

به نام خدا
بیمه نامه تأمین و حفظ سلامت کارکنان 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 (دو بخش این قرارداد کاملاً منفک از یکدیگر بوده و پوشش برای بازنشستگان در یک بخش می‌تواند شامل بخش دیگر نشود)، این قرارداد بین شرکت از یک طرف بعنوان بیمه‌گذار و شرکت 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 با استناد موافقتنامه شماره ۹۶/۲۰۳/۳۶۲۸۴ مورخ ۹۶/۳/۳۰ بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران با شرایط ذیل منعقد می‌گردد.

شماره قرار داد :

درمان شاغلین:

تاریخ صدور:

عمر و حادثه بازنشستگان:

تاریخ شروع قرارداد : از ساعت صفر بامداد ۹۶/۰۴/۰۱

درمان تکمیلی بازنشستگان:

تاریخ انقضای قرارداد : تا ساعت صفر بامداد ۹۷/۰۴/۰۱

بخش یک : 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 و بارداری بیمه شدگان و مسئولیت کارفرما در بیماریهای ناشی از کار به شرح مندرج در این بخش از قرارداد.

ماده ۲ - بیمه گر: شرکت به نشانی:

ماده ۳ - بیمه گزار: به نشانی:

ماده ۴ - بیمه شدگان: عبارتند از کلیه کارکنان (کارمندان، کارگران) شاغل (رسمی، قراردادی، پیمانی و قرارداد انجام کار معین (مشخص)، قرار داد 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، وظیفه بگیران به همراه اعضاء خانواده مطابق ماده ۵۸ قانون تأمین اجتماعی و یا افراد تحت تکفل آنان (طبق قوانین ذریبط).

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 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 آنان 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 استفاده نمایند.

تبصره ۲: همسر فرزندان پسر مشمول پوشش بیمه‌ای طبق مفاد قرارداد بوده اما شامل پوشش‌های بیمه‌ای مرتبط با نازایی، زایمان (سقط و کورتاژ) و سونوگرافی حاملگی نمی‌باشند.

۴-۲- فرزندان دختر تا ۱۸ سالگی و پس از آن به شرط عدم ازدواج و عدم اشتغال به کار.

۴-۳- فرزندان کارکنان اناث وفق گواهی شاغل و بر اساس تعهد نامه پیوست هیچگونه دفترچه بیمه درمانی نداشته و جزء خانواده آنان مطابق با ماده ۴ تلقی شود به شرط تحت پوشش بودن کلیه فرزندان (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- فرزندان دختر مطلقه و همچنین فرزندان دختری که همسر خود را از دست داده اند و قانوناً تحت تکفل بیمه‌شده اصلی قرار می‌گیرند مجدداً از تاریخ ثبت طلاق و یا تاریخ فوت همسر به شرط عدم اشتغال (با رعایت ضرب‌الاجل مندرج در بند ۱-۵)

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 دفترچه درمانی بیمه‌شده (مادر) استفاده نمایند.

۴-۶- پدر و مادر غیرتحت تکفل کارکنان شاغل 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 مانند سوابق داشتن دفترچه بیمه درمانی از طرف بیمه‌شده اصلی (در مورد کارکنان تحت پوشش سازمان بیمه سلامت داشتن دفترچه درمانی تبعی ۱) و یا مستندات مراجع قضایی مبنی بر کفالت، سرپرستی و یا حضانت از سوی بیمه‌شده اصلی و یا سایر مستندات مطابق مقررات صندوق پایه بازنشتی 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 را نداشته باشند، تکمیل پرسشنامه ضمیمه این قرارداد که به تأیید وزارت نیرو رسیده است (ضمیمه ۱ قرار داد) در ابتدای شروع قرارداد الزامی است.

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

فصل دوم - وظایف و تعهدات بیمه‌گذار و بیمه‌شده

ماده ۵ - ترتیب اعلام اسامی بیمه‌شدگان:

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 (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 جهت تحویل به بیمه‌گر ارسال نماید، ضمناً بیمه‌گذار مکلف است با رعایت مفاد این قرارداد تغییرات مجاز در تعداد بیمه‌شدگان در طول مدت قرارداد را حداکثر ظرف مدت دو ماه به روال فوق‌الذکر اعلام نماید.

لیست اول: بیمه‌شدگان اصلی اعم از ذکور و اناث به همراه خانواده مطابق ماده ۴ و یا 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 و مادر غیرتحت تکفل بیمه‌شدگان 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، 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.

تبصره ۱: 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 قرار داد تحت تکفل بیمه‌شده اصلی قرار می‌گیرند بوده و لازمست مستندات آن (احکام مربوطه، تصویر شناسنامه) از سوی بیمه‌گذار حداکثر ظرف مدت دو ماه از تاریخ موثر برای بیمه‌گر ارسال گردد.

تبصره ۲: در مورد والدین و همسر شاغلین ذکوری که در طول اجرای قرار داد تحت تکفل بیمه‌شده اصلی قرار می‌گیرند در صورت عدم رعایت ضرب‌الاجل بند ۱-۵ ملاک زمان پوشش تاریخ ثبت درخواست بیمه‌گذار در دبیرخانه شعبه بیمه‌گر می‌باشد.

تبصره ۳: کاهش بیمه‌شدگان در طول مدت قرارداد، شامل مواردی مانند مستعفی، فوتی، بازنشسته، انتقالی، انفصال از خدمت، اخراجی، مامور، خروج از کفالت و یا قطع هر گونه همکاری می‌باشد که با ارائه مستندات آن (تصویر شناسنامه، تسویه حساب، احکام مربوطه) میسر خواهد بود.

۵-۲- شروع پوشش بیمه‌ای کارکنان جدیدالاستخدام، از تاریخ استخدام و انتقالی و مأمور به همراه افراد تحت تکفل و غیرتحت تکفل آنان، تاریخ ورود بیمه‌شده اصلی به شرکت (بیمه‌گذار) خواهد بود. در مورد حذف بیمه‌شدگان، زمان مؤثر تاریخ قطع همکاری بیمه‌شده اصلی با بیمه‌گذار و با رعایت ضرب‌الأجل بند ۵-۱ است.

۵-۳- در مورد افزایش یا کاهش تعداد بیمه‌شدگان ملاک محاسبه حق بیمه کسر ماه، ماه شمار خواهد بود و بیمه‌گذار مکلف به تحویل دفترچه‌ها و کارتهای درمانی بیمه‌شدگان حذف شده از قرارداد از ابتدای ماه بعد می‌باشد و بیمه‌گر نیز خدمات خود را ماهانه ارائه خواهد داد.

۵-۴- 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.

۵-۵- 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.

۵-۶- در صورتی که بیمه‌شدگان مذکور در طول مرخصی بدون حقوق تحت پوشش بیمه قرار نگیرند بیمه‌گذار مکلف است نسبت به جمع‌آوری و تحویل دفترچه‌ها و کارتهای درمانی مربوط به آنان همزمان با صدور حکم مرخصی اقدام نماید در غیر اینصورت هزینه‌های طول مدت مرخصی به عهده بیمه‌گذار خواهد بود.

ماده ۶- حق بیمه: حق بیمه هر یک از بیمه‌شدگان به ازای تعهدات مندرج در این قرارداد به طریق ذیل محاسبه می‌شود:

۶-۱- شاغلین:

۶-۱-۱- مبلغ ۲۷۵۰۰۰۰ ریال سرانه ماهانه (به تفکیک شامل حق بیمه خالص ۲۵۲۲۹۳۰ ریال به علاوه مالیات بر ارزش افزوده و عوارض قانونی به مبلغ ۲۲۷۰۷۰ ریال) به منظور پوشش درمانی مسئولیت کارفرما ناشی از تعهدات ماده ۶۶ قانون تامین اجتماعی بابت هریک از بیمه‌شدگان اصلی.

۶-۱-۲- مبلغ ۵۸۰۰۰۰ ریال سرانه ماهانه (به تفکیک شامل حق بیمه خالص ۵۳۲۱۱۰ ریال به علاوه مالیات بر ارزش افزوده و عوارض قانونی به مبلغ ۴۷۸۹۰ ریال) 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 ۱۶۲۰۰۰۰ ریال سرانه ماهانه (به تفکیک شامل حق بیمه خالص ۱۴۸۶۲۳۸ ریال به علاوه مالیات بر ارزش افزوده و عوارض قانونی به مبلغ ۱۳۳۷۶۲ ریال) 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 ۱۳۲۰۰۰۰ ریال سرانه ماهانه (به تفکیک شامل حق بیمه خالص ۱۲۱۱۰۰۹ ریال به علاوه مالیات بر ارزش افزوده و عوارض قانونی به مبلغ ۱۰۸۹۹۱ ریال) بابت هر پدر و مادر غیرتحت تکفل بیمه‌شده اصلی (هزینه‌های دندانپزشکی و عینک شامل این افراد نمی‌شود).

۳-۶- مبلغ ۵۲۰۰۰۰ ریال سرانه ماهانه (به تفکیک شامل حق بیمه خالص ۴۷۷۰۶۴ ریال به علاوه مالیات بر ارزش افزوده و عوارض قانونی به مبلغ ۴۲۹۳۶ ریال) برای هر یک از بازنشستگان (ازکارافتادگان)، مستمری‌بگیران، 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 بند ۱۲-۸ و ماده ۹ قرار داد، پوشش مشمولین بند فوق با رعایت ماده ۸ و کلیه بند های آن همانند شاغلین با رعایت تبصره ۳ از ماده ۸ می‌باشد.

تبصره ۲: پوشش بیمه‌ای مشمولین بند فوق صرفاً از ابتدای قرارداد و همراه با ارسال لیست اولیه خواهد بود.

تبصره ۳: کارکنانی که در طول قرارداد بازنشسته و یا ازکارافتاده می‌شوند و همچنین افراد تحت تکفل کارکنانی که در طول قرار داد فوت می‌شوند از زمان بازنشستگی یا ازکارافتادگی و یا فوت بیمه‌شده اصلی می‌توانند ضمن تحویل دفترچه های درمانی با پرداخت حق بیمه مربوطه به بازنشستگان، پوشش‌های همانند شاغلین به استثنای هزینه‌های مربوط به عینک و دندانپزشکی را دریافت نمایند در غیر اینصورت با پرداخت حق بیمه شاغلین پوشش‌های همانند شاغلین حداکثر تا انتهای قرارداد یا سه ماه از شروع بازنشستگی را 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 پانزده روز از پایان هر ماه در وجه بیمه‌گر پرداخت نماید.

تبصره ۱: با اعلام عدم رعایت موضوع فوق و ماده ۷ از مقررات گوناگون توسط طرفین به شرکت مادر تخصصی ذریع (و یا وزارت نیرو برای موسسات و مراکز آموزشی و پژوهشی) موضوع پیگیری خواهد شد که در صورت عدم حصول نتیجه از طریق پیگیری شرکتهای مادر تخصصی، مراتب به وزارت نیرو و بیمه‌گر طرف قرار داد اعلام تا بطور مشترک از سوی شورای مرکزی بیمه وزارت نیرو و بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران نحوه برخورد با موضوع تعیین گردد.

تبصره ۲: بیمه‌گر و بیمه‌گذار موظف به ارسال تصویر یک نسخه از تمام الحاقیه‌های احتمالی که مبنای هر گونه تغییر در متن تعهدات طرفین در قرارداد می‌باشد خواهند بود، اطلاعات مربوطه با فرمت PDF و حداکثر تا یک هفته کاری بعد از امضای آن به آدرس پست الکترونیکی hrd@moe.gov.ir و بصورت جداگانه از سوی بیمه‌گر و بیمه‌گذار ارسال می‌شود. در صورت عدم ارسال، گزارشهای هزینه و عملکرد بیمه‌گر در مورد خسارتهای پرداختی و معوق در دوره قرارداد ۹۶-۹۷ مورد محاسبه قرار نخواهد گرفت، همچنین وزارت نیرو می‌تواند نام شرکتهای زیرمجموعه صنعت آب و برق که از ارسال گزارش امتناع کرده‌اند را برای دوره‌های آتی از لیست واگذاری درمان سازمان تأمین اجتماعی خارج نماید.

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 تعرفه مصوب هیأت وزیران در بخش دولتی را رعایت نمایند بدون اعمال فرانشیز خواهد بود (در صورتی

که مراکز فوق صرفاً بخشی از هزینه های انجام شده را طبق مصوبات هیئت وزیران محاسبه نمایند تسویه حساب هزینه های مذکور بدون اعمال فرانشیز و نسبت به سایر هزینه ها با احتساب ۱۰٪ فرانشیز خواهد بود.

تبصره ۲: در صورت مراجعه به مراکز تشخیصی - درمانی ملکی سازمان تامین اجتماعی فرانشیز یا سهم بیمه شده صفر خواهد بود.

تبصره ۳: در صورت استفاده از سهم بیمه گر پایه توسط بیمه شدگان بازنشسته و افراد تحت تکفل 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 ۳۵٪ فرانشیز خواهد بود. همچنین در صورتیکه این قبیل از بیمه شدگان مشمول بند ج از ۱-۸ بوده و بیمه گر پایه تعهدی نداشته باشد و یا هزینه های دارویی که سهم بیمه گر اول در آن تعریف نشده است، تعهدات بیمه گر با اعمال فرانشیز ۱۰٪ انجام خواهد شد.

تبصره ۴: در صورت استفاده بیمه شده از مراکز درمانی غیر طرف قرارداد و استفاده از سهم بیمه گران مکمل، بیمه گر موظف است باقیمانده هزینه های مورد تعهد را بدون رعایت همترازی پرداخت نماید، در هر صورت بیمه شده مجاز به دریافت خسارت از بیمه گران به مبلغی بیش از هزینه های انجام شده نیست. در صورت عدم دریافت سهم بیمه گر پایه، فرانشیز مندرج در قرارداد از هزینه های مزبور کسر خواهد شد. در مواردی که سهم دریافتی بیمه شده از سایر بیمه گر ها (بیمه گر پایه یا بیمه گر مکمل) معادل و یا بیشتر از میزان فرانشیز مندرج در بیمه نامه شود فرانشیز کسر نخواهد شد.

تبصره ۵: مبنای محاسبه هزینه های پرداخت نشده، تعرفه اعلامی مصوب وزارت بهداشت و درمان در تاریخ انجام هزینه می باشد.

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

الف - تعهدات بیمه گر در مورد اعمال جراحی و درمان طبی و زایمان در مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر در طول مدت قرارداد و به دفعات در صورت دریافت معرفی نامه از بیمه گر بر اساس صورتحساب مراکز درمانی فوق و اعمال فرانشیز مربوطه خواهد بود.

ب- تعهدات بیمه گر در مورد هزینه اعمال جراحی و درمان طبی و زایمان در مراکز درمانی غیر طرف قرارداد بیمه گر و یا مراکز درمانی طرف قرارداد بدون اخذ معرفی نامه با رعایت اصل همترازی و حداکثر بالاترین تعرفه مورد عمل مراکز هم درجه طرف قرارداد در منطقه و با اعمال فرانشیز مربوطه رسیدگی و در صورت کامل بودن مدارک حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز کاری باز پرداخت خواهد شد و در موارد سرپایی در صورت کامل بودن مدارک حداکثر ظرف مدت هفت روز کاری پس از دریافت مدارک هزینه ها بازپرداخت خواهد شد.

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

الف - هزینه اعمال جراحی قلب، پیوند کلیه و جراحی مغز و اعصاب (بجز دیسک فقرات) با اعمال ۱۵٪ فرانشیز قابل پرداخت می باشد.

ب- هزینه های سایر اعمال جراحی و درمان طبی و زایمان در بیمارستانهای درجه یک با ۲۵٪ فرانشیز و در سایر بیمارستان ها با اعمال ۱۵٪ فرانشیز قابل پرداخت می باشد.

ج- پرداخت هزینه های مربوط به بیماری های خاص (منظور از بیماری های خاص بر اساس تعاریف رسمی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی می باشد که شامل ام اس ، تالاسمی ، هموفیلی ، نارسایی مزمن کلیه و دیالیز) و بیماری های صعب العلاج (شامل کانسر، پارکینسون، هپاتیت ، ایدز، شیمی درمانی و پیوند مغز استخوان BMT) بر اساس تعرفه مراکز درمانی طرف قرار داد بیمه گر و با رعایت اصل همترازی بدون اعمال فرانشیز در طول سال در تعهد بیمه گر خواهد بود. در خصوص سایر بیماری های صعب العلاج با نظر مشترک وزارت نیرو و کمیسیون پزشکی بیمه گر اقدام خواهد شد.

د- هزینه های مربوط به سوختگی ناشی از حوادث کاری ، سقوط یا برخورد شی در حین انجام کار (در صورت اعلام مراتب به بیمه گر حداکثر ظرف مدت سه روز کاری پس از حادثه) بدون اعمال فرانشیز در طول سال در تعهد بیمه گر خواهد بود.

۲-۸- درخصوص هزینه های تشخیصی- درمانی سرپایی از قبیل هزینه های رادیولوژی، پزشکی هسته ای، انواع اسکن، MRI، سونوگرافی، آزمایش، پاتولوژی و آزمایشات ژنتیک، فیزیوتراپی، ادیومتری، اپتومتری، گفتار درمانی، کار درمانی و لیزر درمانی ابتدا ۲۰٪ فرانشیز از هزینه پرداختی (در صورت اعمال حق فنی، پرداخت هزینه آن به عهده بیمه شده می باشد) کسر و حداکثر تا سقف تعرفه های مصوب بخش خصوصی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال اجرای قرارداد پرداخت می شود.

۳-۸- انواع هزینه های اعمال جراحی که بطور سرپایی به منظور رفع عیوب انکساری (اصلاح دید چشم) انجام می پذیرد در صورت تأیید نمره چشم قبل از عمل توسط پزشک معتمد بیمه گر، برای هر چشم که ۳ دیوپتر و بیشتر باشد تا سقف ۱۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال (ده میلیون ریال) قابل پرداخت است.

۴-۸- لیزرتراپی جهت درمان سایر بیماری های چشم (خونریزی شبکیه، جداشتدگی شبکیه، قوز قرینه و ...) با رعایت اصل همترازی و با اعمال ۲۰٪ فرانشیز قابل پرداخت خواهد بود.

۵-۸- هزینه های اقدامات تشخیصی و درمانی در مراکز تخصصی و فوق تخصصی با رعایت تعرفه های همترازی بیمه گر و اعمال فرانشیز مقرر با رعایت تبصره ۱ از ماده ۸ قابل جبران خواهد بود.

۶-۸- ویزیت پزشکان و کارشناسان پروانه دار در بخش خصوصی با اعمال ۲۰٪ فرانشیز به حق ویزیت پرداختی و سپس حداکثر تا تعرفه بخش خصوصی مصوبه وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در سال اجرای قرارداد قابل پرداخت است (تعرفه های بخش دولتی شامل فرانشیز نمی گردد).

۷-۸- هزینه داروهای درمانی (شیمیایی - گیاهی) که در دفترچه درمانی توسط پزشک معالج تجویز شده باشد و مورد تأیید وزارت بهداشت باشد براساس نرخ مصوب وزارت بهداشت و درمان آموزش پزشکی و با کسر ۲۰٪ فرانشیز قابل پرداخت می باشد.

تبصره ۱- هزینه داروهای خارجی که تولید داخلی دارند حداکثر بر اساس قیمت داروهای تولید داخلی قابل پرداخت است. چنانچه پزشک متخصص معالج ضرورت مصرف داروی خارجی که مشابه تولید داخلی دارد را در پشت برگ نسخه تصریح نماید و پزشک معتمد بیمه گر لزوم مصرف و میزان آن را تأیید نماید (در غیر این صورت بررسی نسخه می بایست از طرف پزشک متخصص معتمد بیمه گر انجام شده باشد) با کسر ۳۰٪ فرانشیز قابل جبران می باشد.

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 بیمه گر (در صورت عدم تأیید نسخه توسط

بیمه گر، بررسی می بایست از طرف پزشک متخصص معتمد بیمه گر انجام شده باشد)، براساس قیمت پرداخت شده در مراکز رسمی (نظیر هلال احمر ، داروخانه سیزده آبان و مراکز دارویی تک نسخه ای) قابل جبران است.

تبصره ۳- حق فنی داروخانه به عهده بیمه شده می باشد .

تبصره ۴- هزینه سرنگ، آب مقطر، آنژیوکت، ست سرم، اسکالپ وین که جزء ملزومات دارویی محسوب می گردد و همچنین تزریقات بر اساس نرخ مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی همراه نسخه اصلی دارویی پزشک با کسر ۲۰٪ فرانشیز قابل جبران است.

تبصره ۵- هزینه نوار تست قند خون بیماران دیابتی وابسته به انسولین در صورتی که پزشک متخصص معالج تعداد مصرف روزانه آن را تأیید نماید حداکثر تا ۷۰ عدد در ماه با تأیید پزشک معتمد بیمه گر و با کسر ۲۰٪ فرانشیز قابل جبران است.

تبصره ۶- بیمه گر تعهد می نماید تا کلیه داروخانه های طرف قرار داد نسبت به ارائه داروهای موجود به شرح ذیل اقدام نمایند:

۱- داروخانه های معتمد با توزیع مناسب بر اساس نظر بیمه گزار برای بیماران خاص و صعب‌العلاج تا سقف چهار میلیون (۴/۰۰۰/۰۰۰) ریال و برای داروهای مرتبط با نوع بیماری بدون تأیید بیمه گر سایر بیماران تا سقف دو میلیون و پانصد هزار (۲/۵۰۰/۰۰۰) ریال.

۲- در مورد سایر داروخانه ها تا سقف دو میلیون و پانصد هزار (۲/۵۰۰/۰۰۰) ریال برای کلیه نسخ دارویی.

۸-۸- هزینه مربوط به وسایل کمک پزشکی که در داخل بدن بکار می‌رود با توجه به نوع عمل جراحی و کسر فرانشیز متناسب با شرایط این تفاهم‌نامه محاسبه و پرداخت می‌شود همچنین وسایل کمک پزشکی دیگر که در خارج از بدن کار گذاشته می‌شود مانند سمعک، واکر و ... با تأیید پزشک معالج و بر اساس نرخ مراکز مجاز و معتبر محاسبه و حداکثر تا ۵ برابر جدول تعرفه سازمان تأمین اجتماعی مربوط به سال ۹۳ پرداخت می شود.

۸-۹- تأمین هزینه تهیه اعضاء طبیعی پیوندی مانند کلیه، کبد، قریه، قلب، ریه و ... پس از تأیید انجمن حمایتی مربوطه و پزشک معتمد بیمه گر با کسر فرانشیز هم‌تراز بیمارستان مورد عمل و با رعایت موارد مربوط به بیماریهای صعب‌العلاج تا سقف ۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال (یکصد میلیون ریال) در سال در تعهد بیمه گر می باشد.

۸-۱۰- تأمین هزینه درمان نازائی و ناباروری مانند لاپاراسکوپي تشخیصی، درمانی، IUI، IVF، ZIFT، GIFT و هزینه های داروئی مانند HCG، HMG با اعمال ۲۰٪ فرانشیز سالانه حداکثر تا سقف ۵۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال (پنجاه میلیون ریال) جهت هر یک از زوجین می باشد (حتی اگر منجر به معالجه نگردد).

۸-۱۱- تعهدات بیمه گر در رابطه با هزینه آمبولانس و همراه بشرح زیراست .

۸-۱۱-۱- در موارد اورژانس که منجر به بستری شدن بیمار در بخش مراقبتهای ویژه از جمله CCU، ICU گردد و همچنین در مورد شکستگی ها (از جمله لگن ، پا و گردن ، ستون فقرات)، انتقال بیمار ما بین بیمارستانها و مراکز تشخیصی درمانی مجاز با تأیید بیمارستان مبدأ در موارد داخل شهری حداکثر تا سقف ۲/۰۰۰/۰۰۰ ریال (دو میلیون ریال) در هر مورد قابل پرداخت می باشد .

۸-۱۱-۲- در مواردی که بیمار در بیمارستان بستری و امکان مداوای بیمار در بیمارستان محل اقامت وی فراهم نباشد با تأیید بیمارستان مبدأ و یا تأیید پزشک معتمد بیمه گر هزینه انتقال بیمار با آمبولانس یا هواپیما به بیمارستانها و مراکز تشخیص درمانی تا سقف ۶/۵۰۰/۰۰۰ ریال (شش میلیون و پانصد هزار ریال) در هر مورد بین شهری قابل پرداخت است .

۳-۱۱-۸- هزینه همراه کودک بیمار تا سن ۱۰ سال کامل و افراد بالای ۷۰ سال، حداکثر معادل با نرخ تعرفه همراه در بیمارستان های همتراز طرف قرارداد بیمه گر پرداخت می گردد. در سایر موارد دستور پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر الزامی است.

۱۲-۸- تأمین هزینه عینک طبی (شیشه و فریم) هر دو سال یک بار حداکثر تا سقف ۲/۵۰۰/۰۰۰ (دو میلیون و پانصد هزار) ریال، در مورد لنز تماسی طبی با تأیید پزشک معتمد بیمه گر و برای عینک دو دید معمولی حداکثر تا سقف ۳/۳۷۵/۰۰۰ (سه میلیون و سیصد و هفتاد و پنج هزار) ریال.

تبصره: در صورت تمایل حداقل ۷۵ درصد از بیمه شدگان در ابتدای قرارداد و با حق بیمه بر اساس روش ذیل و مازاد بر حق بیمه ماده ۶ حداکثر تا سقف ۵/۵۰۰/۰۰۰ (پنج میلیون و پانصد هزار) ریال برای عینک یک دید و سقف ۳۵٪ بیشتر از تعهد یک دید برای عینک دو دید قابل پرداخت است:

(سقف عینک یک دید) $\times 0.1671 =$ حق بیمه ماهانه هر نفر مازاد بر تعهدات بند ۱۲-۸

۱-۱۲-۸- 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 یک دید در بند ۱۲-۸ صرفاً بابت شیشه طبی با ارائه صورتحساب معتبر قابل پرداخت خواهد بود.

۱۳-۸- هزینه های انجام شده با ارائه اصل مدارک و صورت حسابهای درمانی و بر اساس مفاد قرارداد قابل پرداخت است. در مواردی که بیمه شده اصل مدارک را جهت دریافت قسمتی از هزینه های انجام شده سهم سایر مراجع ذیربط به آنها ارائه نموده باشد، بیمه گر تعهدات خود را (مازاد هزینه ها) پس از دریافت تصویر مصدق مدارک ذکر شده به همراه تصویر چک یا اصل گواهی مربوطه انجام خواهد داد.

۱۴-۸- بیمه گر متعهد می گردد لیست کلیه سراز طرف قرار داد خود را حداکثر ظرف ۱۵ روز کاری کتباً به بیمه گزار اطلاع دهد و همچنین بیمه گر طبق روال در جهت دستیابی مستقیم بیمه شدگان به مراکز درمانی تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی و خدمات درمانی و ... در چارچوب تعرفه های مصوب دولت اقدام خواهد نمود به نحوی که بیمه شدگان بتوانند مشابه افراد تحت پوشش سازمانهای مزبور از خدمات این مراکز استفاده نمایند. بدین منظور بیمه گر مکلف است تمامی مراکز مذکور را طرف قرارداد خود قرار دهد.

۱۵-۸- بیمه گر می تواند مدارک ارائه شده از طرف بیمه گزار و یا بیمه شده را به تشخیص خود بررسی نموده و در مورد چگونگی درمان و معالجه وی تحقیق نماید.

۱۶-۸- هزینه های درمانی خارج از کشور :

هزینه های درمانی خارج از کشور بیمه شدگان در صورت تأیید اصل مدارک توسط سفارت یا کنسولگری و یا دفاتر حافظ منافع جمهوری اسلامی ایران در آن کشور پس از ترجمه رسمی مدارک و با موافقت کتبی وزارت نیرو حداکثر برابر بالاترین تعرفه مورد عمل در بیمارستانهای درجه یک طرف قرارداد بیمه گر در تهران طبق مفاد قرارداد قابل پرداخت خواهد بود.

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

۱۷-۸- بیمه گر موظف است آمار و اطلاعات مورد درخواست بیمه گزار را بر اساس جدول پیوست تهیه و در اختیار وی قرار دهد.

۱۸-۸- بیمه گر موظف است نسبت به ارسال رونوشت دستورالعمل ها و بخشنامه ها و تعرفه های این بخش از قرارداد که به شعب و واحدهای اجرایی ارسال می نماید به وزارت نیرو و بیمه گزاران محلی اقدام نماید.

ماده ۹ - خدمات دندانپزشکی

۹-۱- تعهدات مربوط به دندانپزشکی متجمله کشیدن، پر کردن، جراحی لثه، بریج، روت کانال (درمان ریشه)، ارتودنسی و ایمپلنت با اعمال ۲۵٪ فرانشیز در هر مورد تا سقف ۱۰/۰۰۰/۰۰۰ (ده میلیون) ریال برای هر خانوار در طول مدت قرار داد و بر اساس آخرین تعرفه ابلاغی سندیکای بیمه گران مورد تعهد بیمه گر می باشد.

تبصره: در صورت تمایل حداقل ۷۵ درصد از بیمه شدگان در ابتدای قرارداد و با حق بیمه بر اساس جدول ذیل و مازاد بر حق بیمه ماده ۶ حداکثر تا سقف ۱۰/۰۰۰/۰۰۰ (ده میلیون) ریال قابل پرداخت است.

حداکثر سقف دندانپزشکی مازاد بر تعهدات بند ۹-۱ (ریال)	حق بیمه مازاد ماهانه هر بیمه شده اصلی (ریال)
۱/۰۰۰/۰۰۰	۴۸۰۰۰
۲/۰۰۰/۰۰۰	۹۵۰۰۰
۳/۰۰۰/۰۰۰	۱۰۸۰۰۰
۴/۰۰۰/۰۰۰	۱۴۰۰۰۰
۵/۰۰۰/۰۰۰	۱۶۵۰۰۰
۶/۰۰۰/۰۰۰	۱۹۰۰۰۰
۷/۰۰۰/۰۰۰	۲۱۰۰۰۰
۸/۰۰۰/۰۰۰	۲۳۰۰۰۰
۹/۰۰۰/۰۰۰	۲۷۰۰۰۰
۱۰/۰۰۰/۰۰۰	۳۰۰۰۰۰

توجه: حق بیمه سرانه موارد مازاد بر سقف ده میلیون ریال مربوط به تعهدات دندان پزشکی خانوار به ازاء هر بیمه شده اصلی است.

۹-۲- بیمه گر بمنظور تسهیل در ارائه خدمات دندانپزشکی و کسب رضایت بیمه شدگان به تناسب تعداد بیمه شدگان به تعداد کافی و توزیع مناسب در کلیه شهرستانها و شهرهای کشور با کلینیک های دندانپزشکی و یا دندانپزشکان، قرارداد منعقد خواهد نمود.

۹-۳- چنانچه بیمه گر 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 بیمه گزار کماکان نسبت به تسویه هزینه های دندانپزشکی بیمه شدگان طبق مفاد قرارداد اقدام خواهد نمود (در موارد اورژانس که در مسافرت و مأموریت پیش می آید با تائید دندانپزشک معتمد بیمه گر مطابق مفاد قرارداد قابل پرداخت است).

تبصره: در هر صورت بیمه گر موظف است بر اساس ارائه اسناد مثبته تعهدات خود را در پرداخت هزینه های مربوط به دندان انجام دهد.

ماده ۱۰- ضرب الاجل تسلیم اسناد هزینه ها:

حداکثر مهلت تحویل اسناد هزینه های درمانی به بیمه گر در مورد هزینه های دندانپزشکی که قبل از انقضای این قرارداد طرح درمان آن به تأیید بیمه گر و یا پزشک معتمد وی رسیده باشد و همچنین ارائه هزینه های پاراکلینیکی ۳ ماه و در مورد هزینه های بیمارستانی ۵ ماه از تاریخ انجام هزینه های مربوطه می باشد. بدیهی است بعد از انقضای این مدت، بیمه گر تعهدی نسبت به پرداخت خسارت در قبال مدارک ارائه شده نخواهد داشت. لیکن در مورد هزینه های بیمارستانی در صورت موجه بودن تأخیر به شرط اعلام بیمه گزار به بیمه گر در طول مدت تعیین شده فوق الذکر تا مدت ۸ ماه مورد پذیرش خواهد بود.

ماده ۱۱- استثنائات:

موارد زیر از شمول تعهدات بیمه گر خارج می باشد:

- ۱- از بین بردن عیوب مادرزادی، مگر در مواردی که با تشخیص پزشک معالج و با تأیید پزشک معتمد بیمه گر جنبه درمانی داشته و بیمه شده حداقل یکسال سابقه بیمه ای نزد بیمه گر داشته باشد در خصوص نوزادان در صورت داشتن پوشش بیمه ای از بدو تولد نیازی به یک سال سابقه نمی باشد
- ۲- اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام پذیرد مگر هزینه اعمال جراحی ترمیمی ناشی از سوختگی طی پوشش بیمه ای قراردادهای درمانی وزارت نیرو.
- ۳- اتاق خصوصی (یک نفره): هزینه اتاق بیماران با رعایت اصل همترازی حداکثر بر اساس نرخ اتاق دو تخته بیمارستان محل درمان پرداخت می گردد بجز بیماران بستری در اتاق ایزوله که در صورت تأیید پزشک معالج حداکثر برابر اتاق یک تخته بیمارستانهای همتراز پرداخت می شود.
- ۴- حوادث ناشی از آتشفشان و فعل و انفعالات هسته ای.
- ۵- هزینه های واکسیناسیون و سایر خدمات بهداشتی و پیشگیری که از وظایف شبکه های بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است مگر در مواردی که در صورت حساب بیمارستان منعکس باشد.
- ۶- هزینه های مربوط به عقیم سازی مانند وازکتومی و TL.
- ۷- هزینه های مربوط به تهیه لوازم آرایشی و متفرقه از قبیل شیر خشک (به جز موارد مشمول ماده ۶۹ قانون تأمین اجتماعی)، صابون، شامپو، خمیر دندان، جوراب واریس، 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 بیمه گر برسد)، کلیه هزینه های مربوط به لوازم مصرفی که در اتاق عمل مراکز درمانی طرف قرار داد استفاده می شود و یا جزء ملزومات درمانی است مشمول استثنائات نمی شود.
- ۸- هزینه های ترک اعتیاد .
- ۹- هر نوع چک آپ و آزمایشات دوره ای (برابر قانون کار، این هزینه ها به عهده کارفرما میباشد).
- ۱۰- 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.
- ۱۱- هزینه های درمان ناشی از حوادث عمدی در نزاع و درگیری فردی و گروهی که عامل، بیمه شده باشد.
- ۱۲- هزینه های تشخیصی و درمانی ناشی از حوادث نقلیه موتوری که بیمه شده مقصر حادثه نیست.
- ۱۳- جنون (در صورت عدم آگاهی بیمه شده نسبت به بیماری خود)