



شرکت های مادر تخصصی

موضوع: روش اجرایی قرارداد درمان صنعت آب و برق دوره ۱۴۰۲-۱۴۰۳

در اجرای بخشنامه ابلاغی وزیر محترم نیرو به شماره ۱۴۰۲/۲۴۷۴۶/۵۰/۱۰۰ مورخ ۱۴۰۲/۴/۲۱ و به استناد مجوز اخذ شده بیمه گران از بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران، به پیوست قالب قرارداد گروهی بیمه تأمین و حفظ سلامت کارکنان شاغل و بازنشسته صنعت آب و برق (بیمه نامه تأمین و حفظ سلامت کارکنان شاغل و بازنشسته صنعت آب و برق) و روش اجرایی آن جهت اجرا ابلاغ می گردد.

کلیه شرکت های زیرمجموعه که مشمول موافقت نامه با سازمان تأمین اجتماعی می باشند، ضمن رعایت سیاست های ابلاغی درخصوص تجمیع امور بیمه ای (مفاد نامه های شماره ۱۴۰۲/۲۱۵۲۲/۵۰۰ مورخ ۱۴۰۲/۳/۲۹ این معاونت و شماره ۱۴۰۲/۲۵۰۰۵/۴۰۰ مورخ ۱۴۰۲/۴/۲۴ معاون محترم مالی، حقوقی و مجلس)، می توانند بر اساس اعتبارات مصوب، پس از طرح و تصویب در هیأت مدیره مربوطه نسبت به انعقاد قرارداد صرفاً از طریق شعب بیمه گر منتخب و با رعایت دقیق مواد مندرج در پیوست های مذکور اقدام نمایند. همچنین لازم است مشارکت در منافع حاصل از تجمیع امور بیمه ای با هماهنگی شرکت بیمه گر و به نحو مقتضی در قراردادهای تأمین و حفظ سلامت کارکنان شاغل و بازنشسته صنعت آب و برق اعمال گردد. لازم است آن شرکت و کلیه شرکت های زیرمجموعه اطلاعات اقدامات انجام شده در این زمینه (جزء ۲ بند الف روش اجرایی ضمیمه) را طبق قالبی که توسط دفتر سرمایه انسانی ارسال خواهد شد، جمع آوری و جهت تحلیل و برنامه ریزی های بعدی به آن دفتر ارسال نمایند.

با توجه به درخواست همکاری کتبی شرکت های بیمه گر مجاز مجری قرارداد فوق الذکر، قرارداد شرکت های بیمه گر متقاضی پس از بررسی شرایط اجرا، به طور جداگانه به همراه شیوه نامه انجام تعهدات و بررسی اسناد ارسال خواهد شد.

جهت تسریع در اطلاع رسانی سایت دفتر سرمایه انسانی به آدرس <http://hrd.moe.gov.ir> در دسترس می باشد.

مریم کارگر نجفی

معاون سرمایه انسانی، تحقیقات و فناوری

اطلاعات





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

الف) شرایط اجرای قرارداد:

- ۱- رعایت دقیق مفاد قرارداد بیمه جامع تأمین و حفظ سلامت کارکنان و شرایط آن
- ۲- رعایت مفاد نامه های شماره ۱۴۰۲/۲۱۵۲۲/۵۰۰ مورخ ۱۴۰۲/۳/۲۹ معاونت سرمایه انسانی، تحقیقات و فناوری اطلاعات و شماره ۱۴۰۲/۲۵۰۵/۴۰۰ مورخ ۱۴۰۲/۴/۲۴ معاونت مالی، حقوقی و امور مجلس درخصوص سیاست های کلی امور بیمه (تجمیع امور بیمه ای)
- ۳- الزام بیمه گر به تسویه حساب هزینه درمانی پرداخت شده توسط بیمه شدگان، در حداقل زمان ممکن
- ۴- ایجاد شرایط ویژه به منظور ترغیب بیمه شدگان به اقدامات پیشگیرانه و درمان در مراحل اولیه بیماری
- ۵- به منظور ارائه خدمات بهتر در بخش های مختلف درمانی مقتضی است شرکت های بیمه گر مجری قرارداد بیمه جامع تأمین و حفظ سلامت کارکنان، موظف گردند شماره تلفن ۲۴ ساعته ای که پاسخگو و معرف به روز مراکز درمانی طرف قرارداد و ارائه دهنده معرفی نامه به لحظه جهت بستری شدن بیمه شدگان می باشد را ارائه نمایند.
- ۶- دقت لازم در خصوص رعایت زمان بندی مناسب پرداخت حق بیمه، مطابق با شرایط قرارداد صورت پذیرد.
- ۷- تسویه حساب با شرکت بیمه گر طرف قرارداد حداکثر تا چهار ماه پس از انقضای قرارداد انجام شود. در جهت دقت کار، لازم است که حق بیمه های مربوط به هر رشته بیمه ای از جمله درمان و عمر و حوادث را طی چک های (یا پرداخت های اینترنتی) کاملاً مجزا و جداگانه و با قید عنوان همان رشته و ماه بیمه پردازی (به عنوان مثال: حق بیمه پرداختی بابت عمر و حادثه تیر ماه سال ۱۴۰۲ کارکنانی که لیست اسامی آنها ضمیمه سند مالی شده است، همراه با اخذ رسید از بیمه گر) پرداخت شود تا از بروز مشکلات بعدی به خصوص در بیمه عمر و حوادث و یا ایجاد اختلاف حساب در سایر رشته های بیمه ای جلوگیری شود.
- ۸- بازپرداخت هزینه های درمانی صرفاً از طریق شرکت بیمه گر و به صورت کاملاً مجزا از سایر حساب ها و دفاتر صورت پذیرد.
- ۹- بر اساس شاخص های تنظیمی، شرکت های مادر تخصصی موظفند ضمن نظارت بر رعایت بندهای مربوطه شرکت هایی را که نسبت خسارتی بالاتر و یا پائین تر از متوسط حق بیمه سرانه ماهانه داشته اند، مورد ارزیابی و بررسی قرار داده و علت را به معاونت گزارش نمایند.
- ۱۰- با توجه به بند ۵-۱ از ماده ۵ بیمه نامه، درخصوص تغییرات مجاز در تعداد بیمه شدگان در طول مدت قرارداد، منظور از تاریخ موثر زمان وقوع تغییر در تعداد بیمه شدگان می باشد و این تاریخ ملاک انجام تعهدات بیمه گر و بیمه گذار می باشد.

ب) نحوه محاسبه هزینه ها و فرانشیز:

- ۱- پرداخت هزینه دندانپزشکی تا سقف ۵۱,۰۰۰,۰۰۰ (پنجاه و یک میلیون) ریال برای هر نفر از بیمه شدگان اصلی شاغل و اعضاء تحت تکفل و غیر تحت تکفل وی و تا سقف ۳۶,۰۰۰,۰۰۰ (سی و شش میلیون) ریال برای





خانوار بازنشسته، با اعمال فرانشیز ۲۰ درصد به هزینه پرداختی بیمه شده و با در نظر گرفتن بالاترین تعرفه مراجع دیصلاح قانونی تعیین شده است.

۲- هزینه شیر خشک موضوع بند ۷ از ماده ۱۱ استثنائات، آمبولانس و وسایل کمک پزشکی که در خارج از بدن کار گذاشته می شود مانند سمعک، واکر و ... شامل فرانشیز نمی شود.

۳- پرداخت هزینه عینک تا سقف ۱۶,۰۰۰,۰۰۰ (شانزده میلیون) ریال برای هر نفر از بیمه شدگان اصلی شاغل و اعضاء تحت تکفل و غیر تحت تکفل وی در هر دو دوره و تا سقف ۱۱,۰۰۰,۰۰۰ (یازده میلیون) ریال برای هر نفر از بیمه شدگان بازنشسته و اعضاء تحت تکفل و غیر تحت تکفل وی در هر دو دوره بدون اعمال فرانشیز.

۴- در صورت بروز سوختگی ناشی از حوادث کاری، هزینه های مربوط به ترمیم ناشی از نقص عملکرد اعضاء به دلیل سوختگی توسط بیمه گر پرداخت می گردد.

۵- در صورت مراجعه بیمه شده به مراکز درمانی سرپایی طرف قرارداد بیمه گر (بر طبق شرایط قرارداد)، صرفاً فرانشیز از بیمه شده کسر می گردد و سایر هزینه ها در تعهد بیمه گر است. همچنین در صورت مراجعه بیمه شده به مراکز تشخیصی - درمانی ملکی سازمان تأمین اجتماعی، فرانشیز یا سهم بیمه شده صفر خواهد بود.

۶- در خصوص تبصره ۱ ذیل بند ۶-۸ بیمه نامه در صورت عدم تأیید هزینه از سوی پزشک متخصص معتمد بیمه گر و عدم ارائه دلایل آن، بیمه گر موظف به پرداخت هزینه می باشد.

۷- با توجه به بند ۱۴-۸ بیمه نامه، چنانچه بیمارستان دولتی (و یا مراکز تشخیصی - درمانی ملکی سازمان تأمین اجتماعی) طرف قرارداد بیمه گر نباشد، در موارد استفاده غیر اورژانس، بیمه شده ضمن هماهنگی با شرکت بیمه گر از طریق شرکت بیمه گذار، به منظور استفاده از خدمات بیمارستانی بدون پرداخت هیچگونه هزینه ای در چارچوب قرارداد و در زمان پذیرش و ترخیص اقدامات لازم را بعمل آورده و در موارد اورژانس نیز در صورت نیاز به خدمات، در اولین فرصت هماهنگی با شرکت بیمه گر از طریق شرکت بیمه گذار به منظور جبران و پرداخت هزینه ها هم زمان با بستری و ترخیص انجام شود. همچنین شرکت بیمه گر متعهد به انجام مراحل فوق بدون تحمیل هزینه در چارچوب قرارداد به بیمه شده در هنگام پذیرش و ترخیص می باشد.

۸- با توجه به بند ۱۵-۸ بیمه نامه، بیمه گر مکلف است با مراکز درمانی مورد درخواست بیمه گذار (که در ابتدای قرارداد به صورت مکتوب به بیمه گر اعلام می شود) قرارداد منعقد نماید، در صورتی که در هر زمانی از اجرای قرارداد، بیمه گر موفق به انعقاد قرارداد با حداقل ۸۰ درصد مراکز بیمارستانی مورد درخواست بیمه گذار 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 بازگانی حتی خارج از قرارداد وزارت نیرو قرارداد داشته باشند) و بیمه - شده به مراکز بیمارستانی (صرفاً بستری و Day care) مورد درخواستی که غیر طرف قرارداد بیمه گر می باشند، مراجعه نماید بیمه گر مکلف به جبران هزینه های وی بدون در نظر گرفتن تعرفه و صرفاً با کسر فرانشیز می باشد.

۹- تنظیم فرم مربوط به مرخصی استعلاجی، مرخصی بدون حقوق، ماموریت و ... بیمه شدگان به منظور آگاهی بیمه گذار و بیمه گر از وضعیت بیمه شدگان مذکور.

۱۰- به استناد مواد قانونی، شرکت موظف است فرزندان کارکنان اناث را که وفق ارائه گواهی شاغل و بر اساس تعهدنامه پیوست هیچگونه دفترچه بیمه درمانی نداشته و جزو خانواده آنها تلقی می شوند، همانند افراد تحت تکفل فرض نماید و در این راستا برای شوهر بیمه شده نیز که با ارائه مدارک و مستندات قانونی و تأیید مراجع دیصلاح، از کارافتاده تلقی می شود، همانند افراد تحت تکفل، پوشش برقرار نماید. همچنین فرزندان ذکور





کارکنان شاغل، بازنشسته و ازکارافتاده تحت پوشش، با ارائه مدارک مثبت مبنی بر اشتغال به تحصیل مستمر در یکی از دانشگاه‌ها و موسسات آموزش عالی با رعایت ماده ۳۳ قانون خدمت وظیفه عمومی، بدون سقف سنی از پوشش درمانی برخوردار خواهند بود. همچنین در راستای اجرای تبصره ۱ بند ۶-۴ بیمه‌نامه، در غیر از مواردی که بیمه شده، مستندات مطابق مقررات صندوق پایه بازنشستگی را ارائه می‌نماید، امور اداری (کارکنان) شرکت‌ها موظف به پیگیری برای اخذ دفترچه (پوشش) تبعی ۱ و یا اثبات کفالت برای بیمه‌شدگان اصلی خود، از طریق مراجع قضایی با همکاری بیمه‌شده می‌باشند.

ج) مبنای محاسبه و منابع حق بیمه‌ها :

۱- مبلغ سه میلیون (۳,۰۰۰,۰۰۰) ریال ماهانه به ازای هر بیمه‌شده، که از محل ۴ درصد حقوق، مزد و مزایای مشمول کسر حق بیمه کل شاغلین در هر ماه با روش ذیل محاسبه و در اختیار بیمه‌گر قرار می‌گیرد:

۱-۱- مبلغ ۴ درصد حقوق، مزد و مزایای مشمول کسر حق بیمه کل شاغلین به صورت تجمیعی در همراه بابت پوشش درمان همگانی.

۱-۲- سهم هر بیمه‌شده بابت ارائه خدمات مازاد بر بیمه همگانی (g) که توسط بیمه‌شده اصلی برای خود و افراد تحت تکفل پرداخت می‌شود، به شرح ذیل محاسبه می‌گردد:

تعداد کل بیمه‌شدگان اصلی (شاغلین) شرکت در ماه $a =$

جمع کل حقوق ماهانه مشمول کسر حق بیمه شاغلین در شرکت $p =$

جمع افراد تحت تکفل بیمه‌شدگان اصلی (شاغلین) $b =$

جمع مبلغ قابل پرداخت به بیمه‌گر به عنوان حق بیمه درمان بیمه‌شدگان در ماه (برحسب ریال) $c =$

مبلغ قابل محاسبه بابت ۴ درصد حقوق و مزایای مأخذ کسر حق بیمه شاغلین در ماه (برحسب ریال) $f =$

$$c = (3,000,000) \times (a + b)$$

$$f = (0.04) \times p$$

بنابراین سهم هر بیمه‌شده (g) در ماه بابت حق بیمه ماهانه (برحسب ریال) به ازای ارائه خدمات مازاد برابر خواهد بود با:

$$\text{سهم هر بیمه‌شده در ماه بابت پوشش درمان تکمیلی} \quad \begin{cases} g = \frac{c - f}{a + b} & f < c \\ g = 0 & f \geq c \end{cases}$$

۲- مبلغ سیزده میلیون و پانصد و پنجاه هزار (۱۳,۵۵۰,۰۰۰) ریال ماهانه به ازای هر یک از شاغلین به عنوان حق بیمه مسئولیت کارفرما بابت پوشش تعهدات ماده ۶۶ قانون تامین اجتماعی در بخش درمان در اختیار بیمه‌گر قرار می‌گیرد.

۳- همکاران عزیز بازنشسته، ازکارافتاده، مستمری‌بگیر و وظیفه‌بگیران و افراد تحت تکفل آنان می‌توانند از قرارداد درمان گروهی همانند شاغلین بهره‌مند گردند که حق بیمه مربوطه، به میزان چهار میلیون (۴,۰۰۰,۰۰۰) ریال ماهیانه به ازای هر نفر و با رضایت بیمه‌شده (بازنشسته) با رعایت ضوابط و مقررات مربوط پرداخت می‌گردد.



۱-۳- در مورد بازنشستگان اناث، فرزندی که از طرف بیمه شده اصلی دارای دفترچه درمانی بیمه گر اول باشند می توانند از پوشش بیمه ای بخش بازنشستگان استفاده نمایند.

۲-۳- همکاران عزیز بازنشسته می توانند از بخش دوم بیمه نامه (بیمه عمر و حادثه) با پوشش پرداخت غرامت فوت به هر علت به مبلغ چهارصد میلیون (۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰) ریال و با پرداخت حق بیمه ماهیانه به میزان چهارصد و شصت و یک هزار و ده (۴۶۱,۰۱۰) ریال، در صورت رضایت، بهره مند گردند.

۴- در صورت انتقال و یا مأموریت در داخل صنعت که سبب انتقال تعهدات جبران خدمت (دریافت حقوق و مزایا) بیمه شده از شرکت مبدأ شود (بیمه شده از بیمه نامه تامین و حفظ سلامت کارکنان صنعت آب و برق شرکت مبدأ منفک شود)، با توجه به مفاد قرارداد تا زمانی که پرداخت حقوق و مزایای شخص به عهده شرکت مبدأ است، حق بیمه نیز باید توسط آن شرکت پرداخت شود و از زمان انتقال تعهدات جبران خدمت وی از شرکت مبدأ، پرداخت حق بیمه توسط شرکت بیمه گذار مقصد صورت می پذیرد. در صورت انتقال بیمه شده به خارج از صنعت آب و برق و در صورت دریافت خدمات از بیمه گر، حق بیمه وی و افراد تحت تکفل او تا پایان دوره قرارداد، توسط بیمه گر، محاسبه و مطالبه می گردد.

د) تاریخ شروع و پایان قرارداد:

شروع قرارداد از ساعت صفر بامداد ۱۴۰۲/۰۴/۰۱ و پایان قرارداد ساعت صفر بامداد ۱۴۰۳/۰۴/۰۱ به مدت یک سال بوده و رعایت آن در انعقاد قرارداد با بیمه گر الزامی می باشد.

ه) نظارت:

لازم است شرکت های مادر تخصصی، ضمن اعمال نظارت مستمر و مؤثر بر چگونگی اجرای قرارداد گزارشی از عملکرد شرکت بیمه گر به همراه میزان حق بیمه پرداختی، خسارات دریافتی و سایر اطلاعات ذیربط بر اساس جداول آماری مورد درخواست، تهیه و ارسال نمایند.

و) سایر:

۱- با عنایت به اینکه شرایط قانونی فسخ قرارداد، در بخش سوم بیمه نامه تأمین و حفظ سلامت کارکنان صنعت آب و برق ذکر گردیده، بنابراین ضرورت دارد شرکت های زیرمجموعه وزارت نیرو و شعب شرکت های بیمه گر ضمن اشراف بر موضوع، در صورت عدم رعایت شرایط توافق شده توسط هر یک از طرفین قرارداد، مراحل لازم جهت فسخ قرارداد را با دقت پیگیری نمایند.

۲- به منظور پیگیری و دفاع از حقوق بیمه شدگان و آگاه کردن آنان از حقوق خود، استفاده از کارشناسان آگاه به جزئیات قرارداد (با مدنظر قرار دادن مفاد نامه شماره ۹۶/۴۹۹۳۷/۵۰۰ مورخ ۱۳۹۶/۱۲/۵) ضروری است. همچنین شرکت ها می توانند به منظور اعتلای سطح آگاهی و دانش کارشناسان، دوره های آموزشی ابلاغی طی نامه شماره ۹۶/۳۹۳۵۶/۵۱۰ مورخ ۹۶/۹/۷ با عنوان آشنایی با مدل بیمه های اشخاص گروهی در صنعت آب و برق (مقدماتی) با کد ۸۱۰۶ و مدل بیمه های اشخاص گروهی و بازنشستگی در صنعت آب و برق (تخصصی) با کد ۸۱۰۷ را برگزار و اجرا نمایند.

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

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

شماره قرارداد :

درمان شاغلین:

تاریخ صدور:

عمر و حادثه بازنشستگان:

تاریخ شروع قرارداد : از ساعت صفر بامداد ۱۴۰۲/۰۴/۰۱

درمان تکمیلی بازنشستگان:

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

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

فصل اول - تعاریف و اصطلاحات

ماده ۱- موضوع قرارداد بیمه :

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

ماده ۲- بیمه‌گر: شرکت به نشانی:

ماده ۳- بیمه‌گذار: به نشانی:

ماده ۴- بیمه‌شدگان: عبارتند از کلیه کارکنان (کارمندان، کارگران) شاغل (رسمی، قراردادی دائم و مدت معین، پیمانی و قرارداد انجام
کار معین (مشخص)، قرارداد کار موقت (کارگری) موضوع ماده ۱۲۴ قانون مدیریت خدمات کشوری) و کلیه کارکنانی که در لیست
بیمه‌گر پایه شرکت بیمه‌گذار قرار دارند، بازنشستگان، از کارافتادگان، مستمری‌بگیران، وظیفه‌بگیران به همراه اعضای خانواده مطابق ماده
۵۸ قانون تأمین اجتماعی و افراد تحت تکفل و غیر تحت تکفل آنان به تفکیک ذیل.

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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 ۵-۱ اقدام نماید. لازم بذکر است کلیه نوزادانی که در هنگام تولد دارای بیماری بوده و نیاز به مراقبت‌های بالینی دارند تا زمان ترخیص و حداکثر به مدت دو ماه می‌توانند از پوشش درمانی بیمه‌شده (مادر) استفاده نمایند.

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

تبصره ۱: در صورتیکه پدر و مادر بیمه شده اصلی و همسر کارکنان اناث بعنوان افراد تحت تکفل معرفی می شوند لازم است تا مدارک و مستندات قانونی برای بیمه شدگان تحت پوشش بیمه سلامت مانند سوابق داشتن پوشش بیمه درمانی تبعی ۱ از طرف بیمه شده اصلی و یا مستندات مراجع قضایی مبنی بر کفالت، سرپرستی و یا حضانت از سوی بیمه شده اصلی و در مورد بیمه شدگان سازمان تأمین اجتماعی مستندات مطابق مقررات صندوق پایه بازنشستگی به همراه لیست اولیه یا از زمان احراز شرایط تحت تکفل از طریق بیمه گذار به بیمه گر ارائه شود. در غیر این صورت بیمه گر تعهدی در قبال پوشش به صورت تحت تکفل را نخواهد داشت.

تبصره ۲: برای تحت پوشش قرار گرفتن آن دسته از بیمه شدگان غیر تحت تکفل که سابقه بیمه ای در قرارداد دوره قبل نداشته باشند، بیمه گر می تواند در ابتدای قرارداد تکمیل پرسشنامه ضمیمه این قرارداد که به تأیید وزارت نیرو رسیده است (ضمیمه شماره ۱) قرارداد را مطالبه نماید.

۴-۷- فرزندان معلول ذهنی و جسمی بیمه شده اصلی که قانوناً تحت تکفل آنها می باشند با ارائه مدارک مثبت از مراجع ذیصلاح و با تأیید بیمه گذار بدون محدودیت سنی تحت پوشش خواهند بود.

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

فصل دوم - وظایف و تعهدات بیمه گذار و بیمه شده

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

۵-۱- بیمه گذار موظف است حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز از تاریخ عقد قرارداد یک نسخه لیست اسامی بیمه شدگان حاوی مشخصات کامل کلیه پرسنل مشمول بیمه خود، اعم از شاغل، بازنشسته (از کارافتاده)، وظیفه بگیر، مستمری بگیر و افراد خانواده مطابق با ماده ۴ و یا افراد تحت تکفل و غیر تحت تکفل آنان (پدر و مادر بیمه شده اصلی، فرزندان ذکور، همسر و فرزندان غیر تحت تکفل کارکنان اناث) شامل: نام و نام خانوادگی، نام پدر، تاریخ تولد (روز / ماه / سال)، شماره شناسنامه و محل صدور به ترتیب حروف الفبا و یا به ترتیب شماره پرسنلی بیمه شدگان اصلی و کد ملی طی لیست جداگانه به شرح زیر را تهیه و به بیمه گر ارسال نماید، ضمناً بیمه گذار مکلف است با رعایت مفاد این قرارداد تغییرات مجاز (افزایش یا کاهش) در تعداد بیمه شدگان در طول مدت قرارداد را حداکثر ظرف مدت دو ماه از تاریخ موثر به روال فوق الذکر اعلام نماید.

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

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

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

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

لیست پنجم: فرزندان ذکور مجرد و متأهل غیر تحت تکفل بیمه شدگان اصلی به همراه همسر (افراد موضوع تبصره ۱ ماده ۴).

لیست ششم: بازنشستگان، از کارافتادگان، وظیفه بگیران و مستمری بگیران به همراه افراد خانواده مطابق ماده ۴ و یا افراد تحت تکفل و فرزندان ذکور غیر تحت تکفل به همراه همسر.



لیست هفتم: کارکنان انتقالی به بیمه‌گذار از تاریخ انتقال.

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

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

تبصره ۲: هرگونه افزایش پس از مهلت مقرر در ماده فوق شامل مواردی مانند جدیدالاستخدام، انتقالی، مأمورین، (به همراه افراد تحت تکفل و غیرتحت تکفل آنان) و سایر افرادی که در طول قرارداد تحت تکفل بیمه‌شده اصلی قرار می‌گیرند می‌باشد و لازم است مستندات آن (احکام کارگزینی مربوطه، تصویر شناسنامه) از سوی بیمه‌گذار حداکثر ظرف مدت دو ماه از تاریخ موثر (تاریخ موثر برای بیمه‌شده اصلی تاریخ ابلاغ حکم می‌باشد) برای بیمه‌گر ارسال گردد، همچنین بابت ازقلم‌افتادگان از لیست اولیه یا لیست افزایشات میان دوره، چنانچه بیمه‌شده ازقلم‌افتاده بیمه‌شده اصلی شاغل و یا افراد تحت تکفل وی باشند، در زمان اعلام بیمه‌گذار به بیمه‌گر و با پرداخت حق بیمه از تاریخ موثر (تاریخ موثر برای بیمه‌شده اصلی و افراد تحت تکفل وی، اشتغال بیمه‌شده اصلی یا تاریخ تحت تکفل قرار گرفتن افراد تحت تکفل وی در تاریخ درخواست شروع پوشش توسط بیمه‌گذار می‌باشد) تحت پوشش خواهند بود اما چنانچه فرد ازقلم‌افتاده بیمه‌شده غیر تحت تکفل باشد در صورتیکه در دوره قبل تحت پوشش بوده است بیمه‌گذار حداکثر یک ماه بعد از ارسال لیست اولیه می‌تواند نسبت به اضافه نمودن نام وی با پرداخت حق بیمه از ابتدای قرارداد اقدام نماید.

تبصره ۳: کاهش بیمه‌شدگان در طول مدت قرارداد، شامل موارد استعفاء، فوت، بازنشسته، انتقال، انفصال از خدمت، اخراج، تعلیق، مأمور، خروج از کفالت، مرخصی طولانی مدت (استعلاجی و یا بدون حقوق) که بیمه‌شده در طول مدت مرخصی تمایلی به ادامه پوشش ندارد و یا هرگونه قطع همکاری (دائم یا موقت) می‌باشد که با ارائه مستندات مربوطه (تصویر شناسنامه، تسویه حساب، احکام کارگزینی) میسر خواهد بود. لازم است مستندات آن از سوی بیمه‌گذار حداکثر ظرف مدت دو ماه از تاریخ موثر (تاریخ موثر برای بیمه‌شده اصلی تاریخ قطع رابطه همکاری (دائم یا موقت) می‌باشد) برای بیمه‌گر ارسال گردد. در غیر اینصورت تاریخ ثبت موضوع در دبیرخانه بیمه‌گر ملاک عمل خواهد بود.

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

۳-۵- شروع پوشش بیمه‌ای کارکنان جدیدالاستخدام، از تاریخ استخدام و انتقالی و مأمور به همراه افراد تحت تکفل و غیرتحت تکفل آنان، تاریخ شروع به کار بیمه‌شده اصلی در شرکت (بیمه‌گذار) با رعایت ضرب‌الأجل بند ۱-۵ خواهد بود. در مورد کاهش بیمه‌شدگان، زمان مؤثر تاریخ قطع همکاری بیمه‌شده اصلی با بیمه‌گذار بوده و بیمه‌گذار موظف است حداکثر یک هفته قبل از تاریخ قطع همکاری موضوع را کتباً به اطلاع بیمه‌گر با ثبت در دبیرخانه بیمه‌گر برساند. بدیهی است در صورت عدم قطع همکاری در تاریخ اعلام شده، پوشش مجدداً با اعلام کتبی بیمه‌گذار از تاریخ شروع پوشش اولیه بطور مستمر برقرار خواهد شد.

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

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



۶-۵- 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.

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

۶-۱ شاغلین:

۶-۱-۱ مبلغ ۱۳,۵۵۰,۰۰۰ (سیزده میلیون و پانصد و پنجاه هزار) ریال سرانه ماهانه به منظور پوشش درمانی مسئولیت کارفرما ناشی از تعهدات ماده ۶۶ قانون تامین اجتماعی بابت هریک از بیمه‌شدگان اصلی.

۶-۱-۲ مبلغ ۳,۰۰۰,۰۰۰ (سه میلیون) ریال سرانه ماهانه بابت هر یک از بیمه‌شدگان اصلی و هر یک از افراد خانواده مطابق با ماده ۴ و یا افراد تحت تکفل آنها.

۶-۲ افراد غیر تحت تکفل بیمه‌شده اصلی:

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

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

۶-۳ مبلغ ۴,۰۰۰,۰۰۰ (چهار میلیون) ریال سرانه ماهانه برای هر یک از بازنشستگان (از کارافتادگان)، مستمری‌بگیران، وظیفه‌بگیران و هر یک از افراد تحت تکفل آنان، فرزندان کارکنان بازنشسته و نیز فرزندان ذکور غیر تحت تکفل و همسر آنان به شرط داشتن دفترچه درمانی بیمه‌گر پایه.

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

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

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

بیمه‌گذار مکلف است حق بیمه ماهانه بیمه‌شدگان (موضوع ماده ۶ قرارداد) را براساس لیست اولیه بیمه‌شدگان و تغییرات مجاز بعدی حداکثر ظرف مدت سی روز از پایان هر ماه در وجه بیمه‌گر پرداخت نماید.

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



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

فصل سوم - تعهدات بیمه‌گر

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

تبصره ۱: درمورد کلیه تعهدات بیمه‌گر پرداخت هزینه‌های مربوط به مراکز تشخیصی و درمانی، (به جز هزینه‌های دارویی) که آخرین تعرفه مصوب مراجع ذیصلاح قانونی در بخش دولتی را رعایت نمایند بدون اعمال فرانشیز خواهد بود (در صورتی که مراکز فوق صرفاً بخشی از هزینه‌های انجام شده را طبق مصوبات هیئت وزیران محاسبه نمایند تسویه حساب هزینه‌های مذکور بدون اعمال فرانشیز و نسبت به سایر هزینه‌ها با احتساب ۱۰٪ فرانشیز خواهد بود).

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

ج- پرداخت هزینه‌های مربوط به بیماری‌های خاص و صعب‌العلاج براساس آخرین لیست وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی (منظور از بیماری‌های خاص بر اساس تعاریف رسمی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌باشد که شامل تالاسمی، هموفیلی، دیالیز خونی و صفاتی) و بیماری‌های صعب‌العلاج (از جمله ام اس، کانسر، پارکینسون، هپاتیت، ایدز، شیمی درمانی، متابولیک، بال پروانه‌ای، اوتیسم، CF، SMA، MPS، نارسایی مزمن کلیه، پمپه، گوشه، نیم پیک C/D، دیستروفی عضلات دوشن، دیستروفی عضلات غیر دوشن، رتینوپاتی، سکتة مغزی ایسکمیک، سکتة مغزی هموراژیک، سکتة قلبی، پرفشاری شریان ریوی، روانی مزمن و صرع مقاوم به درمان، انواع پیوندها از قبیل: مغز استخوان (BMT)، کبد، قلب، روده، پانکراس، مولتی ویسرال، ریه و کلیه) بر اساس تعرفه‌های مصوب مراجع ذیصلاح قانونی در هر بخش بدون اعمال فرانشیز در طول دوره در تعهد بیمه‌گر خواهد بود. در خصوص اطلاق عنوان صعب‌العلاج به سایر بیماری‌ها و همچنین بیماری‌های ناشی از آن که مورد اختلاف طرفین می‌باشد با نظر کمیسیون پزشکی مشترک وزارت نیرو و بیمه‌گران اقدام خواهد شد.

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

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



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

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

۸-۴ هزینه‌های اقدامات تشخیصی و درمانی در مراکز تخصصی و فوق تخصصی با رعایت تعرفه‌های مصوب مراجع ذیصلاح قانونی و اعمال فرانشیز مقرر با رعایت تبصره ۱ از ماده ۸ قابل جبران خواهد بود.

۸-۵ ویزیت پزشکان، مشاوران و کارشناسان پروانه‌دار معادل تعرفه در بخش خصوصی با اعمال ۱۵٪ فرانشیز و تا تعرفه‌های مصوب مراجع ذیصلاح قانونی در بخش خصوصی در سال اجرای قرارداد قابل پرداخت است (تعرفه‌های بخش دولتی شامل فرانشیز نمی‌گردد).

۸-۶ 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 و با کسر ۱۵٪ فرانشیز قابل پرداخت می‌باشد.

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

تبصره ۲: هزینه داروهای خارجی که تولید داخلی ندارند در صورت تجویز پزشک متخصص معالج و تأیید ضرورت مصرف و نام تجاری دارو و مقدار مصرف آن از سوی پزشک معتمد بیمه‌گر (در صورت عدم تأیید نسخه توسط بیمه‌گر، بررسی می‌بایست از طرف پزشک متخصص معتمد بیمه‌گر انجام شده باشد)، براساس قیمت پرداخت شده در مراکز رسمی (نظیر هلال احمر، داروخانه سیزده آبان و مراکز دارویی تک نسخه‌ای) قابل جبران است. در سایر موارد براساس شیوه نامه اجرایی مشترک اقدام خواهد شد.

تبصره ۳ - حق فنی داروخانه به عهده بیمه‌شده می‌باشد.

تبصره ۴- هزینه سرنگ، قلم و سرسوزن قلم انسولین، آب مقطر، آنژیوکت، ست سرم، اسکالپ وین و انواع پانسمان که جزء ملزومات دارویی محسوب می‌گردد و همچنین هرگونه تزریقات با جنبه درمانی براساس نرخ مصوب مراجع ذیصلاح قانونی همراه نسخه اصلی دارویی پزشک با کسر ۱۵٪ فرانشیز قابل جبران است.

تبصره ۵- هزینه نوار تست قند خون بیماران دیابتی در صورتی که پزشک متخصص معالج تعداد مصرف روزانه آن را تأیید نماید حداکثر تا ۱۰۰ عدد در ماه با تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر و با کسر ۱۵٪ فرانشیز قابل جبران است.

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



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

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

۷-۸ هزینه مربوط به پروتزیسهایی که در داخل بدن بکار می‌رود (از جمله پروتز حلقون گوش) با توجه به نوع عمل جراحی و کسر فرانشیز متناسب با شرایط این بیمه‌نامه محاسبه و پرداخت می‌شود.

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

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

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

۱۰-۸ تأمین هزینه درمان نازایی و ناباروری (اولیه و ثانویه) مانند لاپاراسکوپی درمانی، IVF، IUI، GIFT، ZIFT با اعمال ۱۵٪ فرانشیز سالانه حداکثر تا سقف ۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰ (سیصد میلیون) ریال جهت هر یک از زوجین می‌باشد (حتی اگر منجر به معالجه نگردد).

تبصره: داروهای نازایی از محل تعهدات دارو پرداخت می‌گردد.

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

۱-۱۱-۸ در موارد اورژانس که منجر به بستری شدن بیمار در بخش مراقبتهای ویژه از جمله CCU، ICU گردد، همچنین در مورد شکستگی‌ها (از جمله لگن، ران و گردن، ستون فقرات)، انتقال بیمار مابین بیمارستانها و مراکز تشخیصی - درمانی مجاز با تأیید بیمارستان مبدأ در هر مورد داخل شهری تا سقف ۳۰,۰۰۰,۰۰۰ (سی میلیون) ریال قابل پرداخت می‌باشد.

۲-۱۱-۸ 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 تشخیص درمانی تا سقف ۸۰,۰۰۰,۰۰۰ (هشتاد میلیون) در هر مورد بین شهری قابل پرداخت است.

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

۱۲-۸ در هر دو دوره قرارداد تأمین هزینه عینک طبی (شیشه یا فریم و یا هر دو) حداکثر تا سقف ۱۶,۰۰۰,۰۰۰ (شانزده میلیون) ریال، در مورد لنز تماسی طبی با تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر و برای عینک دو دید معمولی حداکثر تا سقف ۲۲,۰۰۰,۰۰۰ (بیست و دو میلیون) ریال قابل پرداخت می‌باشد.

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

۸-۱۲-۱ جهت افراد زیر ۱۸ سال تمام در صورت تغییر دید بینائی علاوه بر موارد فوق حداکثر هر شش ماه یکبار حداکثر تا نصف سقف تعهد عینک در بند ۸-۱۳ صرفاً بابت شیشه طبی با ارائه صورتحساب معتبر قابل پرداخت خواهد بود.

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

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

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

۸-۱۶ بیمه‌گر می‌تواند مدارک ارائه شده از طرف بیمه‌گذار و یا بیمه‌شده را به تشخیص خود بررسی نموده و در مورد چگونگی درمان و معالجه وی تحقیق نماید. در این رابطه بیمه‌گر موظف است همزمان با مبادله قرارداد مدارک و مستندات عمومی مورد نیاز در ارتباط با موضوعات قرارداد به بیمه‌گذار اطلاع‌رسانی شود.

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

۸-۱۸ هزینه‌های خارج از کشور:

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

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

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



۸-۱۹ بیمه‌گر موظف است آمار و اطلاعات مورد درخواست بیمه‌گذار را بر اساس جدول پیوست ۲ تهیه و در اختیار وی قرار دهد.

۸-۲۰ بیمه‌گر موظف است امکان دسترسی بیمه‌گذار و کلیه بیمه‌شدگان را به منظور پیگیری خسارتها در سیستم آنلاین خود حداقل به مدت یکسال پس از انقضای قرارداد فراهم نماید.

۸-۲۱ بیمه‌گر موظف است تیم جمع‌آوری نسخ و پزشک معتمد خود را در کلیه شرکت‌های بیمه‌گذار به ساختمانهای اداری مراکز استانها و شهرستانها با هماهنگی بیمه‌گذار اعزام نماید.

۸-۲۲ بیمه‌گر موظف است شیوه نامه اجرایی مشترک ضمیمه قرارداد را جهت اجرا به کلیه شعب خود ابلاغ نماید و آموزش‌های لازم را به آنها ارائه دهد. در صورت ابلاغ بخشنامه مازاد بر آن توسط بیمه‌گر به شعب، رونوشت آن می‌بایست به وزارت نیرو ارسال گردد. بدیهی است صرفاً شیوه نامه اجرایی مشترک ضمیمه قرارداد، مبنای ارائه مستندات بمنظور محاسبات جبران هزینه‌ها و اجرای آن در شعب بیمه‌گر می‌باشد.

ماده ۹ - خدمات دندانپزشکی

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

تبصره ۱: جبران هزینه جراحی لثه به منظور درمان تومور در صورتیکه منجر به بستری شود از محل تعهد بند 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.

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

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

تبصره ۱: در هر صورت بیمه‌گر موظف است بر اساس ارائه اسناد 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 دندانپزشکی که قبل از انقضاء این قرارداد طرح درمان آن به تأیید بیمه‌گر و یا پزشک معتمد وی رسیده باشد و همچنین ارائه هزینه‌های پاراکلینیکی ۳ ماه و در مورد هزینه‌های بیمارستانی ۵ ماه از تاریخ اتمام بررسی و پرداخت سهم بیمه‌گر پایه (صرفاً برای پوشش بازنشستگان) می‌باشد. بدیهی است بعد از انقضای این مدت،



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

ماده ۱۱- استثنائات:

موارد زیر از شمول تعهدات بیمه‌گر خارج می‌باشد:

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

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

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

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

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

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

۷- هزینه‌های ترک اعتیاد.

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

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

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

۱۱- جنون (به جز هزینه‌های بستری)

بخش دوم: قرارداد بیمه عمر و حادثه برای بازنشستگان صنعت آب و برق کشور

فصل اول - تعاریف و اصطلاحات

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

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

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

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

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

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

فصل دوم - وظایف و تعهدات بیمه گذار

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

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

۶-۱ - پوشش بیمه ای صرفاً با لیست اولیه و حق بیمه ماهیانه ۴۶۱,۰۱۰ (چهارصد و شصت و یک هزار و ده) ریال

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

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

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

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

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

تبصره: بیمه گذار موظف است مدارک مورد نیاز ذیل را در صورت وقوع حادثه به همراه درخواست کتبی جهت بیمه گر ارسال نماید. در غیر این صورت، بیمه گر حداکثر تا دو سال از گذشت وقوع حادثه متعهد به جبران غرامت متعلقه می باشد.



الف (در صورت فوت :

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

۱. گزارش مشروح حادثه که توسط مقامات ذیصلاح مامور رسیدگی به حادثه تنظیم گردیده و نام بیمه شده مصدوم در آن قید شده باشد.
 ۲. گواهی پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر و یا پزشک قانونی مبنی بر زمان شروع و پایان معالجات و احراز نقص عضو و یا از کارافتادگی دائم بیمه شده.
 ۳. تصویر شناسنامه بیمه شده.
 ۴. تصویر دفترچه بیمه درمانی بیمه شده.
 ۵. تصویر برابر اصل کارت ملی بیمه شده.
- تبصره: در صورتیکه حوادث منجر به فوت و نقص عضو بیمه شده بر اثر رانندگی باشد و بیمه شده نیز رانندگی وسیله نقلیه را در هنگام سانحه به عهده داشته باشد، در این صورت ارائه گواهینامه رانندگی متناسب با نوع وسیله نقلیه و یا تأییدیه از اداره راهنمایی و رانندگی مبنی برداشتن گواهینامه رانندگی مذکور الزامی است.

فصل سوم - تعهدات بیمه گر

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

غرامت فوت و نقص عضو بازنشستگان بشرح ذیل می باشد:

۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰ (چهارصد میلیون) ریال

۱- فوت به هر علت و نقص عضو دائم کلی

۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰ (چهارصد میلیون) ریال

۲- نقص عضو دائم جزئی ناشی از حوادث مشمول بیمه درصدی از مبلغ

(براساس شرایط عمومی بیمه حوادث)

ماده ۹- بیمه گر موظف است نسبت به ارسال رونوشت برای بیمه گذاران در مورد سایر دستورالعمل ها و بخشنامه های مرتبط به اجرای این بخش از قرارداد که به شعب و واحدهای اجرایی ارسال می نماید اقدام نماید.



بخش سوم: شرایط فسخ قرارداد

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

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

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

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

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

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

ب) محاسبه خسارت معوق بیمه‌گر براساس آخرین جدول IBNP یا خسارات معوق مربوط به سال جاری، ارسال شده به وزارت نیرو

ج) محاسبه نسبت خسارت پرداختی و معوق به حق بیمه پرداختی در چارچوب این قرارداد براساس موارد الف و ب

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



بخش چهارم: مقررات گوناگون

ماده ۱- بیمه‌گر و بیمه‌گذار سعی خواهند نمود هر گونه اختلاف ناشی از تفسیر یا اجرای این قرارداد را از طریق مذاکره حل و فصل نمایند.

ماده ۲- به منظور تسریع در انجام امور بیمه‌ای و پرداخت خسارت، در صورت لزوم حق بررسی دفاتر و اسناد طرفین موضوع این قرارداد جهت بیمه‌گر و بیمه‌گذار محفوظ می‌باشد.

ماده ۳- در صورت ابلاغ الزام قانونی به پرداخت مالیات بر ارزش افزوده مرتبط با ماده ۶ از بخش اول قرارداد، نحوه محاسبه مالیات مذکور بعد از توافقات لازم با بیمه‌گر صرفاً از طریق وزارت نیرو به شرکت‌های بیمه‌گذار جهت اجرا ابلاغ خواهد شد.

ماده ۴- در مواردی که در این قرارداد ذکری از آن به میان نیامده است حسب ضرورت موضوع در کمیسیونی مشترک متشکل از نمایندگان بیمه‌گر و بیمه‌گذار مطرح و پس از توافق انجام و یا در صورت لزوم مراتب جهت اخذ مجوز به بیمه مرکزی ایران اعلام خواهد شد.

ماده ۵- موارد مسکوت یا پیش‌بینی نشده در این قرارداد تابع شرایط عمومی بیمه‌های درمان، عمر و حوادث و قانون، مقررات و مصوبات بیمه در جمهوری اسلامی ایران خواهد بود.

ماده ۶- مدت اعتبار این قرارداد یک سال تمام هجری شمسی، از ساعت صفر بامداد ۱۴۰۲/۴/۱ شروع و در ساعت صفر بامداد ۱۴۰۳/۴/۱ منقضی می‌گردد و تمدید یا تجدید نظر در شرایط و مفاد آن برای دوره یک ساله بعد براساس قرارداد جدید عملی خواهد بود.

ماده ۷- در صورت فسخ یا عدم تمدید قرارداد در پایان هر دوره یک ساله اعم از اینکه بیمه‌گذار و یا بیمه‌گر مایل به تمدید آن نباشند مسئولیت طرفین در مورد انجام تعهدات و تسویه حساب‌های فی‌مابین با توجه به کلیه مفاد این قرارداد و توافقنامه کماکان به حال و قوت خود باقی است.

ماده ۸- بیمه‌گذار و بیمه‌گر مکلف هستند در بیمه درمان پایه و مکمل حداکثر ظرف مدت ۴ ماه پس از انقضاء مدت مقرر، نسبت به تسویه حساب‌های قرارداد اقدام نمایند.

ماده ۹- بیمه‌گر موظف است میزان دسترسی بیمه‌شدگان به مراکز درمانی طرف قرارداد را از نظر کمی و کیفی کاهش ندهد در غیر اینصورت موظف است دلایل موجه کاهش (این کاهش شامل لغو قرار داد با بخش‌های مختلف بیمارستانی و سایر مراکز درمانی طرف قرار داد نیز می‌شود) را به وزارت نیرو و بیمه‌گذار اعلام نماید.

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

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

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



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

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

ماده ۱۵- این قرارداد در بخش یک مشتمل بر ۱۱ ماده و ۳۳ تبصره و ۴۹ بند، در بخش دو شامل ۷ ماده و ۷ تبصره، در بخش سه شامل ۴ ماده و در بخش چهار شامل ۱۵ ماده در دو نسخه تنظیم و مبادله گردیده است. به دلیل اجرای سراسری این قرارداد در کل کشور، هیچ یک از شعب بیمه‌گر و بیمه‌گذار مشمول این قرارداد مجاز به تغییر در مفاد آن نمی‌باشند.

شرکت بیمه‌گذار

شرکت سهامی بیمه



ضمیمه تعهدنامه بند ۳-۴ از بخش یک قرارداد

شرکت بیمه

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

مدیر امور اداری شرکت

امضاء

نام و نام خانوادگی بیمه شده

امضاء



ضمیمه (۱)

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

نام خانوادگی : نام :

تاریخ تولد : کد ملی :

نسبت با بیمه شده اصلی :

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

اگر جواب بالا مثبت است 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 :



ضمیمه (۲)

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

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

نام شرکت بیمه گذار :		نام شرکت بیمه گر :		حق بیمه خالص صادره در دوره :		ریال	
تعداد بیمه شده اصلی (شاغل)		نفر		حق بیمه بابت تبصره بند ۹ دندانپزشکی :		ریال	
تعداد بیمه شده اصلی (بازنشسته)		نفر		حق بیمه بابت تبصره ۱۲-۸ عینک :		ریال	
تعداد افراد تحت تکفل شاغلین:		نفر		حق بیمه وصولی :		ریال	
تعداد افراد تحت تکفل بازنشستگان:		نفر					
تعداد پدر و مادر غیر تحت تکفل:		نفر					
تعداد افراد غیر تحت تکفل:		نفر					

سربازی و پاراکلینیکی		دندانپزشکی		دارو		بیمارستانی		عینک	
بار مراجعه	هزینه (ریال)	بار مراجعه	هزینه (ریال)	بار مراجعه	هزینه (ریال)	بار مراجعه	هزینه (ریال)	بار مراجعه	هزینه (ریال)

ضمیمه (۳)

مدارک لازم جهت ارائه به بیمه‌گر برای بیماران خاص و صعب‌العلاج

ردیف	بیماری	مدارک مورد نیاز جهت تأیید
۱	تالاسمی	ارائه جواب آزمایش خون و الکترولیز هموگلوبین (الکتروفورزسیر)
۲	هموفیلی	ارائه تست فاکتورهای انعقادی، جواب آزمایش خون، تست فعال شدن نسبی ترومبوپلاستین، تست زمان پروترومین، تست فیبرینوژن
۳	دیالیز (خونی و صفاتی)	ارائه کارت انجمن دیالیز و یا آزمایش نشان دهنده عدم فعالیت کلیه‌ها
۴	ام اس	جواب ام آر آی مغز و نخاع و یا کارت انجمن ام اس
۵	سرطان‌ها (cancer)	جواب پاتولوژی + نسخ تجویزی
۶	پارکینسون	ارائه نسخه پزشک متخصص مغز و اعصاب
۷	هپاتیت	ارائه جواب آزمایش‌های هپاتیت
۸	ایدز	ارائه جواب آزمایش ایدز
۹	شیمی درمانی و رادیو تراپی	ارائه جواب پاتولوژی که نشان دهنده بدخیمی باشد + نسخه‌های تجویزی
۱۰	متابولیک موکوپلی سایکاریدوز	ارائه جواب آزمایش ادرار که نشان دهنده میزان زیاد موکوپلی ساکارید در آن هست و نسخ پزشک متخصص، ارائه جواب پاتولوژی بافت درگیر
۱۱	بال پروانه ای	ارائه جواب نمونه‌برداری از پوست بیمار
۱۲	صرع مقاوم به درمان	نوار مغز + نسخه پزشک معالج مغز و اعصاب
۱۳	SMA	نوار عصب و عضله و آزمایشات + نسخه پزشک معالج مغز و اعصاب
۱۴	اوتیسم	نسخه پزشک معالج روانپزشک فوق تخصصی کودکان
۱۵	CF (سیستیک فیبروزیس)	آزمایشات تخصصی
۱۶	پمپه	آزمایشات تخصصی ژنتیکی + سلولی بدو تولد و یا شروع علائم همراه با نسخه پزشک فوق تخصص متابولیک کودکان
۱۷	گوشه	آزمایشات تخصصی ژنتیکی + سلولی بدو تولد و یا شروع علائم همراه با نسخه پزشک فوق تخصص متابولیک کودکان
۱۸	نیمن پیک C/D	آزمایشات تخصصی ژنتیکی + سلولی بدو تولد و یا شروع علائم همراه با نسخه پزشک فوق تخصص متابولیک کودکان
۱۹	دیستروفی عضلات دوشن	نوار عصب و عضله و آزمایشات خاص + نسخ پزشک
۲۰	دیستروفی عضلات غیردوشن	نوار عصب و عضله و آزمایشات خاص + نسخ پزشک
۲۱	پیوند کلیه	اسناد پزشکی پیوند + نسخه‌های تجویزی
۲۲	پیوند کبد	اسناد پزشکی پیوند + نسخه‌های تجویزی
۲۳	پیوند قلب	اسناد پزشکی پیوند + نسخه‌های تجویزی
۲۴	پیوند ریه	اسناد پزشکی پیوند + نسخه‌های تجویزی
۲۵	پیوند پانکراس	اسناد پزشکی پیوند + نسخه‌های تجویزی
۲۶	پیوند روده	اسناد پزشکی پیوند + نسخه‌های تجویزی



ادامه ضمیمه (۳)

مدارک لازم جهت ارائه به بیمه‌گر برای بیماران خاص و صعب‌العلاج

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