



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

به منظور اجرای بیمه های درمان و پوشش هزینه های درمانی ناشی از مسئولیت حرفه ای کارفرما در مقابل کارکنان و حمایت از بیمه های عمر و حادثه و درمان تکمیلی بازنشستگان، بین شرکت سهامی آب منطقه ای البرز به نمایندگی جناب داود نجفیان به کد ملی ۵۰۴۹۰۶۱۴۱۵ به سمت مدیر عامل از یک طرف بعنوان بیمه گذار و شرکت بیمه سینا (سهامی عام) به نمایندگی جناب آقای سعید درخشانی به کد ملی ۰۳۲۰۲۲۲۷۱۳ به سمت رئیس شعبه کرج از طرف دیگر بعنوان بیمه گر بر اساس قانون بیمه همگانی خدمات درمانی، آئین نامه های مصوب بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران در رشته های درمان و عمر و حادثه، قانون مسئولیت مدنی، قانون تأمین اجتماعی و اخذ موافقت نامه شماره ۱۴۰۵/۶۰۱/۵۶۱۸۴ مورخ ۱۴۰۵/۰۳/۱۸ بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران با استناد به ماده ۲۶ از آیین نامه شماره ۹۹ شورای عالی بیمه و مواد ۱۱ و ۱۴ و تبصره های ذیل آن از آیین نامه شماره ۲-۹۴ شورای عالی بیمه، با شرایط ذیل و بدون دخالت کارگزار یا نماینده بیمه (صدور و معرف بصورت مستقیم) منعقد می گردد (کارکنان بازنشسته می توانند یک یا هر دو بخش قرارداد را انتخاب نمایند). این بیمه نامه در چهار بخش به همراه چهار ضمیمه تنظیم شده است که ضمیمه (۱) مبین مدارک لازم جهت ارائه به بیمه گر به منظور دریافت خسارات مرتبط است و بیمه گر متعهد به پرداخت خسارات صرفاً براساس مدارک لیست شده در ضمیمه (۱) می باشد.

شماره قرارداد:

درمان شاغلین: ۱/۱۰۱۵/۱۰۱۵/۱۳۱/۱۴۰۵	تاریخ صدور: ۱۴۰۵/۰۴/۰۱
درمان تکمیلی بازنشستگان: ۱/۱۰۱۵/۱۰۱۵/۱۳۱/۱۴۰۵	تاریخ شروع قرارداد: از ساعت صفر بامداد ۱۴۰۵/۰۴/۰۱
*****	تاریخ انقضاء قرارداد: تا ساعت صفر بامداد ۱۴۰۶/۰۴/۰۱
شناسه ملی بیمه گذار: ۱۰۱۹۰۰۵۷۱۱۲	شناسه ملی بیمه گر: ۱۰۱۰۲۵۲۹۰۰۶
کد اقتصادی بیمه گذار: ۴۱۱۴۱۹۴۷۳۴۷۴	کد اقتصادی بیمه گر: ۴۱۱۳۳۴۱۶۴۴۶۵
شماره ثبت بیمه گذار: ۰۴۶۱۸۷ت۸۹۷۰۹	شماره ثبت بیمه گر: ۲۱۱۴۳۹

موضوع قرارداد: پوشش درمان پایه و تکمیلی شاغلین و درمان تکمیلی، عمر و حادثه بازنشستگان

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

فصل اول - تعاریف و اصطلاحات

ماده ۱- موضوع بیمه درمان:

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

ماده ۲ - بیمه گر: شرکت بیمه سینا (شعبه کرج شرکت به نشانی: بلوار بلال - نرسیده به چهارراه هفت تیر - جنب خ ۱۳ بان -

بلاک ۱۵ کد پستی: ۳۱۳۴۸۱۴۷۸۳





بیمه سینا

ماده ۳ - بیمه گذار: شرکت سهامی آب منطقه ای البرز به نشانی: شرکت سهامی آب منطقه ای البرز به نشانی: استان البرز، شهرستان کرج، بخش مرکزی، شهر کرج، محله مهرشهر، خیابان فرعی اول (فرعی ۱)، خیابان بوستان، پلاک ۰، طبقه اول کد پستی: ۳۱۸۶۷۱۷۵۹۸

ماده ۴ - بیمه شدگان: 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 بیمه گر پایه شرکت بیمه گذار قرار دارند، بازنشستگان، ازکارافتادگان، مستمری بگیریان، وظیفه بگیریان به همراه اعضاء خانواده مطابق ماده ۵۸ قانون تأمین اجتماعی و افراد تحت تکفل و غیرتحت تکفل آنان به تفکیک ذیل.

تبصره ۱: بیمه گذاران موظف به اعلام اسامی بیمه شدگان (شامل بیمه شده اصلی، همسر و فرزندان) برطبق حکم کارگزینی و یا قرارداد کارکنان به بیمه گر می باشند.

تبصره ۲: در بخش اول این قرارداد، در همه مواردی که عنوان بازنشسته ذکر شده است منظور بازنشستگان، ازکارافتادگان، مستمری بگیریان، وظیفه بگیریان به همراه افراد تحت پوشش آنان می باشد و پوشش بیمه ای این افراد بدون در نظر گرفتن شرایط آنان در بیمه پایه، همانند بیمه شده اصلی (به فرم تکمیلی) و حق بیمه یکسان با بیمه شده اصلی است.

۴-۱ - فرزندان پسر تحت تکفل حداکثر تا پایان سن ۲۰ سالگی و در غیر این صورت با ارائه مدارک مثبت مبنی بر اشتغال به تحصیل مستمر (مدت اعتبار معافیت تحصیلی بعد از فارغ التحصیلی بر اساس ماده ۲۳ قانون خدمت وظیفه عمومی به معنی استمرار اشتغال به تحصیل خواهد بود) در یکی از دانشگاه ها و موسسات آموزش عالی و یا در اثر نقص عضو یا بیماری که از کارافتاده تلقی شوند با ارائه گواهی معتبر همراه با مستندات قانونی مطابق مقررات صندوق پایه که به همراه لیست اولیه از طریق بیمه گذار به بیمه گر ارائه شود.

تبصره ۱: در صورت عدم اشتغال به کار و تحصیل، فرزندان پسر مجرد بعد از محدوده سنی موضوع بند ۴-۱ و نیز فرزندان پسر متأهل که بیش از پنج سال از تاریخ ازدواج آنان نگذشته باشد و بطور پیوسته در طی دوره های قبل از این پوشش بیمه ای استفاده می کرده اند صرفاً با ارسال اسامی آنان به همراه لیست اولیه و بدون محدودیت سنی می توانند از پوشش بیمه شدگان غیر تحت تکفل استفاده نمایند.

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

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

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

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

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

۴-۴ - پوشش فرزندان دختر مطلقه و همچنین فرزندان دختری که همسر خود را از دست داده اند و قانوناً تحت تکفل بیمه شده اصلی قرار می گیرند مجدداً از تاریخ ثبت طلاق و یا تاریخ فوت همسر به شرط عدم اشتغال با پرداخت حق بیمه وی متناسب با مدت پوشش و با رعایت ضرب الاجل مندرج در بند ۵-۱ برقرار می باشد.

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

گیرد.





بیمه‌ینا

- ۴-۵- پوشش نوزادان تحت تکفل بیمه‌شده اصلی و همچنین موضوع تبصره بند ۴-۴ از بدو تولد اجباری بوده و بیمه‌گذار موظف است با ارسال اسامی و مشخصات نسبت به پرداخت حق بیمه وی از تاریخ تولد با رعایت ضرب الاجل 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- هر یک از والدین غیرتحت تکفل صرفاً کارکنان شاغل و نیز همسر غیرتحت تکفل کارکنان شاغل و بازنشسته انات، با توجه به شرایط پیش‌بینی شده صرفاً در صورتی که از ابتدای قرارداد و طی لیست اولیه به بیمه‌گر معرفی شده باشند.
- تبصره ۱: در صورتیکه پدر و مادر بیمه‌شده اصلی و همسر کارکنان شاغل انات بعنوان افراد تحت تکفل معرفی می‌شوند لازم است مدارک و مستندات قانونی برای بیمه‌شدگان تحت پوشش بیمه سلامت مانند سوابق داشتن پوشش بیمه درمانی تبعی ۱ از طرف بیمه‌شده اصلی و یا مستندات مراجع قضایی مبنی بر کفالت، سرپرستی و یا حضانت از سوی بیمه‌شده اصلی و در مورد بیمه‌شدگان سازمان تأمین اجتماعی مستندات مطابق مقررات صندوق پایه بازنشستگی و با در نظر گرفتن به همراه لیست اولیه یا از زمان احراز شرایط تحت تکفل از طریق بیمه‌گذار به بیمه‌گر ارائه شود. در غیر این صورت بیمه‌گر تعهدی در قبال پوشش به صورت تحت تکفل را نخواهد داشت.
- تبصره ۲: برای تحت پوشش قرار گرفتن آن دسته از بیمه‌شدگان غیرتحت تکفل که سابقه بیمه‌ای در قرارداد دوره قبل نداشته باشند، بیمه‌گر می‌تواند در ابتدای قرارداد تکمیل پرسشنامه ضمیمه این قرارداد که به تأیید وزارت نیرو رسیده است (ضمیمه شماره ۲) قرارداد را مطالبه نماید.
- ۴-۷- فرزندان معلول ذهنی و جسمی بیمه‌شده اصلی که قانوناً تحت تکفل یا حضانت یا سرپرستی آنها می‌باشند با ارائه مدارک مثبته از مراجع ذیصلاح و با تأیید بیمه‌گذار بدون محدودیت سنی تحت پوشش خواهند بود.
- ۴-۸- افرادی که قانوناً تحت تکفل یا حضانت یا سرپرستی بیمه‌شده اصلی می‌باشند با ارائه مدارک مثبته از مراجع ذیصلاح و با تأیید بیمه‌گذار، از زمان تحت تکفل قرار گرفتن فرد، تحت پوشش خواهند بود.

فصل دوم - وظایف و تعهدات بیمه‌گذار و بیمه‌شده

ماده ۵- ترتیب اعلام اسامی بیمه‌شدگان و تغییرات مجاز:

۵-۱- بیمه‌گذار موظف است حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز از تاریخ عقد قرارداد یک نسخه لیست اسامی بیمه‌شدگان حاوی مشخصات کامل کلیه پرسنل مشمول بیمه خود، اعم از شاغل، بازنشسته (از کارافتاده)، وظیفه‌بگیر، مستمری‌بگیر و افراد خانواده مطابق با ماده ۴ و یا افراد تحت تکفل و غیرتحت تکفل آنان (پدر و مادر بیمه‌شده اصلی، فرزندان ذکور، همسر و فرزندان غیرتحت تکفل کارکنان انات) شامل: نام و نام خانوادگی، نام پدر، تاریخ تولد (روز/ماه/سال)، شماره شناسنامه و محل صدور به ترتیب حروف الفبا و یا به ترتیب شماره پرسنلی بیمه‌شدگان اصلی و کد ملی و شماره شب و یا شماره حساب به همراه نام بانک و تلفن همراه بیمه‌شده اصلی طی لیست جداگانه به شرح زیر را تهیه و به بیمه‌گر ارسال نماید، ضمناً بیمه‌گذار مکلف است با رعایت مفاد این قرارداد تغییرات مجاز (افزایش یا کاهش) در تعداد

بیمه‌شدگان در طول مدت قرارداد را حداکثر ظرف مدت دو ماه از تاریخ موثر به روال فوق‌الذکر اعلام نماید.

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

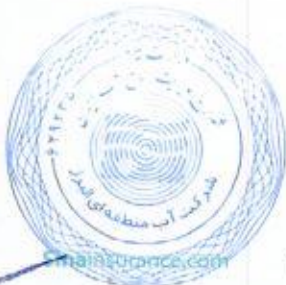
لیست دوم: افراد غیرتحت تکفل بیمه‌شدگان اصلی انات شامل همسر و فرزندان.

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

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

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

لیست ششم: بازنشستگان، به همراه افراد تحت پوشش





بیمه سینا

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

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

تبصره ۱: لازم است در هر کدام از لیست های فوق افراد دارای بیماری خاص و صعب العلاج ضمن ارائه نمودن مدارک مطابق با ضمیمه شماره (۱) قرارداد برای بیمه گر مشخص شوند.

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

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

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

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

۲-۵- در مورد افزایش یا کاهش بیمه شدگان ملاک محاسبه حق بیمه کسر ماه، ماه شمار خواهد بود و بیمه گذار مکلف به حذف بیمه شدگان از قرارداد از ابتدای ماه بعد می باشد. بدیهی است در صورت حذف بیمه شدگان، حق بیمه صرفاً تا زمان مؤثر (مطابق تبصره ۳ ذیل بند ۱-۵) به صورت ماه شمار توسط بیمه گر محاسبه و مطالبه می شود بدین ترتیب لازم است اسامی حذف شدگان صرفاً در انتهای ماه خروج بیمه شده به بیمه گر اعلام شود.

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

۱-۶- شاعلین:

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

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

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

۲-۶- افراد غیرتحت تکفل بیمه شده اصلی:

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

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

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

تبصره ۱: بجز ماده ۹ قرارداد، پوشش بازنشستگان و افراد تحت پوشش آنان با رعایت ماده ۸ و کلیه بندهای آن همانند شاعلین خواهد بود اما کارکنانی که در طول قرارداد بازنشسته و یا از کارافتاده می شوند و همچنین افراد تحت تکفل کارکنانی که در طول قرارداد فوت می شوند از زمان بازنشستگی یا از کارافتادگی و یا فوت بیمه شده اصلی می توانند ضمن تحویل دفترچه های درمانی (در صورت دارا بودن دفترچه درمانی) با پرداخت حق بیمه مربوط به بازنشستگان پوشش های مندرج در تفاهم نامه را دریافت نمایند در غیر این صورت با پرداخت حق بیمه شاعلین پوشش های همانند شاعلین حداکثر تا انتهای قرارداد دریافت نمایند.

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

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

بیمه گذار مکلف است حق بیمه ماهانه بیمه شدگان (موضوع ماده ۶ قرارداد) را براساس لیست اولیه بیمه شدگان و تغییرات مجاز بعدی حداکثر ظرف مدت سی روز از پایان هر ماه در وجه بیمه گر به شماره حساب ۴۴۵۰۰۰۰۳۸۰ نزد بانک ملت شعبه میرداماد کد ۶۵۷۳۰ به نام شرکت بیمه سینا پرداخت نماید. بر این اساس بیمه گر نیز مکلف به پرداخت خسارت بر طبق زمان بندی جزء (ب) از بند ۸-۱ خواهد بود.

تبصره ۱: با اعلام کتبی عدم رعایت موضوع فوق و ماده ۶ از مقررات گوناگون توسط هر کدام از طرفین به شرکت مادر تخصصی ذریع (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 شرکت های مادر تخصصی ظرف مدت دو هفته پس از تاریخ دریافت نامه، مراتب بلافاصله به وزارت نیرو و بیمه گر طرف قرارداد از طریق شرکت مادر تخصصی و یا شرکت بیمه گر طرف قرارداد اعلام تا بطور مشترک از سوی وزارت نیرو و نماینده بیمه گر نحوه برخورد با موضوع ظرف مدت یک ماه پس از دریافت اعلام کتبی شرکت مادر تخصصی یا شرکت بیمه گر تعیین گردد. شرکت بیمه گر بدون طی مراحل فوق، به هیچ عنوان اجازه قطع خدمات به بیمه گذار را ندارد. در صورت حصول نتیجه مبنی بر پرداخت حق بیمه توسط بیمه گذار براساس زمان بندی تعیین شده در صورت جلسه تنظیمی فی مابین، و عدم پرداخت حق بیمه، بیمه گر در ارتباط با قطع خدمات محق خواهد بود.



بیمه سینا
شعبه کرج
تلفن: ۰۲۱ ۲۸۰۷۰۲۱
کد اقتصادی ۴۱۱۳۳۴۱۶۴۴۶۵
شناسه ملی ۱۰۱۰۲۵۲۹۰۰۶
شماره ثبت ۲۱۱۴۳۹
کد ۱۰۱۵

فصل سوم - تعهدات بیمه‌گر

ماده ۸ - تعهدات بیمه‌گر: بیمه‌گر بعد از دریافت اسامی بیمه‌شدگان موضوع بند ۱-۵ با ارسال پیامک ضمن اعلام برقراری پوشش برای بیمه‌شده اصلی و افراد تحت پوشش وی در ازای دریافت حق بیمه مقرر موضوع ماده ۶ قرارداد تعهدات بیمه‌گر برای هر یک از بیمه‌شدگان با رعایت ماده ۱۱ از بخش اول بیمه‌نامه و جزءهای "الف" و "ث" از ماده ۷۰ قانون برنامه پنج ساله هفتم پیشرفت جمهوری اسلامی ایران برقرار خواهد شد لذا کلیه مواردی که در فصل سوم این بیمه‌نامه ذکر شده از عناوین آن نشده مورد تعهد بیمه‌گر نمی‌باشد. همچنین در صورت نیاز به انجام معالجاتی که ادامه سیر درمان به بعد از انقضای زمان قرارداد منجر شود، تعهدات به صورت ذیل اعمال می‌شود:

- در صورت ادامه طرح درمان در زمان بستری به بعد از اتمام دوره قرارداد، بیمه‌گر قبلی تعهد پرداخت خسارت را تا حداکثر دو ماه بعد از اتمام قرارداد (۱۴۰۵/۵/۳۱) بعهد خواهد داشت و در صورت ادامه طرح درمان بعد از موعد فوق هزینه‌های بعد از تاریخ مذکور، به قرارداد و بیمه‌گر جدید منتقل می‌شود. بدیهی است کل مبلغ خسارت قابل پرداخت به بیمه‌شده از زمان بستری تا زمان ترخیص بعهد بیمه‌گر قبلی بوده و تهاتر سهم پرداختی بیمه‌گران قبلی و فعلی صرفاً مسئله مالی بین دو بیمه‌گر بوده و بیمه‌شده دخالتی در اینگونه مسائل نخواهد داشت.
- در موارد پرتو درمانی و خدمات توانبخشی (گفتار درمانی، کار درمانی و فیزیوتراپی) که سیر درمان منقطع می‌باشد، هر بیمه‌گر متعهد پرداخت هزینه‌های بازه زمانی قرارداد خود است و می‌بایست صورتحساب تفکیکی ارائه گردد، در غیر اینصورت با ارائه کپی مدارک برابر اصل شده توسط بیمه‌گر قبلی و رسید پرداخت آن، بیمه‌گر دوره بعدی متعهد پرداخت خواهد بود.
- هزینه مراقبت پرستاری مندرج در صورتحساب بیمارستانی مطابق مصوبه هیئت وزیران توسط بیمه‌گر با کسر فرانشیز پرداخت می‌گردد.
- هزینه ویزیت پزشک و خدمات تخصصی پرستاری در منزل نظیر تزریقات، پانسمان مطابق جدول پیوست شماره ۵، برای بیمارانی که با دستور پزشک متخصص معالج و با ارائه مدارک پزشکی معتبر و با تایید پزشک معتمد بیمه‌گر، به علت بیماری، عوارض ناشی از درمان، آسیب‌دیدگی یا ناتوانی جسمی یا عصبی، به طور موقت یا دائم فاقد توانایی جابه‌جایی مستقل و ایمن بوده و امکان مراجعه به مراکز درمانی برای وی مقدور نباشد و خدمات پرستاری و ویزیت در منزل برای ادامه یا تکمیل درمان ایشان ضروری باشد با رعایت تعرفه‌های مصوب هیئت وزیران و به دفعات قابل پرداخت است. در این ارتباط خدمات نگهداری، کمک بهیاری و امور غیر درمانی تحت هیچ عنوان مشمول تعهدات نخواهد بود.
- برای مراقبت‌های ICU در منزل با دستور پزشک متخصص معالج و ارائه مدارک معتبر بیمه‌شده موظف است در مرحله نخست از بیمه‌گر استعلام لازم در خصوص ارائه مراکز طرف قرارداد را به منظور مراجعه به آن مراکز اخذ نماید. در صورت عدم وجود مراکز طرف قرارداد (بر اساس استعلام از بیمه‌گر) هزینه انجام خدمت توسط مراکز دارای مجوز بر اساس فاکتور معتبر با تایید پزشک معتمد بیمه‌گر قابل پرداخت است.

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

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





بیمه سینا

تبصره ۳: با عنایت به تبصره‌های ۱ و ۲ در کلیه تعهدات بیمه‌گر در صورت نیاز به اعمال فرانشیز، فرانشیز به هزینه پرداختی توسط بیمه‌شده اعمال می‌شود و به تفکیک: شاغلین به همراه افراد تحت پوشش ۵ درصد، بازنشستگان به همراه افراد تحت پوشش در صورت عدم استفاده از سهم بیمه‌گر پایه ۱۰ درصد می‌باشد و در خصوص تعهد ماده ۹ (خدمات دندانپزشکی) برای کلیه بیمه‌شدگان (اعم از شاغلین و بازنشستگان و افراد تحت پوشش) فرانشیز ۵ درصد است. برای بیمه‌شدگانی که از سهم بیمه پایه به هر میزان استفاده کنند و هزینه‌های درمانی مرتبط با بیماری خاص و صعب‌العلاج و سوختگی‌های ناشی از حوادث حین کار و هزینه‌های ناشی از هرگونه حادثه حین انجام کار، (با عنایت به ماده ۶۰ قانون تأمین اجتماعی و بند ۶ از ماده ۲ آیین‌نامه شماره ۹۹ شورای عالی بیمه) بدون اعمال فرانشیز می‌باشد. در خصوص حوادث حین کار می‌بایست مراتب حداکثر ظرف مدت ۵ روز کاری پس از حادثه به شرکت بیمه اعلام گردد. در صورت اختلاف بیمه‌گر و بیمه‌گذار نسبت به چگونگی اجرای پرداخت هزینه‌های سوختگی ناشی از حوادث کاری و این موضوع در جلسات مربوط به موضوع جزء "ه" قابل بررسی خواهد بود.

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

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

الف- تعهدات بیمه‌گر در مورد اعمال جراحی و درمان طبی و زایمان در مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر در طول مدت قرارداد و به دفعات با استفاده از معرفی‌نامه بر اساس صورتحساب مراکز درمانی فوق با اعمال فرانشیز با رعایت تبصره‌های ۱ تا ۳ از ماده ۸ خواهد بود.

ب- بیمه‌گر باید حداکثر ظرف مدت پانزده روز کاری پس از تاریخ دریافت همه اسناد و مدارکی که بتواند به وسیله آنها میزان خسارت وارده و حدود تعهد خود را تشخیص دهد، خسارت را پرداخت کند.

ج- بیمه‌گر موظف است مدارک و مستندات لازم جهت پرداخت هر مورد خسارتی به بیمه‌شدگان را صرفاً بر اساس ضمیمه (۱) قرارداد از بیمه‌شدگان مطالبه نماید و بیمه‌گذاران نیز موظف به اطلاع‌رسانی این موارد به بیمه‌شدگان می‌باشند. در هر صورت بیمه‌شده موظف به ارائه مدارک بیشتر از آنچه که در ضمیمه آمده است نمی‌باشد.

د- پرداخت هزینه‌های مربوط به بیماری‌های خاص و صعب‌العلاج براساس آخرین لیست وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و عناوین بیماری‌های مندرج در ضمیمه (۱) قرارداد (منظور از بیماری‌های خاص بر اساس تعاریف رسمی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌باشد که شامل تالاسمی، هموفیلی، دیالیز خونی و صفاقی) و بیماری‌های صعب‌العلاج (از جمله ام اس، کانسر، پارکینسون، هیپاتیت، ایدز، شیمی درمانی، متابولیک، بال پروانه‌ای، اوتیسم، CF، SMA، MPS، نارسایی مزمن کلیه، یمپه، گوشه، نیمن بیک C/D، دیستروفی عضلات دوشن، دیستروفی عضلات غیر دوشن، رتینوپاتی، سکنه مغزی ایسکمیک، سکنه مغزی هموراژیک، سکنه قلبی و اقدامات درمانی مرتبط با آن، پرفشاری شریان ریوی، روانی مزمن و صرع مقاوم به درمان، انواع پیوندها از قبیل: مغز استخوان (BMT)، کبد، قلب، روده، پانکراس، مولتی ویسرال، ریه و کلیه و سایر جراحی‌های تخصصی) بر اساس تعرفه‌های مصوب مراجع ذیصلاح قانونی در هر بخش بدون اعمال فرانشیز در طول دوره در تعهد بیمه‌گر خواهد بود. در خصوص اطلاق عنوان صعب‌العلاج به سایر بیماری‌ها و همچنین بیماری‌های ناشی از آن که مورد اختلاف طرفین می‌باشد موضوع با نظر کمیسیون پزشکی مشترک وزارت نیرو و بیمه‌گران دارای بیشترین پورتنفوی درمان صنعت آب و برق از تاریخ ذکر شده در صورتجلسات لازم‌الاجرا می‌باشد.

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

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



بیمه سینا
شعبه کرج

۸-۲- در خصوص هزینه‌های تشخیصی- درمانی سربایی از قبیل هزینه‌های رادیولوژی، پزشکی هسته‌ای، انواع اسکن (از جمله اسکن کف پا)، MRI، انواع سونوگرافی، آزمایش، پاتولوژی و آزمایشات ژنتیک، آزمایشات غربالگری جنین، فیزیوتراپی، ادیومتری، اپتومتری، گفتار درمانی، کار درمانی، نوروفیدبک، کایروپرکتیک، طب سوزنی، ازون تراپی (صرفاً جهت درمان انواع زخم)، فصد خون با تجویز پزشک متخصص طب سنتی و حداکثر ۴ بار در طول قرارداد، PRP، rTMS، QEEG، تزریق سلولهای بنیادی، لیزر درمانی، لیزر تراپی جهت درمان سایر بیماری‌های چشم (خونریزی شبکیه، جداسدگی شبکیه، قوز قرنیه و...)، خدمت آب درمانی در صورت تجویز پزشک متخصص و فوق تخصص مرتبط (ارتوپد، مغز و اعصاب، طب فیزیکی و توانبخشی، جراح عمومی، متخصص طب ورزشی، فلوشیپ درد، روماتولوژیست، فوق تخصص مغز و اعصاب کودکان) و انجام در مراکز دارای مجوز در صورت ارائه توسط فیزیوتراپیست یا متخصص طب فیزیکی و توانبخشی یا متخصص ورزشی صرفاً ۳۰ جلسه در بازه زمانی بیمه‌نامه مطابق با استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قابل پرداخت است و سایر خدمات تشخیصی- درمانی با اعمال فرانشیز با رعایت تبصره‌های ۱ تا ۳ از ماده ۸ و با رعایت کلیه تبصره‌های ذیل ماده ۸ پرداخت می‌شود.

۸-۳- انواع هزینه‌های اعمال جراحی که بطور سربائی به منظور رفع عیوب انکساری (اصلاح دید چشم) انجام می‌پذیرد در صورت تأیید نمره چشم قبل از عمل توسط پزشک معتمد بیمه‌گر، برای هر چشم که ۳ دیوپتر و بیشتر (درجه نزدیک‌بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک‌بینی یا دوربینی به اضافه آستیگمات)) باشد، و اعمال فرانشیز با رعایت تبصره‌های ۱ تا ۳ از ماده ۸ قابل پرداخت است.

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

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

۸-۶- هزینه داروهای درمانی (شیمیایی - گیاهی) که توسط پزشک معالج تجویز شده باشد و مورد تأیید وزارت بهداشت باشد براساس نرخ مصوب وزارت بهداشت و درمان آموزش پزشکی با اعمال فرانشیز با رعایت تبصره‌های ۱ تا ۳ از ماده ۸ با تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر قابل پرداخت می‌باشد.

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

تبصره ۲: هزینه داروهای خارجی که تولید داخلی ندارند در صورت تجویز پزشک متخصص معالج و تأیید ضرورت مصرف و نام تجاری دارو و مقدار مصرف آن از سوی پزشک معتمد بیمه‌گر (در صورت عدم تأیید نام داروی مرتبط با بیماری و میزان مصرف آن توسط بیمه‌گر، بررسی می‌بایست از طرف پزشک متخصص معتمد بیمه‌گر انجام شده باشد)، براساس قیمت پرداخت شده در مراکز رسمی (نظیر هلال احمر، داروخانه سیزده آبان و مراکز دارویی تک نسخه‌ای) با اعمال فرانشیز با رعایت تبصره‌های ۱ تا ۳ از ماده ۸ قابل جبران است. در سایر موارد نیز با اعمال فرانشیز و با رعایت تبصره‌های ۱ تا ۳ از ماده ۸ براساس ضمیمه (۱) اقدام خواهد شد. همچنین پرداخت هزینه داروهای مرتبط با درمان بیماران خاص و صعب‌العلاج که قبلاً مجوز ورود از مراجع ذیصلاح داشته و هم اکنون نیز تجویز می‌شوند، موضوع در کمیسیون فنی شرکت بیمه‌گر مطرح و در ارتباط با نحوه پرداخت با نظر مثبت تصمیم‌گیری می‌شود. داروهای مکمل برای اینگونه از بیمه‌شدگان در صورت تجویز پزشک متخصص معالج و یا متخصص تغذیه، با تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر قابل پرداخت است.

تبصره ۳- هزینه سرنگ، قلم و سرسوزن قلم انسولین، آب مقطر، آنژیوتک، ست سرم، اسکالپ وین و انواع پانسمان که جزء ملزومات دارویی محسوب می‌گردد و همچنین هرگونه تزریقات با جنبه درمانی براساس نرخ مصوب مراجع ذیصلاح قانونی همراه نسخه اصلی دارویی پزشک با اعمال فرانشیز با رعایت تبصره‌های ۱ تا ۳ از ماده ۸ قابل جبران است. تزریقات داروهای تخصصی که از داروخانه یا شرکت تجهیزات پزشکی با فاکتور معتبر خریداری شده و لازم است صرفاً توسط پزشک متخصص انجام شود بر اساس تعرفه نوع خدمت قابل پرداخت است. داروی استفاده شده می‌بایست دارای فاکتور ممبر و معتبر تجهیزات پزشکی و یا داروخانه باشد.



تبصره ۴- هزینه دستگاه تست قند خون (صرفاً برای بیماران دیابتی وابسته به انسولین یکبار در دوره قرارداد برای هر خانواده) حداکثر تا سقف ۲۰۰۰۰۰۰۰ (بیست میلیون) ریال با تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر بدون فرانشیز و نوار تست قند خون برای هر بیمار دیابتی در صورتی که پزشک متخصص معالج تعداد مصرف روزانه آن را تأیید نماید حداکثر تا ۱۰۰ عدد در ماه با تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر با کسر فرانشیز قابل جبران است. همچنین پرداخت هزینه دستگاه کنترل میزان قند خون بر روی بدن با دستور پزشک متخصص و صرفاً جهت بیماران دیابتی وابسته به انسولین تا سن زیر ۱۶ سال با ارائه فاکتور معتبر شرکت تجهیزات پزشکی به میزان سقف تعیین شده در جدول ضمیمه (۳)، در تعهد بیمه‌گر خواهد بود.

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

۱- داروهای منتخب طرف قرارداد (بیمه‌گر موظف است ضمن اعلام اسامی داروهای منتخب قبلاً اسامی بیماران خاص و صعب‌العلاج را به داروهای مذکور از طرق مقتضی اعلام کرده باشد، برای دریافت دارو از اینگونه داروخانه‌ها به علت نداشتن بیمه پایه نباید محدودیتی اعمال شود) با توزیع مناسب بر اساس نظر بیمه‌گذار برای بیماران خاص و صعب‌العلاج تا سقف ۶۰۰۰۰۰۰۰ (ششصد میلیون) ریال بدون معرفی‌نامه و تأیید بیمه‌گر برای داروهای مرتبط با بیماری خاص و صعب‌العلاج

۲- در مورد سایر داروها (بجز داروهای مرتبط با بیماری‌های خاص و صعب‌العلاج) در تمامی داروخانه‌های طرف قرارداد تا سقف ۱۲۰۰۰۰۰۰۰ (یکصد و بیست میلیون) ریال برای کلیه نسخ دارویی.

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

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

۷-۸- هزینه مربوط به پروتزهایی که در بدن بکار می‌رود (از جمله پروتز حلزون گوش و پروتزهایی که به دلیل بیماری و یا حوادث جایگزین عضو اصلی می‌شوند) با توجه به نوع عمل جراحی و کسر فرانشیز با رعایت تبصره‌های ۱ تا ۳ از ماده ۸ و با تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر پرداخت می‌شود.

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

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

تبصره ۱: هزینه کرایه وسایل کمک توانبخشی، پروتزا و ارتوزهایی که خارج از بدن استفاده می‌شود با تجویز پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر، براساس فاکتور معتبر بدون کسر فرانشیز قابل پرداخت می‌باشد.

۹-۸- تأمین هزینه‌های (تهیه) اعضاء طبیعی پیوندی مانند کلیه، کبد، قرنیه، قلب، ریه و ... در مراکز درمانی و در صورتیکه منجر به انجام پیوند شود (پس از تأیید انجمن حمایتی مربوطه و پزشک معتمد بیمه‌گر) (همتراز بیمارستان مورد عمل و با رعایت موارد مربوط به بیماریهای صعب‌العلاج) بدون کسر فرانشیز در تعهد بیمه‌گر می‌باشد.

۱۰-۸- هزینه درمان نازائی و ناباروری جهت هر یک از زوجین (اولیه و ثانویه) مانند لاپاراسکوپي درمانی، ZIFT, GIFT, IUI, IVF با اعمال فرانشیز و با رعایت تبصره‌های ۱ تا ۳ از ماده ۸ جهت هر یک از زوجین قابل جبران است (حتی اگر منجر به معالجه نگردد).

همچنین با عنایت به جزء "پ" از ماده ۸۱ قانون پنج ساله برنامه هفتم پیشرفت جمهوری اسلامی ایران هزینه‌های مرتبط با رحم اجاره‌ای و انجماد (فریز) تخمک، تخمک اهدایی (چنانچه جنبه درمانی داشته باشند) تا سقف ۱۰۰۰۰۰۰۰۰ (ده میلیارد) ریال با کسر فرانشیز قابل پرداخت می‌باشد.



بیمه‌سینا

شعبه کرج
تلفن: ۰۲۱-۲۸۷۰۰۰۰

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

۸-۱۱-۱ - در موارد اورژانس که منجر به بستری شدن بیمار در بخش اورژانس، Day care و یا سایر بخش‌ها گردد، همچنین در مورد شکستگی‌ها (از جمله لگن، ران و گردن، ستون فقرات)، انتقال بیمار مابین بیمارستانها و مراکز تشخیصی - درمانی مجاز با تأیید بیمارستان مبدأ در هر مورد داخل شهری ۳۰۰۰۰۰۰۰ (سیصد میلیون) ریال براساس هزینه طبق فاکتور ارائه شده و بدون کسر فرانشیز قابل پرداخت می‌باشد.

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

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

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

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

۸-۱۴ - بیمه‌گذار موظف است لیست مراکز بیمارستانی و سایر مراکز درمانی - تشخیصی مورد درخواست خود را همراه با لیست اولیه بیمه‌شدگان به صورت مکتوب به بیمه‌گر ارائه نماید، همچنین بیمه‌گر مکلف است با مراکز درمانی مورد درخواست بیمه‌گذار قرارداد منعقد نماید، در صورتی که در هر زمانی از اجرای قرارداد، بیمه‌گر موفق به انعقاد قرارداد با حداقل ۸۰ درصد مراکز بیمارستانی مورد درخواست بیمه‌گذار نشود و یا به دلیل لغو قرارداد با مراکز درمانی به هر شکل (از سوی هر یک از طرفین)، این موضوع اتفاق افتد (و این مراکز بیمارستانی با حداقل ۲ شرکت بیمه بازرگانی حتی خارج از قرارداد وزارت نیرو قرارداد داشته باشند) و بیمه‌شده به مراکز بیمارستانی (صرفاً بستری و Day care) مورد درخواستی که غیر طرف قرارداد بیمه‌گر می‌باشند، مراجعه نماید بیمه‌گر مکلف به جبران هزینه‌های وی بدون در نظر گرفتن تعرفه با عنایت به تبصره‌های ۱ تا ۳ از ماده ۸ و با کسر فرانشیز می‌باشد.

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

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

۸-۱۷ - هزینه‌های درمانی خارج از کشور:

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



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

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

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

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

۸-۲۰ - بیمه‌گر موظف است تیم جمع‌آوری نسخ و پزشک معتمد خود را در کلیه شرکتهای بیمه‌گذار به ساختمانهای اداری مراکز استانها و شهرستانها با هماهنگی بیمه‌گذار اعزام نماید.

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

ماده ۹ - خدمات دندانپزشکی

۹-۱ - تعهدات مربوط به ایمپلنت (شامل تزریق پودر استخوان در صورت نیاز) تا سقف ۸۰۰۰۰۰۰۰ (هشتصد میلیون) ریال بدون فرانشیز بصورت شناور برای بیمه شده اصلی و افراد تحت پوشش

سایر تعهدات مربوط به گروه دندانپزشکی عمومی منجمه کشیدن، پر کردن، جراحی لثه، بریج، روت کانال (درمان ریشه)، روکش، ارتودنسی (پرداخت هزینه خدمات ارتودنسی حداکثر طی دو دوره قرارداد متوالی بصورت ۵۰ درصد هزینه با رعایت تعرفه در قرارداد دوره جاری (زمان شروع درمان) بعهدده بیمه‌گر جاری و ۵۰ درصد باقیمانده در قرارداد دوره بعد، بعهدده بیمه‌گر آن دوره با رعایت تعرفه‌های جدید و مرتبط با دوره مذکور می‌باشد و چنانچه کل دوره درمان ارتودنسی در طول یک دوره قرارداد واقع شود پرداخت کل هزینه ارائه شده توسط بیمه‌شده با رعایت تعرفه بعهدده بیمه‌گر جاری خواهد بود)، جرم‌گیری و بروساز با اعمال فرانشیز و با رعایت تبصره‌های ۱ تا ۳ از ماده ۸ بدون سقف و به دفعات می‌باشد. در صورت مراجعه بیمه‌شده به بخش خصوصی با در نظر گرفتن بالاترین تعرفه مراجع ذیصلاح قانونی و در صورت مراجعه بیمه‌شده به سایر بخش‌ها تعرفه بخش مربوطه ملاک محاسبه است، برای هر یک از بیمه‌شدگان (بیمه‌شده اصلی شاغل و افراد تحت تکفل وی و همسر و فرزندان غیرتحت تکفل کارکنان اناث، فرزندان ذکور مجرد غیرتحت تکفل و فرزندان ذکور غیرتحت تکفل متأهل و همسر آنان) در طول مدت قرارداد مورد تعهد بیمه‌گر می‌باشد.

تعهدات دندانپزشکی برای هر یک از بازنشستگان و افراد تحت پوشش آنان و هر یک از والدین غیرتحت تکفل بیمه‌شده اصلی شاغل برای کلیه خدمات مربوط به دندانپزشکی اعم از ایمپلنت و سایر خدمات تا سقف مبلغ ۸۰۰۰۰۰۰۰ (هشتصد میلیون) ریال بصورت شناور برای بیمه شده اصلی و افراد تحت پوشش با اعمال فرانشیز و با رعایت تبصره‌های ۱ تا ۳ از ماده ۸ و در صورت مراجعه بیمه‌شده به بخش خصوصی با در نظر گرفتن بالاترین تعرفه مراجع ذیصلاح قانونی و در صورت مراجعه بیمه‌شده به بخش دولتی تعرفه بخش دولتی ملاک محاسبه است، در طول مدت قرارداد در تعهد بیمه‌گر می‌باشد.

تبصره ۱: جبران هزینه جراحی لثه به منظور درمان تومور در صورتیکه منجر به بستری شود از محل تعهد بند ۸-۱، و در صورت انجام جراحی به صورت سرپایی از محل تعهد بند ۸-۲ قابل پرداخت است.

تبصره ۲: چنانچه برای انجام هر یک از خدمات دندانپزشکی، بیمه‌شده نیاز به بیهوشی و یا بستری داشته باشد هزینه‌های آن از محل تعهدات بند ۸-۱ با تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر پرداخت می‌شود.

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

۹-۲ - بیمه‌گر بمنظور تسهیل در ارائه خدمات دندانپزشکی و کسب رضایت بیمه‌شدگان به تناسب تعداد بیمه‌شدگان به تعداد کافی و توزیع مناسب در کلیه شهرستانها و شهرهای کشور با کلینیک‌های دندانپزشکی و یا دندانپزشکان، قرارداد منعقد خواهد نمود.



۹-۳ - چنانچه بیمه‌گر در هر شهر یا شهرستانی دندانپزشکی و یا مراکز دندانپزشکی طرف قرارداد نداشته باشد تا انعقاد قرارداد با مراکز دندانپزشکی و دندانپزشکان و اعلام مراتب به بیمه‌گذار کماکان نسبت به تسویه هزینه‌های دندانپزشکی بیمه‌شدگان طبق مفاد قرارداد اقدام خواهد نمود. در موارد اورژانس که در مسافرت و مأموریت پیش می‌آید، با تأیید دندانپزشک معتمد بیمه‌گر و مطابق مفاد قرارداد قابل پرداخت است.

تبصره ۱: در هر صورت بیمه‌گر موظف است بر اساس ارائه اسناد مثبت‌ه تعهدات خود را در پرداخت هزینه‌های مربوط به دندان انجام دهد.

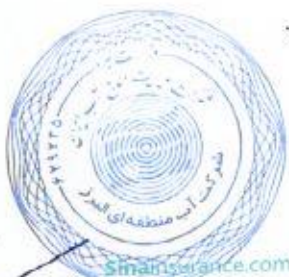
ماده ۱۰- ضرب الاجل تسلیم اسناد هزینه‌ها:

حداکثر مهلت تحویل اسناد هزینه‌های درمانی به بیمه‌گر در مورد هزینه‌های سرپایی ۳ ماه و در مورد هزینه‌های بیمارستانی ۶ ماه از تاریخ هزینه می‌باشد. در صورت استفاده از پوشش سایر بیمه‌ها مهلت فوق از تاریخ دریافت سهم از سایر بیمه‌ها توسط بیمه‌شده، مورد عمل می‌باشد. بدیهی است بعد از انقضای این مدت، بیمه‌گر تعهدی نسبت به پرداخت خسارت در قبال مدارک ارائه شده نخواهد داشت.

ماده ۱۱- استثنائات:

استثنائات این قرارداد در چارچوب ماده ۱۴ آیین‌نامه شماره ۹۹ شورای عالی بیمه می‌باشد و بر این اساس، صرفاً موارد زیر از شمول تعهدات بیمه‌گر خارج هستند:

- ۱- از بین بردن عیوب مادرزادی، مگر در مواردی که با تشخیص پزشک معالج و با تأیید پزشک متخصص معتمد بیمه‌گر جنبه درمانی داشته باشد.
- ۲- اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام پذیرد.
- تبصره: با عنایت به بند ۶ از ماده ۲ آیین‌نامه شماره ۹۹ شورای عالی بیمه هزینه اعمال جراحی ترمیمی ناشی از حادثه و مواردی که بر عملکرد اندام بیمه‌شده تأثیرگذار است از شمول این بند خارج است.
- ۳- حوادث ناشی از آتشفشان و فعل و انفعالات هسته‌ای.
- ۴- با عنایت به تبصره ۲ از بند ۶-۸ هزینه‌های مربوط به تهیه داروهای مکمل، لوازم آرایشی و متفرقه از قبیل شیر خشک (به جز موارد مشمول ماده ۶۹ قانون تأمین اجتماعی)، صابون، شامپو، خمیر دندان، و ... (مگر مواردی که جنبه درمانی داشته و ضرورت مصرف آن توسط پزشک معالج با ذکر نوع بیماری قید شده و به تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر برسد).
- تبصره: کلیه هزینه‌های مربوط به لوازم اساسی مصرفی که در اتاق عمل مراکز درمانی استفاده می‌شود و یا جزء ملزومات درمانی است و مربوط به موارد جانبی، بهداشتی و امثالهم (مثل: ماسک، دستکش، گان، دمپایی ...) نیست، قابل پرداخت است.
- ۵- هزینه‌های ترک اعتیاد.
- ۶- هر نوع چکاپ و آزمایشات دوره‌ای (برابر قانون کار، این هزینه‌ها به عهده کارفرما می‌باشد).
- ۷- کلیه هزینه‌های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و تعرفه آن از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین و اعلام نگردیده است.
- ۸- هزینه‌های درمان ناشی از حوادث عمدی در نزاع و درگیری فردی و گروهی مگر اینکه طبق نظر مراجع ذیصلاح قانونی ناشی از دفاع از خود باشد.
- ۹- سقط جنین مگر در موارد قانونی با تشخیص پزشک معالج.
- ۱۰- عوارض مستقیم ناشی از مصرف مواد مخدر، روان‌گردان و مشروبات الکلی به تشخیص پزشک معالج.



بیمه‌سینا
ناحیه کرج
کد ۱۰۱۵

بخش دوم: شرایط فسخ قرارداد

به دلیل اجرای سراسری این توافقنامه با شرایط یکسان در کل کشور که به تأیید بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران رسیده است، بیمه‌گر نمی‌تواند یکطرفه براساس بندهای ۲ و ۳ از قسمت "الف" ماده ۲۱ آیین‌نامه شماره ۹۹ شورای عالی بیمه اقدام به فسخ قرارداد بدون تأیید وزارت نیرو و بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران نماید، همچنین بیمه‌گذار نیز نمی‌تواند یکطرفه به استناد بند ۱ از قسمت "ب" ماده ۲۱ آیین‌نامه مذکور اقدام به فسخ قرارداد نماید. ضمناً علاوه بر رعایت بند ۱ از قسمت "الف" و بندهای ۲ و ۳ از قسمت "ب" آیین‌نامه مورد اشاره لازم است مواد ذیل هنگام اجرای نحوه فسخ قرارداد در نظر گرفته شود:

ماده ۱- در صورت عدم رعایت وظایف بیمه‌گذار مطابق فصل دوم از بخش اول و دوم این قرارداد، و تمایل بیمه‌گر به فسخ قرارداد لازم است تا موضوع نخست کتباً به شرکت مادر تخصصی مربوطه با ذکر علت تمایل به فسخ به همراه مستندات اعلام گردد، شرکت مادر تخصصی در فاصله زمانی حداکثر یک هفته کاری بعد از دریافت نامه بیمه‌گر موضوع را در جلسات مشترک بین بیمه‌گر و بیمه‌گذار بررسی و در صورت عدم حل مشکل حداکثر در فاصله زمانی یک ماه از اعلام کتبی بیمه‌گر به شرکت مادر تخصصی، موضوع با پیوست مدارک و صورتجلسات به وزارت نیرو از طریق شرکت مادر تخصصی منعکس گردد، وزارت نیرو حداکثر یک هفته کاری بعد از دریافت نامه شرکت مادر تخصصی، تصمیم نهایی را به بیمه‌گر و بیمه‌گذار اعلام خواهد نمود.

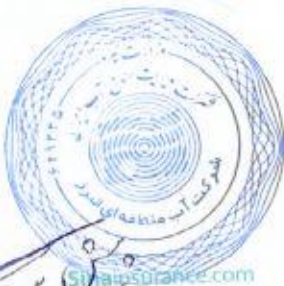
ماده ۲- در صورت عدم رعایت وظایف بیمه‌گر مطابق فصل سوم از بخش اول و دوم این قرارداد، و تمایل بیمه‌گذار به فسخ قرارداد لازم است تا موضوع نخست کتباً به شرکت مادر تخصصی مربوطه با ذکر علت تمایل به فسخ به همراه مستندات اعلام گردد، شرکت مادر تخصصی در فاصله زمانی حداکثر یک هفته کاری بعد از دریافت نامه بیمه‌گذار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

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

- اجرای بندهای ۱ و ۲ از جزء "د" ماده ۲۱ آیین‌نامه شماره ۹۹ شورای عالی بیمه
- به منظور رعایت نسبت ۷۵ درصد از خسارت پرداختی و معوق به حق بیمه پرداختی در چارچوب این قرارداد، موضوع بند ۲ از قسمت "د" ماده ۲۱ آیین‌نامه مذکور:

- الف) تکمیل جدول ضمیمه (۴) به منظور محاسبه خسارت پرداختی در چارچوب این قرارداد
- ب) محاسبه خسارت معوق بیمه‌گر براساس آخرین جدول IBNP یا خسارات معوق مربوط به سال جاری، ارسال شده به وزارت نیرو
- ج) محاسبه نسبت خسارت پرداختی و معوق به حق بیمه پرداختی در چارچوب این قرارداد براساس موارد "الف" و "ب"
- د) با بررسی وزارت نیرو و اعلام آن به بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران در صورت عدم رعایت غیر موجه چارچوب قرارداد توسط بیمه‌گر بند ۲ از جزء "د" ماده ۲۱ آیین‌نامه شماره ۹۹ شورای عالی بیمه اجرایی نخواهد شد.

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



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

بخش سوم: مقررات گوناگون

- ماده ۱-** بیمه گر و بیمه گذار 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 بیمه ای و پرداخت خسارت، در صورت لزوم حق بررسی دفاتر و اسناد طرفین موضوع این قرارداد جهت بیمه گر و بیمه گذار محفوظ می باشد.
- ماده ۳-** در مواردی که در این قرارداد ذکری از آن به میان نیامده است حسب ضرورت موضوع در کمیسیون مشترک متشکل از نمایندگان بیمه گر و بیمه گذار مطرح و پس از توافق انجام و یا در صورت لزوم مراتب جهت اخذ مجوز به بیمه مرکزی ایران اعلام خواهد شد.
- ماده ۴-** موارد مسکوت یا پیش بینی نشده در این قرارداد تابع شرایط عمومی بیمه های درمان، عمر و حوادث و قانون، مقررات و مصوبات بیمه در جمهوری اسلامی ایران خواهد بود.
- ماده ۵-** مدت اعتبار این قرارداد یک سال تمام هجری شمسی، از ساعت صفر بامداد ۱۴۰۵/۰۴/۰۱ شروع و در ساعت صفر بامداد ۱۴۰۶/۰۴/۰۱ منقضی می گردد و تمدید یا تجدید نظر در شرایط و مفاد آن برای دوره یک ساله بعد براساس قرارداد جدید عملی خواهد بود.
- ماده ۶-** در صورت فسخ یا عدم تمدید قرارداد در پایان هر دوره یک ساله اعم از اینکه بیمه گذار و یا بیمه گر مایل به تمدید آن نباشند مسئولیت طرفین در مورد انجام تعهدات و تسویه حسابهای فی مابین با توجه به کلیه مفاد این قرارداد و توافقاتنامه کماکان به حال و قوت خود باقی است.
- ماده ۷-** بیمه گذار و بیمه گر مکلف هستند در بیمه درمان پایه و مکمل حداکثر ظرف مدت ۴ ماه پس از انقضاء مدت مقرر، نسبت به تسویه حسابهای قرارداد اقدام نمایند.
- ماده ۸-** بیمه گر موظف است میزان دسترسی بیمه شدگان 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 بخش های مختلف بیمارستانی و سایر مراکز درمانی طرف قرار داد نیز می شود) را به وزارت نیرو و بیمه گذار اعلام نماید.
- ماده ۹-** سهم بیمه شده در مراکز طرف قرارداد بیمه گر تنها فرانشیز و موارد مرتبط با ماده ۵ بخش اول بیمه نامه می باشد. چنانچه مبلغ مزاد بر آن از بیمه شده توسط مراکز مذکور درخواست و اخذ گردد، بیمه گر موظف به جبران آن می باشد.
- ماده ۱۰-** در صورت نیاز به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی غیر طرف قرارداد بیمه گر موظف به در نظر گرفتن تمهیدات لازم جهت پرداخت اولیه وجه مورد درخواست مرکز در زمان اقدام به بستری بیمه شده با هماهنگی بیمه گذار می باشد.
- ماده ۱۱-** بیمه گر موظف است تمهیداتی را اجرا نماید که امکان استفاده از پوشش درمانی در هر کجای کشور بدون انجام فرآیندهای اداری اضافی و مستقل از محل شعبه و واحد اجرایی بیمه گر برای بیمه شده مهیا شده و هزینه درمانی بیمه شده بدون توجه به موقعیت جغرافیایی بیمه گذار در هر شهر مورد مراجعه بیمه شده به مراکز طرف قرارداد پرداخت شود.



ماده ۱۲- بیمه‌گر موظف است هزینه‌های تشخیصی و درمانی ناشی از حوادث نقلیه موتوری که بیمه‌شده مقصر حادثه نیست را با رعایت اصل جانشینی پرداخت نماید.

ماده ۱۳- کلیه هزینه‌های مربوط به شیوع بیماری واگیردار (از قبیل واکسیناسیون، آزمایشات و ...) تحت پوشش بیمه خواهد بود.

ماده ۱۴- حق بیمه رشته‌های مختلف بیمه‌ای از یکدیگر منفک و مجزا می‌باشند و تبعات عدم اجرای تعهدات بیمه‌گذار در یک رشته به سایر رشته‌های بیمه‌ای قابل تسری نمی‌باشد.

ماده ۱۵- اجرای تغییرات احتمالی در متن قرارداد منوط به تأیید آن توسط بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران و وزارت نیرو می‌باشد.

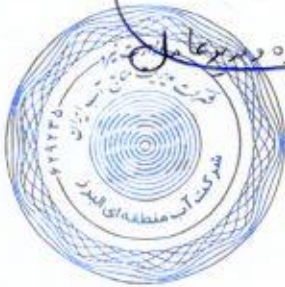
ماده ۱۶- بمنظور تخمین خسارات واقعی قرارداد از روش بیز سلسله مراتبی با هماهنگی بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران استفاده خواهد شد.

ماده ۱۷- این قرارداد در بخش یک مشتمل بر ۱۱ ماده و ۳۴ تبصره و ۶۲ بند، در بخش دو شامل ۹ ماده و ۷ تبصره، در بخش سه شامل ۵ ماده و در بخش چهار شامل ۱۷ ماده در دو نسخه تنظیم و مبادله گردیده است. به دلیل اجرای سراسری این قرارداد در کل کشور، هیچ یک از شعب بیمه‌گر و بیمه‌گذار مشمول این قرارداد مجاز به تغییر در مفاد آن نمی‌باشند.

بیمه‌گذار

شرکت آب منطقه ای استان البرز

(داود نجفیان، کد ملی ۵۰۴۹۰۶۱۴۱۵)



بیمه‌گر

شرکت سهامی بیمه سینا (سهامی عام) شعبه کرج

(سعید درخشانی، کد ملی ۰۳۲۰۲۲۲۷۱۳)


بیمه سینا

شعبه کرج

کد ۱۰۱۵

مدارک لازم برای:

الف- مراکز درمانی طرف قرارداد:

پذیرش بیمار (بیمه‌شده):

معرفی‌نامه در محل مرکز درمانی و از طریق سامانه وب و بدون نیاز مراجعه به شعبه قابل دریافت است.

مدارک لازم جهت ارائه به مرکز درمانی (صدور معرفی نامه غیر آنلاین):

✓ دستور پزشک معالج مربوطه مبنی بر تعیین نوع خدمت

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

ب- مراکز درمانی غیر طرف قرارداد:

تبصره: اقلام هزینه‌ای آورده شده در صورت حساب مراکز درمانی که امکان ارتباط با درمان بیمه شده را داشته و منطبق با کتاب‌های ارزش نسبی است با احتساب فرانشیز مربوطه قابل پرداخت است.

مدارک مورد نیاز جهت رسیدگی و پرداخت هزینه‌ها (ارائه به بیمه‌گر) و نحوه رسیدگی:

۱- ب) تعهد بستری و بیمارستانی:

برای پرداخت خسارت، بیمه‌گر با استناد تبصره ذیل بند «ب» این ضمیمه، پس از دریافت مدارک ذیل، ملزم به پرداخت کامل اقلام هزینه‌ای براساس کدهای تعرفه‌ای فهرست شده در صورت حساب مرکز درمانی بدون توجه به نحوه، شیوه و لزوم اقدامی است که مرتبط با موضوع درمان می‌تواند باشد، مگر آنکه اقدامی منطبق و یا مرتبط با موضوع درمان نبوده و در صورت حساب باشد. کدهای جراحی که در صورت حساب مرکز درمانی قید شده و همپوشانی دارند قابل تأیید و پرداخت نمی‌باشند.

۱- اصل صورت حساب بیمارستانی ممهور به مهر مرکز درمانی که در آن هزینه‌های تخت روز (هتلینگ)، اتاق عمل، همراه، دارو، آزمایش، لوازم مصرفی، تشکیل پرونده و... درج گردیده است. (تصویر صورت حساب صرفاً در صورت استفاده از بیمه‌گر پایه و استعلام از آن بیمه مورد پذیرش است)

۲- اصل یا تصویر صورت حساب پزشکان ممهور به مهر مرکز درمانی که در آن حق الزحمه جراح، بیهوشی، مشاوره و ویزیت پزشکان درج گردیده است.

۳- اصل یا تصویر گواهی پزشک معالج (در خصوص موارد جراحی الزاماً شرح عمل جراحی)

۴- اصل یا تصویر گواهی سایر پزشکان معالج و مشاور

۵- اصل یا تصویر گواهی بیهوشی یا برگ بیهوشی اتاق عمل

۶- اصل یا تصویر ریز قبض آزمایشات و رادیولوژی و سایر تصویربرداری‌ها

۷- اصل یا تصویر نسخ دارویی، ریز لوازم مصرفی، فاکتور پروتزها (ممهور به مهر جراح و اتاق عمل مبنی بر استفاده آن)

۸- اصل یا تصویر برگ سیر بیماری و دستورات دارویی (orders) جهت تعیین دقیق تعداد ویزیت‌ها و بررسی روند بیماری

۹- در صورت خرید پروتز و وسایل پزشکی ضمیمه نمودن اصل فاکتور خرید معتبر ممهور به مهر و تأیید مصرف آن توسط پزشک و الصاق LABEL بر روی برگه گزارش جراحی و مهر اتاق عمل الزامی است.

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

۱۱- در صورت انجام رادیوتراپی، اصل صورت حساب 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.



بیمه‌سینا

شعبه کرج

کد ۱۰۱۵

- ۱- در تمامی موارد فوق الذکر، منظور از تصویر، تصویربرداری سینه است. بیمه‌گذار باید در صورت درخواست پزشک ذکر شده بوده و صرفاً در موارد دریافت سهم سایر سازمان‌ها (بیمه‌گران پایه یا بیمه‌گر تکمیلی دیگر) و ارائه پرینت واریزی از طریق سایت یا نامه پرداخت بیمه‌گر پایه، معتبر می‌باشد. در غیر اینصورت اصل مدارک دریافت می‌گردد. (درخصوص ریز دارو، آزمایش، گزارش خدمات پاراکلینیکی ارائه تصویر آن بلامانع است)
 - ۲- اصل صورتحساب یا تصاویر آن بایستی بدون خدشه (لاک گرفتگی، خط خوردگی و ...) باشد.
 - ۳- ارائه گزارش ادیومتری بابت جراحی تمپانوماستوئیدکتومی با بازسازی زنجیره استخوانی گوش میانی ضروری است.
 - ۴- ارائه گزارش سی تی اسکن بابت آندوسکوپی سینوسهای پارانازال الزامی است.
- بیمه‌شده کلیه مدارک بیمارستانی را از طریق مرکز درمانی تحویل گرفته و به نمایندگان خود در شرکت محل خدمت تحویل نمایند.

نحوه پرداخت هزینه (در تعهد بستری و بیمارستانی):

چنانچه به هر دلیلی بیمه‌شده از خدمات مراکز بیمارستانی غیرطرف قرارداد استفاده نماید فرآیند جبران خسارت به شرح ذیل می‌باشد:
بدیهی است ضامن رعایت مفاد بندهای ۱۳-۸ و ۱۴-۸ از بخش اول قرارداد و تبصره ذیل بند «ب» این ضمیمه، تامین پیش‌پرداخت و تسویه حساب قطعی با مرکز بیمارستانی با رعایت ماده ۱۰ از بخش چهارم (مقررات گوناگون) قرارداد با شرایط ذیل می‌باشد.

- ✓ دستور پزشک معالج مبنی بر تعیین علت بستری با ذکر نام بیمارستان و تاریخ بستری
- ✓ نامه بیمه‌گذار مبنی بر تعهد پرداخت فرانشیز و موارد خارج از تعهد
- ✓ رونوشت صفحه اول دفترچه بیمه‌گر پایه یا کارت ملی بیمه‌شده اصلی و تبعی (بیمار)
- ✓ پرداخت حداقل ۵۰ درصد وجه مورد درخواست مرکز درمانی توسط بیمه‌گر طبق اعلام مرکز درمانی (هنگام پذیرش در مرکز درمانی)
- ✓ در موارد اورژانس نحوه پیش‌پرداخت توسط بیمه‌گر براساس توافقات فیما بین بیمه‌گذار و بیمه‌گر خواهد بود.

نکات:

- ۱- بیمه‌شدگان بازنشسته ابتدا می‌بایست نسبت به دریافت سهم بیمه‌گر پایه اقدام نموده و سپس رونوشت برابر اصل کلیه مدارک بیمارستانی به همراه گواهی پرداخت سهم بیمه‌گر پایه را در مهلت مندرج در قرارداد تحویل نمایند، در غیر اینصورت مطابق مفاد تبصره ۳ از ماده ۸ قرارداد عمل خواهد شد.
- ۲- براساس مفاد قرارداد برای بیمه‌شدگان غیرتحت تکفل شاغل الزامی به اخذ سهم بیمه‌گر پایه نیست، اما در صورت استفاده بیمه‌شده از سهم بیمه‌گر پایه، فرانشیز صفر خواهد شد.

نحوه رسیدگی (در تعهد بستری و بیمارستانی):

انجام خدمات ذیل در مراکز درمانی غیرطرف قرارداد الزاماً نیازمند ارائه مدارک تکمیلی به منظور تأیید توسط پزشک معتمد می‌باشد: (درخصوص مراکز طرف قرارداد نیز لازم است)

- ❖ برای سپتوپلاستی ارائه رادیوگرافی یا سی تی اسکن بینی و سینوس‌ها (قبل از جراحی) و تأیید پزشک معتمد الزامی است.
- ❖ انجام کورتاژ تخلیه‌ای به جز حالت اورژانس نیازمند ارائه سونوگرافی قبل از عمل و تأییدیه پزشک معتمد همراه با دستور پزشکی قانونی است. لازم به ذکر است هرگونه اقدام و یا مصرف دارو که منجر به سقط عمدی گردد خارج از تعهد خواهد بود. در صورت نداشتن سونوگرافی قبل از جراحی ارائه پاتولوژی به همراه پرونده بیمار الزامی است.
- ❖ انجام جراحی فتق ناف یا فتق انسیزینال و فتق شکمی در خانم‌ها و آقایان نیازمند معاینه بیمار توسط پزشک معتمد قبل از عمل و در صورت عدم حضور بیمار، ارائه گزارش سونوگرافی تأییدکننده بیماری و منوط به تأیید پزشک معتمد خواهد بود.
- ❖ برای انجام جراحی‌های کاهش وزن (بای‌پس‌معدة، بالنگذاری و سایر اعمال مرتبط) در مورد بیمه‌شدگان تأییدیه پزشک معتمد قبل از عمل الزامی است. همچنین لازم است مصوبه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در این خصوص رعایت گردد.



- ❖ انجام جراحی بلفاروپلاستی نیازمند ارائه پریمتری (اندازه گیری میدان بینایی) و تأیید پزشک معتمد قبل از عمل می باشد.
- ❖ انجام جراحی استئوتومی فمور و یا تیپبای در طرفین باید معاینه بصری شده قبل از عمل به همراه ارائه رادیوگرافی و گواهی پزشک معالج مبنی بر تعیین علت جراحی می باشد، صدور معرفی نامه منوط به تأیید پزشک معتمد می باشد. (جراحی های افزایش قد تحت پوشش بیمه نمی باشند)
- ❖ انجام جراحی ماموپلاستی ارائه تأییدیه پزشک معتمد بیمه گر الزامی است.
- ❖ انجام عمل جراحی اصلاح استرابیسم (انحراف چشم) معاینه بیمه شده قبل از عمل توسط پزشک معتمد بیمه گر الزامی است.
- ❖ جهت انجام عمل جراحی زنیگوماستی (بزرگی پستان در آقایان) معاینه بیمه شده قبل از عمل توسط پزشک معتمد بیمه گر الزامی است.
- ❖ انجام عمل جراحی واریس نیازمند معاینه بیمه شده قبل از عمل به همراه ارائه سونوگرافی کالر داپلر می باشد، صدور معرفی نامه منوط به تأیید پزشک معتمد می باشد.
- ❖ در مورد بازنشستگان و افراد تحت پوشش، تأیید بیمه گر پایه در مورد جراحی هایی مثل سیتوپلاستی، ماموپلاستی، جراحی های کاهش وزن و سایر جراحی های از این قبیل ضروری می باشد.

۲- ب) تعهد ویزیت:

- ❖ در صورت مراجعه بیمه شده به کلینیک و یا درمانگاه متعلق به بیمارستان، نیاز است رسید صندوق ممهور به مهر پزشک معالج مرکز یا مهر صندوق باشد.
- ❖ به منظور جبران هزینه ویزیت (اعم از این که با دفترچه بیمه گر پایه و یا بصورت آزاد پذیرش شده باشد) ارائه گواهی تاریخ دار با ذکر نام بیمار ممهور به مهر از سوی پزشک مربوطه مبنی بر درج مبلغ ویزیت دریافتی الزامی است.

۳- ب) تعهد پاراکلینیکی:

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

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

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

۴- ب) تعهد فیزیوتراپی:

✓ ارائه دستور پزشک معالج با تخصص مرتبط شامل ارتوپد، روماتولوژی، جراحی عمومی، مغز و اعصاب، اطفال (برای بیمه شدگان زیر ۱۴ سال) با درج نوع فیزیوتراپی، تعداد جلسات مورد نیاز و ناحیه تحت درمان (برای ارائه به مرکز طرف قرارداد نیز لازم است)

✓ ارائه گواهی مرکز فیزیوتراپی با درج نوع اقدام انجام شده در هر جلسه و مبلغ به تفکیک تاریخ ممهور به مهر و امضاء مرکز فیزیوتراپی الزامی می باشد.

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

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

نکته: برای فیزیوتراپی در بیماری های مزمن مانند CVA ارائه سیر معالجات بیمار توسط پزشک معالج الزامی است.

❖ در مواردیکه فیزیوتراپی بیش از ده جلسه انجام شده و یا بیش از دو اندام باشد ارائه مدارک ذیل الزامی می باشد. (برای ارائه به مرکز طرف قرارداد نیز لازم است):



بیمه سینا

شعبه کرج

✓ ارائه رادیوگرافی یا ام آر آی و یا سی تی اسکن مرتبط
✓ گواهی پزشک معالج مبنی بر لزوم انجام فیزیوتراپی اجتناب از سایر روش‌ها

نکته: هزینه لیزر کم‌توان همزمان با فیزیوتراپی قابل پرداخت می‌باشد.

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

۵- ب) تعهد توانبخشی:

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

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

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

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

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

۶- ب) تعهد دندانپزشکی:

مدارک مورد نیاز جهت رسیدگی و پرداخت هزینه دندانپزشکی:

- اصل نسخه دندانپزشکی، شرح اقدامات درمانی انجام شده به تفکیک خدمات با ذکر شماره دندان و درج مبلغ دریافتی به تفکیک خدمت.

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

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

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

نکته ۴: در صورت انجام ارتودنسی ارائه رادیوگرافی پانورکس یا فوتوگرافی آلتیه ای و یا معاینه بیمار قبل از انجام خدمت و ارائه فوتوگرافی (عکس رنگی حتی با گوشی موبایل) یا معاینه بیمار بعد از نصب براکت‌ها الزامی است.

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

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

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

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

بیمه‌شدگان محترم می‌توانند از مراکز طرف قرارداد استفاده نمایند که در اینصورت جهت صدور معرفی‌نامه لازم است ابتدا به مرکز طرف قرارداد مراجعه و طرح درمان مبنی بر تعیین نوع خدمات مورد نیاز را دریافت و سپس معرفی‌نامه دریافت نمایند.



- ✓ گزارش ادیومتری یا نوار گوش
- ✓ فاکتور معتبر سمعک بر اساس دستورالعمل وزارت بهداشت
- ✓ ارائه کارت گارانتی مطابق مندرج روی سمعک و کد IRC یا مدل سمعک مندرج در فاکتور

۱۱- ب) تعهد اعمال غیرمجاز در مطب:

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

۱۲- ب) تعهد سوختگی ناشی از کار:

ترمیم سوختگی، زیبایی محسوب نمی‌شود و جبران هزینه‌های آن در هر زمان از طول قرارداد در تعهد می‌باشد حتی اگر وقوع سوختگی در دوره قرارداد نبوده باشد.

نکته: مواردی از خدمات که جنبه درمانی دارند و در کتاب ارزش‌های نسبی دارای کد می‌باشند 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 بیمه شده و در صورت نیاز همراه نامه رسمی به بیمه‌گر بعدی الزامی می‌باشد.

ج- داروخانه:

۱- ج) تعهد دارو:

در صورت مراجعه به کلیه داروخانه‌ها (طرف قرارداد یا غیرطرف قرارداد) ضوابط فنی عمومی ارزیابی اسناد دارویی به شرح ذیل می‌باشد:

- ✓ ارزیابی قیمت به صورت "قلم به قلم" می‌باشد. (برای ارائه به مرکز غیرطرف قرارداد است)
- ✓ ارائه پرینت داروخانه که شامل ریزداروها می‌باشد به همراه نسخه داروهای تجویزی ممه‌ور به مهر پزشک معالج و داروخانه الزامی است. (در صورت عدم استفاده از سامانه نسخ الکترونیک)
- ✓ (برای ارائه به مرکز غیرطرف قرارداد است)
- ✓ ارائه پرینت قبض داروخانه دارای کد رهگیری و کد ملی بیمه‌شده برای نسخ الکترونیک مورد نیاز می‌باشد.
- ✓ نسخ ناخوانا از درجه اعتبار ساقط می‌باشند.
- ✓ حق فنی داروخانه در تعهد نمی‌باشد.
- ✓ هزینه داروهای مکملی که با تجویز پزشک معالج جنبه درمانی دارند با تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر در تعهد بیمه‌گر می‌باشد.
- ✓ داروهای مربوط به کاهش و افزایش وزن در تعهد نمی‌باشد. (در مواردی که BMI بالای ۴۰ و با تأیید پزشک معتمد جنبه درمانی دارد، در تعهد خواهد بود. در صورت نیاز به جراحی یا تجویز پزشک معالج نیاز به تأیید پزشک معتمد نیست.)
- ✓ داروهای نازایی و ناباروری از محل تعهدات داروها قابل پرداخت است.
- ✓ چنانچه در ماه‌های پایانی قرارداد داروهای تجویزی برای بیمه‌شده بیشتر از دوره قرارداد باشد، بیمه‌گر جاری مکلف به پرداخت سهم باقی مانده از قرارداد می‌باشد و مابقی آن در تعهد بیمه‌گر بعدی است. به این منظور بیمه‌گر جاری می‌بایست کپی برابر اصل شده نسخه تجویز دارو، قیمت دارو و هزینه اعلام شده و پرداخت شده را در اختیار بیمه‌شده جهت ارائه به بیمه‌گر بعدی قرار دهد.
- ✓ داروهای هورمون رشد براساس شناسنامه استاندارد آن قابل پرداخت است.
- ✓ واکسن آنفولانزا صرفاً برای بیمه‌شدگان دارای بیماری خاص، و یا بیمه‌شدگان با سن بالای ۷۰ سال و کودکان زیر ۱۰ سال با تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر قابل پرداخت می‌باشد.

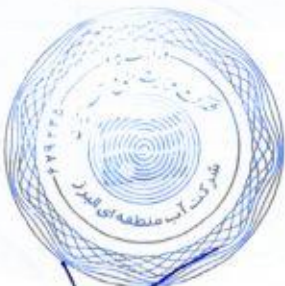


۱-۱- ج) داروهای تک نسخه‌ای:

داروهای تک نسخه‌ای صرفاً با ارائه **بیمه‌یک متخصص مربوطه** مبنی بر لزوم مصرف دارو و ذکر نام بیماری به همراه ارائه مدارک تشخیصی مورد نیاز و در صورت تهیه از مراکز دولتی و یا داروخانه‌های معتبر مطابق مفاد قرارداد در تعهد می‌باشد. (برای ارائه به مرکز غیرطرف قرارداد است)

۱-۲- ج) داروهای پوست و مو:

- ✓ کلیه اقلام آرایشی و بهداشتی نظیر کرم‌های لایه‌بردار، پماد، سفیدکننده، ضد آفتاب، ضد چروک، ضد لک و ... خارج از تعهد می‌باشد.
- ✓ کرم‌های تجویز شده‌ای که تولیدات کارخانه‌های آرایشی-بهداشتی است قابل پرداخت نمی‌باشد.
- ✓ داروهای ضد ریزش مو و یا 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 تأیید پزشک متخصص معتمد قابل پرداخت است.
- ✓ داروهای ترکیبی که اقلام آماده آرایشی در آنها استفاده شده خارج از تعهد می‌باشد. (مانند کرم‌های لایه‌بردار)
- شامپو، کرم، پماد و صابون‌هایی که استفاده از آنها جنبه درمانی دارد فقط با تجویز پزشک متخصص پوست و تأیید پزشک معتمد در تعهد می‌باشد.

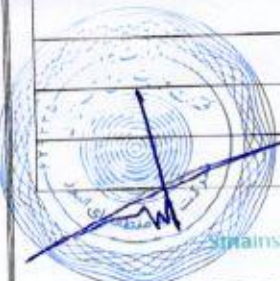


ضمیمه (۱)

شماره
تاریخ
پوست

مدارک لازم جهت ارائه بیمه 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 پرترومبین، تست فیبروینوژن
۳	دیالیز (خونی و صفاتی)	ارائه کارت انجمن دیالیز و یا آزمایش نشان دهنده عدم فعالیت کلیه‌ها
۴	مالتیپل اسکلروزیس - ام اس	جواب ام آر آی مغز و نخاع و یا کارت انجمن ام اس
۵	سرطان‌ها (cancer)	جواب پاتولوژی + نسخ تجویزی
۶	پارکینسون	ارائه نسخه پزشک متخصص مغز و اعصاب
۷	هپاتیت	ارائه جواب آزمایش‌های هپاتیت
۸	ایدز	ارائه جواب آزمایش ایدز
۹	شیمی درمانی و رادیو تراپی	ارائه جواب پاتولوژی که نشان دهنده بدخیمی باشد + نسخه‌های تجویزی
۱۰	متابولیک موکوپلی سایکاریدوز	ارائه جواب آزمایش ادرار که نشان دهنده میزان زیاد موکوپلی ساکارید در آن هست و نسخ پزشک متخصص، ارائه جواب پاتولوژی بافت درگیر
۱۱	بال پروانه ای	ارائه جواب نمونه‌برداری از پوست بیمار
۱۲	صرع مقاوم به درمان	نوار مغز + نسخه پزشک معالج مغز و اعصاب
۱۳	SMA	نوار عصب و عضله و آزمایشات + نسخه پزشک معالج مغز و اعصاب
۱۴	اونیسم	نسخه پزشک معالج روانپزشک فوق تخصصی کودکان
۱۵	CF (سیستیک فیبروزیس)	آزمایشات تخصصی
۱۶	پمپه	آزمایشات تخصصی ژنتیکی + سلولی بدو تولد و یا شروع علائم همراه با نسخه پزشک فوق تخصص متابولیک کودکان
۱۷	گوشه	آزمایشات تخصصی ژنتیکی + سلولی بدو تولد و یا شروع علائم همراه با نسخه پزشک فوق تخصص متابولیک کودکان
۱۸	نیمن پیک C/D	آزمایشات تخصصی ژنتیکی + سلولی بدو تولد و یا شروع علائم همراه با نسخه پزشک فوق تخصص متابولیک کودکان
۱۹	دیستروفی عضلات دوشن	نوار عصب و عضله و آزمایشات خاص + نسخ پزشک
۲۰	دیستروفی عضلات غیردوشن	نوار عصب و عضله و آزمایشات خاص + نسخ پزشک
۲۱	پیوند کلیه	اسناد پزشکی پیوند + نسخه‌های تجویزی
۲۲	پیوند کبد	اسناد پزشکی پیوند + نسخه‌های تجویزی
۲۳	پیوند قلب	اسناد پزشکی پیوند + نسخه‌های تجویزی
۲۴	پیوند ریه	اسناد پزشکی پیوند + نسخه‌های تجویزی
۲۵	پیوند پانکراس	اسناد پزشکی پیوند + نسخه‌های تجویزی
۲۶	پیوند روده	اسناد پزشکی پیوند + نسخه‌های تجویزی
۲۷	پیوند فرنیه	اسناد پزشکی پیوند + نسخه‌های تجویزی
۲۸	پیوند مولتی ویسرال	اسناد پزشکی پیوند + نسخه‌های تجویزی
۲۹	پیوند سلول‌های بنیادی خون ساز (مغز استخوان)	اسناد پزشکی پیوند + نسخه‌های تجویزی

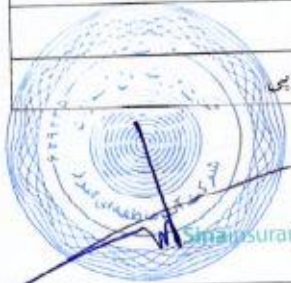


شعبه کربلا
تلفن: ۰۲۱ ۲۸۵۷۰۰۲۱
کد ۱۰۱۵

ادامه ضمیمه (۱)

مدارک لازم جهت ارائه بیمار برای بیمه مبتلایان خاص و صعب‌العلاج

ردیف	بیماری	مدارک مورد نیاز جهت تائید
۳۰	سکته قلبی	نوار قلب + آزمایشات + مدارک بیمارستانی + نسخ تجویزی
۳۱	سکته مغزی ایسکمیک	CT Scan در نوبتهای متوالی + نسخ تجویزی
۳۲	سکته مغزی همورازیک	MRI + CT Scan یا آنژیوگرافی مغزی + نسخ تجویزی
۳۳	پرفشاری شریان ربوی	آنژیو اسکن + تشخیص پزشکی + داروهای تجویزی
۳۴	رتینوپاتی	عکسبرداری تخصصی شبکیه چشم + نسخ تجویزی
۳۵	روانی مزمن	نسخ تجویزی روانپزشک
۳۶	دیستروفی کمر بند شانه و لگن ، دیستروفی FSHD دیستروفی مادرزادی و میوپاتی (غیردوشن)	نوار عصب و عضله + نسخ داروهای تجویزی
۳۷	نارسایی مزمن کلیه	سونوگرافی + اسکن کلیهها + نسخ تجویزی
۳۸	متابولیک ام پی اس	آزمایش اختصاصی
۳۹	نقص سیستم ایمنی اولیه	آزمایش اختصاصی
۴۰	فنبیل کتونوری کلاسیک	آزمایش اختصاصی
۴۱	فنبیل کتونوری غیر کلاسیک	آزمایش اختصاصی
۴۲	نیروزیمنی	آزمایش اسیدهای آمینه
۴۳	بیماری ادرار شربت افرا (MSUD)	آزمایش اسیدهای آمینه
۴۴	اختلال سیکل اوره (NAGS deficiency)	آزمایش اسیدهای آمینه
۴۵	اختلال اکسیداسیون اسیدهای چرب (MCADD)	آزمایش اسیدهای آمینه
۴۶	گلو تاریک اسیدآوری	آزمایش اسیدهای آمینه
۴۷	هموسیستنوری کلاسیک	آزمایش اسیدهای آمینه
۴۸	هموسیستنوری غیر کلاسیک	آزمایش اسیدهای آمینه
۴۹	متیل مالونیک اسیدآوری کلاسیک	آزمایش اسیدهای آمینه
۵۰	متیل مالونیک اسیدآوری غیر کلاسیک	آزمایش اسیدهای آمینه
۵۱	پروپیونیک اسیدی	آزمایش اسیدهای آمینه
۵۲	ایزووالریک اسیدی (IVA)	آزمایش اسیدهای آمینه
۵۳	اختلال ارگانیک اسیدی	آزمایش اسیدهای آمینه
۵۴	آدرنولکودیستروفی (ALD)	اسکن + آزمایش
۵۵	گالاکتوزمی	آزمایش
۵۶	سوء جذب گلوکز گالاکتوز (GGMA)	آزمایش
۵۷	هایپرلیپوپروتینما	آزمایش
۵۸	هیپوبتالیپوپروتینما	آزمایش
۵۹	آبتالیپوپروتینمی	آزمایش
۶۰	کمبود آدنوزین کیناز (Adenosine kinase deficiency)	آزمایش اختصاصی
۶۱	سلبای اطفال	آزمایش + اسکن یا MRI + آندوسکوپی و کولونوسکوپی



بیمه مبتلایان

شعبه کرج

کد ملی: ۰۲۱ ۲۸۰۷۰۰۲۱

ضمیمه مربوط به بیمه **بیمه سینا** بند ع ۴ بخش اول قرارداد

نام خانوادگی: نام:

کد ملی: تاریخ تولد:

نسبت با بیمه شده اصلی:

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

اگر جواب بالا مثبت است لطفاً مدت زمان و آخرین سال دوره پوشش را ذکر فرمایید:

علت استفاده از طرح در دوره کنونی چیست؟

پوشش مناسب درمان وزارت نیرو

به دلیل بیماری

به دلیل نیاز به عمل جراحی

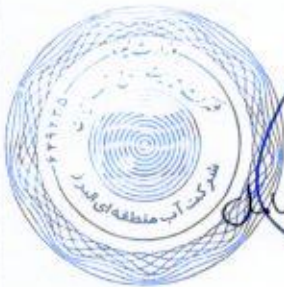
لطفاً نوع عمل را ذکر نمایید:

تعهد نامه:

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

امضاء: تأیید بیمه شده اصلی:

نام و نام خانوادگی: امضاء:



شرکت بیمه گذار

داود نجفیان

رئیس هیئت مدیره و مدیر عامل

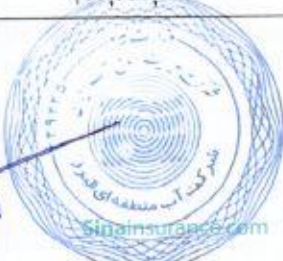
شرکت سهامی بیمه

بیمه سینا

شعبه کرج

کد ۱۰۱۵

کد	نام	سقف تعهد (ریال)
۱	ساخت و تعمیر دندان مصنوعی	۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۲	پارشیل دندانی بابت هر دندان	۲۵,۰۰۰,۰۰۰
۳	شیشه عینک طبی	۲۵,۰۰۰,۰۰۰
۴	عینک طبی (فریم و شیشه عینک)	۷۵,۰۰۰,۰۰۰
۵	کنتاکت لنز (یک جفت)	۶۵,۰۰۰,۰۰۰
۶	خرید و تعمیر سمعک (برای یک یا دو گوش)	۱,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۷	چشم مصنوعی	۴۵۰,۰۰۰,۰۰۰
۸	صندلی چرخدار (ویلچر)	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۹	حنجره مصنوعی (سر و کس)	۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۰	دستگاه محرک عصبی	۱۷۵,۰۰۰,۰۰۰
۱۱	عصا	۳۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۲	واکر	۵۵,۰۰۰,۰۰۰
۱۳	۲۰ کفش کلاب فوت زیر	۱۳۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۴	۳۰ تا ۲۱ کفش طبی شماره	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۵	۳۵ تا ۳۱ کفش طبی شماره	۱۷۵,۰۰۰,۰۰۰
۱۶	به بالا ۳۶ کفش طبی شماره	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۷	کوتاهی کفش از یک تا سه سانت هر سانت	۱۲,۵۰۰,۰۰۰
۱۸	کوتاهی کفش از سه سانت به بالا هر سانت	۳۵,۰۰۰,۰۰۰
۱۹	کفی پنجه (پروتز پنجه بصورت کفش داخلی)	۶۰,۰۰۰,۰۰۰
۲۰	کفش داخلی (یک لنگه) کوتاهی از یک تا سه سانت	۷۵,۰۰۰,۰۰۰
۲۱	کفش داخلی (یک لنگه) کوتاهی از سه سانت به بالا	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۲۲	مح بند طبی	۳۰,۰۰۰,۰۰۰
۲۳	اسپلینت هالوسیس و الگوس از نوع بند دار (یک زوج)	۴۵,۰۰۰,۰۰۰
۲۴	کفی چرمی با قالبگیری (یک جفت)	۷۰,۰۰۰,۰۰۰
۲۵	کفی آلومینیومی با سایپورت	۶۰,۰۰۰,۰۰۰
۲۶	کف طبی چرمی آماده با سایپورت و پدمنتانارسال (یک جفت)	۲۵,۰۰۰,۰۰۰
۲۷	سال ۱۸ بریس قفلدار زانو تا	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰
۲۸	سال به بالا ۱۸ بریس قفلدار زانو	۱۸۵,۰۰۰,۰۰۰
۲۹	سال ۱۵ کمر بند یا مفصل ران یک طرفه تا	۸۸,۰۰۰,۰۰۰
۳۰	سال ۱۸ تا ۱۵ کمر بند یا مفصل ران یک طرفه	۱۰۵,۰۰۰,۰۰۰
۳۱	سال ۱۸ کمر بند یا مفصل ران دو طرفه تا	۵۵,۰۰۰,۰۰۰
۳۲	سال به بالا ۱۸ کمر بند یا مفصل ران دو طرفه	۶۱,۰۰۰,۰۰۰
۳۳	بریس آویزانی از استیل	۷۲,۰۰۰,۰۰۰
۳۴	سال ۱۴ تا Long-Leg brace بریس بلند یکطرفه بدون مفصل زانو	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۳۵	سال به بالا ۱۳ بریس بلند یک طرفه بدون مفصل زانو	۱۲۵,۰۰۰,۰۰۰
۳۶	سال ۱۳ بریس بلند یک طرفه با مفصل قفلدار زانو تا	۱۷۵,۰۰۰,۰۰۰
۳۷	سال به بالا ۱۳ بریس بلند یک طرفه با مفصل قفلدار زانو	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۳۸	سال ۱۴ زانو بند فلزی با کرست ساق و ران تا	۶۰,۰۰۰,۰۰۰
۳۹	سال به بالا ۱۳ زانو بند فلزی با کرست ساق و ران	۶۵,۰۰۰,۰۰۰
۴۰	بریس کوتاه دو طرفه Short Leg brace - bilateral (4 تا 7 سال)	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰

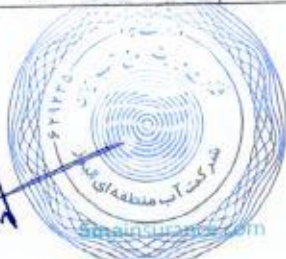


ادامه ضمیمه (۳)

شماره
تاریخ
پیوسته

جدول تعرفه خدمات درمانی و تجهیزات کمک پزشکی

کد	نام	سقف تعهد (ریال)
۴۱	سال ۱۵ تا ۷ بریس کوتاه دو طرفه	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰
۴۲	سال به بالا ۱۵ بریس کوتاه دو طرفه	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۴۳	brace Leg Short سال ۹ تا ۷ بریس کوتاه یک طرفه	۵۰,۰۰۰,۰۰۰
۴۴	سال ۱۵ تا ۹ بریس کوتاه یک طرفه	۷۵,۰۰۰,۰۰۰
۴۵	بریس کوتاه یک طرفه بزرگسال	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۴۶	سال ۱۳ اسپلینت دراپ فوت تا	۸۰,۰۰۰,۰۰۰
۴۷	سال ۱۸ تا ۱۳ اسپلینت دراپ فوت	۱۳۰,۰۰۰,۰۰۰
۴۸	سال به بالا ۱۸ اسپلینت دراپ فوت	۱۸۰,۰۰۰,۰۰۰
۴۹	سال ۱۳ اسپلینت کوتاه چرمی کوکاپ تا	۳۶۰,۰۰۰,۰۰۰
۵۰	سال به بالا ۱۳ اسپلینت کوتاه چرمی کوکاپ	۴۵۰,۰۰۰,۰۰۰
۵۱	سال ۱۳ اسپلینت کوتاه پلاستیکی کوکاپ تا	۴۰,۰۰۰,۰۰۰
۵۲	سال به بالا ۱۳ اسپلینت کوتاه پلاستیکی کوکاپ	۴۵,۰۰۰,۰۰۰
۵۳	اسپلینت دینامیک لگشت و مع	۴۰,۰۰۰,۰۰۰
۵۴	سال ۱۳ اسپلینت دینامیک فتردار تا	۴۰,۰۰۰,۰۰۰
۵۵	سال ۱۸ تا ۱۳ اسپلینت دینامیک فتردار	۴۰,۰۰۰,۰۰۰
۵۶	سال به بالا ۱۸ اسپلینت دینامیک فتردار	۴۲,۰۰۰,۰۰۰
۵۷	اسپلینت ارنج با مفصل هوسمر	۵۶,۰۰۰,۰۰۰
۵۸	بریس اسکاتیس رایت	۳۰,۰۰۰,۰۰۰
۵۹	(هالپر اکستنشن) زانو بند سوندی	۱۸۰,۰۰۰,۰۰۰
۶۰	دنیس براون متحرک از استیل	۲۴۰,۰۰۰,۰۰۰
۶۱	کست بریس با مفصل پلی ستتریک	۷۰,۰۰۰,۰۰۰
۶۲	کست بریس مدرج	۳۷۵,۰۰۰,۰۰۰
۶۳	بریس آسیمتریک (ستون فقرات) بزرگسال	۲۲۵,۰۰۰,۰۰۰
۶۴	سال ۱۳ بریس آسیمتریک (ستون فقرات) تا	۱۳۵,۰۰۰,۰۰۰
۶۵	(سال ۱۳ تا) T.L.S.O کتورت تورا کولومبوساگرال	۵۱,۰۰۰,۰۰۰
۶۶	(سال ۱۲ به بالا) T.L.S.O کتورت تورا کولومبوساگرال	۱۰۸,۰۰۰,۰۰۰
۶۷	سال ۱۳ اتزانگ کتورت چرمی یا پلاستیکی (ستون فقرات) تا	۵۱,۰۰۰,۰۰۰
۶۸	سال به بالا ۱۳ اتزانگ کتورت چرمی یا پلاستیکی (ستون فقرات)	۱۵۳,۰۰۰,۰۰۰
۶۹	بریس هیپراکستنسیون جونت (ستون فقرات) تا ۱۳ سال	۱۲۵,۰۰۰,۰۰۰
۷۰	سال به بالا ۱۳ بریس هیپراکستنسیون جونت (ستون فقرات)	۱۴۰,۰۰۰,۰۰۰
۷۱	بریس گردن هالو (فلزی یا چهار میله)	۴۵۰,۰۰۰,۰۰۰
۷۲	سومی بریس برای گردن	۲۲۰,۰۰۰,۰۰۰
۷۳	پروتز کلادین (اندام تحتانی)	۳۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۷۴	پروتز روی زانو (اندام تحتانی)	۲,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۷۵	پنجه کوزینگر خارجی (اندام تحتانی)	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰
۷۶	پنجه تمام لاستیکی خارجی (اندام تحتانی)	۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰
۷۷	پنجه پیروگوف خارجی (اندام تحتانی)	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۷۸	پنجه مفصل دار خارجی (اندام تحتانی)	۱۷۵,۰۰۰,۰۰۰
۷۹	پنجه ساج فوت ایرانی (اندام تحتانی)	۱۴۵,۰۰۰,۰۰۰
۸۰	بریس زیر زانو بی تی بی بلند	۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰



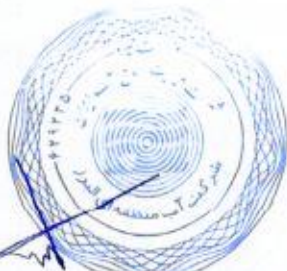
بیمه

شعبه کرج

کد ۱۰۱۵

جدول تعرفه های اورتز و پروتز و وسایل کمک پزشکی

کد	نام	سقف تعهد (ریال)
۸۱	بریس بلند آرنج	۸۷,۵۰۰,۰۰۰
۸۲	تاندونیت دکوران(thump wrist) بریس	۵۴,۰۰۰,۰۰۰
۸۳	بریس بوستون	۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۸۴	ماسک صورت (چانه بند)	۲۲,۰۰۰,۰۰۰
۸۵	شلوارک زیر زانو	۲۲,۰۰۰,۰۰۰
۸۶	ایلوپا (زان وساق)	۳۵,۰۰۰,۰۰۰
۸۷	انگشت هر تکه که حداً سه انگشت را پوشش می دهد	۱۰۸,۰۰۰,۰۰۰
۸۹	۴۰x۲۰cm شیت ورقه ای برای ناحیه شکم و پشت (ابعاد)	۵۴,۰۰۰,۰۰۰
۹۰	پروتز کره چشم	۸۵۰,۰۰۰,۰۰۰
۹۱	تشک موج	۲۶۵,۰۰۰,۰۰۰
۹۲	کپسول اکسیرین	۱۶۸,۰۰۰,۰۰۰
۹۳	زانو بند مفصل دار	۴۵,۰۰۰,۰۰۰
۹۴	زانو بند پالمبو	۴۵,۰۰۰,۰۰۰
۹۵	ابداکش بریس	۱۵۵,۰۰۰,۰۰۰
۹۶	بریس میلوآکی از ارتون (ستون فقرات)	۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۹۷	بریس نایت نیلور (ستون فقرات)	۱۳۵,۰۰۰,۰۰۰
۹۸	اسپلینت دیامیک مج (اسپلینت عتکبوتی)	۵۰,۰۰۰,۰۰۰
۹۹	پروتز سایم (اندام تحتانی)	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۰۰	پروتز زیر زانو (اندام تحتانی)	۱,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۰۱	پروتز بالای زانو (اندام تحتانی)	۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۰۲	پروتز زیر آرنج (اندام فوقانی)	۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۰۳	پروتز بالای آرنج (اندام فوقانی)	۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۰۴	پروتز روی آرنج (اندام فوقانی)	۲,۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۰۵	پروتز مچ دست (اندام فوقانی)	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۰۶	پروتز شانه (اندام فوقانی)	۱,۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۰۷	دستگاه اکسیرین ساز	۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۰۸	دستگاه cpap	۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۰۹	جوراب واریس کوتاه	۱۲,۰۰۰,۰۰۰
۱۱۰	جوراب واریس بالای زانو	۲۵,۰۰۰,۰۰۰
۱۱۱	زانو بند	۲۰,۰۰۰,۰۰۰
۱۱۲	فوزک بند برزنتی	۱۵,۰۰۰,۰۰۰
۱۱۳	کلیه بند	۸,۰۰۰,۰۰۰
۱۱۴	گردن بند	۸,۰۰۰,۰۰۰
۱۱۵	شکم بند	۸,۰۰۰,۰۰۰
۱۱۶	دستگاه کنترل میزان قند خون بر روی بدن	۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰

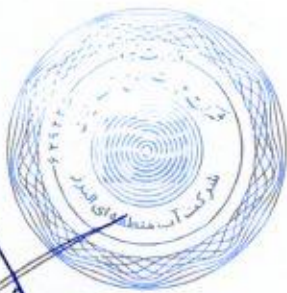


ضمیمه (۴)

شماره
تاریخ

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

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

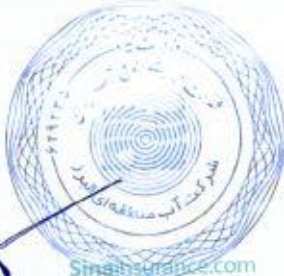


بیمه سینا

شعبه کرج

کد ملی

ردیف	کد	شرح کد	تعرفه (ریال)
۱	۹۶۰۰۳۰	کشیدن بخیه تا (۱۰) گره	۱.۹۸۰.۰۰۰
۲	۹۶۰۰۳۱	کشیدن بخیه بیش از (۱۰) گره	۲.۹۶۰.۰۰۰
۳	۹۶۰۰۴۰	تعویض پانسمان تا (۲۰) سانتی متر	۱.۱۲۰.۰۰۰
۴	۹۶۰۰۴۱	تعویض پانسمان بیش از (۲۰) سانتی متر	۱.۶۵۰.۰۰۰
۵	۹۶۰۰۵۰	پانسمان یا تعویض پانسمان در بیماران دارای زخم بستر سطح یک برای یک ناحیه	۱.۳۴۰.۰۰۰
۶	۹۶۰۰۵۱	پانسمان یا تعویض پانسمان در بیماران دارای زخم بستر سطح یک به ازای هر ناحیه اضافه	۶۷۰.۰۰۰
۷	۹۶۰۰۶۰	پانسمان یا تعویض پانسمان در بیماران دارای زخم بستر سطح دو برای یک ناحیه	۱.۹۸۰.۰۰۰
۸	۹۶۰۰۶۱	پانسمان یا تعویض پانسمان در بیماران دارای زخم بستر سطح دو به ازای هر ناحیه اضافه	۹۹۰.۰۰۰
۹	۹۶۰۰۷۰	پانسمان یا تعویض پانسمان در بیماران دارای زخم بستر سطح سه برای یک ناحیه (در صورت نیاز به جراحی در صلاحیت پرستار نمی باشد)	۲.۵۸۰.۰۰۰
۱۰	۹۶۰۰۷۱	پانسمان یا تعویض پانسمان در بیماران دارای زخم بستر سطح سه به ازای هر ناحیه اضافه (در صورت نیاز به جراحی در صلاحیت پرستار نمی باشد)	۱.۳۰۰.۰۰۰
۱۱	۹۶۰۰۸۰	پانسمان در موارد سوختگی درجه دو (تا ۲۵ درصد سوختگی)	۲.۶۴۰.۰۰۰
۱۲	۹۶۰۰۸۵	پانسمان زخم پای دیابتی سطح ۱ (درجه بندی زخم با تایید پزشک معالج می باشد).	۱.۸۴۰.۰۰۰
۱۳	۹۶۰۰۹۰	پانسمان زخم پای دیابتی سطح ۲ (درجه بندی زخم با تایید پزشک معالج می باشد).	۲.۶۴۰.۰۰۰
۱۴	۹۶۰۰۹۵	پانسمان زخم پای دیابتی سطح ۳ (درجه بندی زخم با تایید پزشک معالج می باشد).	۳.۱۵۰.۰۰۰
۱۵	۹۶۰۱۰۰	دبریدمان سطحی و پانسمان زخم بستر سطح ۲ به ازای برای یک ناحیه	۳.۶۳۰.۰۰۰
۱۶	۹۶۰۱۰۱	دبریدمان سطحی و پانسمان زخم بستر سطح ۲ به ازای هر ناحیه اضافه	۱.۸۱۰.۰۰۰
۱۷	۹۶۰۱۴۰	تعویض کاتتر با سوند مثانه (فولی) (شامل هزینه های مصرفی، سوند فولی و ست ارائه خدمت)	۴.۵۴۰.۰۰۰
۱۸	۹۶۰۱۴۵	خارج کردن سوند ادراری یا فولی	۱.۳۱۰.۰۰۰
۱۹	۹۶۰۱۵۰	خون گیری وریدی یک یا چند بار مثل تست تحمل گلوکز یا دستور پزشک ۱- این کد برای خون گیری وریدی، توسط آزمایشگاه های تشخیصی طبی نیز قابل گزارش و اخذ می باشد. ۲- برای خون گیری وریدی مراکز مراقبت پرستاری در منزل در صورتیکه با یک آزمایشگاه تشخیصی و طبی، برای انجام خدمت قرارداد داشته باشند، می توانند از این کد استفاده کنند.	۶۷۰.۰۰۰
۲۰	۹۶۰۱۶۰	سرم تریابی در منزل (به همراه هر تعداد داروی داخل سرم)	۲.۱۴۰.۰۰۰
۲۱	۹۶۰۱۶۵	تزریق دارو داخل عضله یا زیر جلدی به ازای هر تزریق	۶۱۰.۰۰۰
۲۲	۹۶۰۱۷۰	تزریق داخل وریدی به ازای هر تزریق (شامل داروهای ریخته شده در سرم نمی باشد).	۹۹۰.۰۰۰
۲۳	۹۶۰۲۰۵	گذاشتن یا تعویض لوله بینی - معده ای با دستور پزشک	۳.۵۰۰.۰۰۰



بیمه سینا
شعبه کرج
کد ۱۰۱۵