزده میلیون) ریال، در مورد لنز تماسی طبی با تأیید پزشک معتمد و برای عینک دو دید معمولی حداکثر تا

سقف ۲۲,۰۰۰,۰۰۰ (بیست و دو میلیون) ریال قابل پرداخت می باشد. همچنین در هر دو دوره قرارداد تأمین هزینه عینک طبی (شیشه یا فریم و یا هر دو) بازنشستگان از کارافتادگان، مستمری بگیران، وظیفه بگیران و افراد تحت تکفل آنان حداکثر تا ۱۱,۰۰۰,۰۰۰ (یازده میلیون) ریال، در مورد لنز تماسی طبی با تأیید پزشک معتمد و برای عینک دو دید حداکثر تا سقف ۱۵,۰۰۰,۰۰۰ (پانزده میلیون) ریال بدون کسر فرانشیز قابل پرداخت می باشد.

چنانچه در یکبار مراجعه سقف بیمه شده کامل هزینه نشود وی می تواند برای آیتم دیگر از موارد عنوان شده (شیشه یا فریم) درخواست داده و پرداخت هزینه تا سقف تعیین شده در تعهد می باشد.

سقف هزینه عینک برای دو دوره قرارداد می باشد، این سقف برای لنز تماسی طبی نیز قابل استفاده است.

۶) 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. هزینه سمعک بدون اعمال فرانشیز محاسبه و پرداخت می شود.

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

۷) رفع عیوب انکساری:

جبران هزینه جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در صورتی در تعهد می باشد که براساس برگه اپتومتری اخذ شده از دستگاه رفاکتومتر درجه نزدیک بینی، دور بینی، آستیگمات یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر و مورد تایید پزشک معتمد بیمه گر نیز باشد.

تبصره: اقدامات تشخیصی لازم جهت بررسی رفع عیوب انکساری از سقف پاراکلینیک پرداخت می گردد.

سقف تعهد در قرارداد ۱۴۰۳-۱۴۰۲ برابر با ۷۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال برای هر چشم می باشد.

مدارک مورد نیاز جهت رسیدگی و پرداخت هزینه رفع عیوب انکساری چشم:

- ✓ صورت حساب به مهر پزشک معالج و ممهور به مهر مرکز

- ✓ دستور پزشک معالج
- ✓ برگ تعیین شماره چشم و تایید شماره چشم توسط پزشک معتمد
- ✓ شرح عمل
- ✓ گزارش توپوگرافی مهر شده مرکز و پزشک معالج
- ✓ ریز دارو و لوازم مصرفی ممهور به مهر مرکز

۸) جراحی مجاز سرپایی:

- * در نمونه برداری ها و خارج کردن هر نوع ضایعه ارائه گزارش پاتولوژی الزامی است.
- * در موارد خارج کردن میخچه تکرار شونده، تایید پزشک معتمد قبل از انجام اقدامات درمانی الزامی است.
- * جهت درمان ضایعات زگیل به هر روش و در هر ناحیه تایید 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.

۹) وسایل کمک پزشکی استفاده شده در خارج از بدن:

هزینه وسایل کمک پزشکی، پروتزها و اروتزهایی 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 معتبر و تایید پزشک معتمد حداکثر تا ۱۰ برابر آخرین جدول تعرفه اعلامی سازمان تامین اجتماعی بدون اعمال فرانشیز محاسبه و پرداخت می شود.

۱۰) اعمال غیرمجاز درمطب:

- کلیه عمل هایی که در مطب صورت می پذیرد و با بیهوشی توام می باشد شامل:
- * باز کردن حفره شکمی ضروری باشد (از جمله انواع فتقها)
- * عمل هایی که در مطب صورت پذیرد که روی استخوان های بزرگ و طویل بدن است.
- * عمل های جراحی داخل قفسه صدی (سینه) - کاتتریسیم (مثل آنژیوگرافی) قلب و عروق

- * عمل‌های روی عضلات، اوتار (عضلات بزرگ شانه/کتف/سرشانه) اعصاب و عروق مگر در مواقع اورژانس.
- * جراحی داخلی دستگاه تناسلی و ادراری زن و مرد، گذاردن فورسپس و زایمان‌های غیرطبیعی و طبیعی.
- * عمل‌های ستون فقرات و مغز و نخاع و جمجمه.
- * عمل‌های استخوان‌های فک و صورت و داخل حلق (از جمله شکاف کام و لب شکری، لوزه‌ها و سینوسها).
- * عمل بیوپسی (نمونه‌برداری) انساج (بافت داخل مری) تراشه (نای) برونش‌ها (کیسه‌های هوایی انتهایی نای/ریه‌ها) روده‌ها، مثانه، کبد و طحال.
- * عمل کاتاراکت (عمل عدسی چشم)، گلوکوم (بیماری چشمی)، پارگی شبکیه، تومورهای حفره چشم و استرابیسم چشم (انحراف چشم)
- * عمل گوش میانی و داخلی از قبیل تمپانوپلاستی (جراحی گوش) و غیره
- * عمل Open Reduction (جراحی فک) عمل جراحی استئوسنتز (اضافه کردن استخوان) در شکستگی فک‌ها.
- * بیرون آوردن تومورهای عمیق استخوانی فک‌ها.
- * رزکسیون (خارج کردن/ برداشتن) فک
- * رزکسیون (خارج کردن/ برداشتن) کندیل فک (انتهای فک).
- * عمل جراحی باز در آرچ زایگما (جراحی در ناحیه صورت/ در رفتگی مفصل).
- * جراحی بریدن و برداشتن غده بزاقی.
- * جا انداختن در رفتگی قدیمی مفصل گیجگاهی – فکی.
- * عمل‌های روی عصب دندانی – تحتانی.
- * بیرون آوردن ریشه قدیمی و جسم خارجی از سینوس که مستلزم جراحی سینوس است.

(۱۱) سوختگی (جزء د تبصره ۱ ذیل بند ۱-۸):

درخصوص موارد ترمیم سوختگی مربوط به جزء د تبصره یک ذیل بند ۱-۸ قرارداد، زیبایی محسوب نمی‌شود و جبران هزینه‌های آن در هر زمان از طول قرارداد در تعهد می‌باشد حتی اگر وقوع سوختگی در دوره قرارداد نبوده باشد.

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

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

استعلام فهرست مراکز درمانی طرف قرارداد:

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

شماره‌های تماس:

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

تأیید شرکت بیمه