

شیوه نامه خرید خدمت مازاد بر سهم بیمه پایه (صندوق درمان)

شاهین وزارت آموزش و پرورش ۹۶-۱۳۹۵

با عنایت به تفاهم نامه منعقد فی مابین شرکت آتیه سازان حافظ که بعد از این طرف اول نامیده می شود و وزارت آموزش و پرورش که بعد از این طرف دوم نامیده می شود مبنی بر جبران مازاد هزینه های درمانی کارکنان وزارت آموزش و پرورش، هر یک از ادارات کل آموزش و پرورش و شعب شرکت آتیه سازان حافظ در کشور موظف به رعایت و اجرای دقیق مفاد این شیوه نامه می باشند.

فصل اول - کلیات

تعاریف و اصطلاحات مذکور در این قرارداد منحصر " با مفاهیم زیر مورد استفاده قرار می گیرند :

ماده (۱) طرف اول :

شرکت آتیه سازان حافظ به نشانی: تهران، خیابان نلسون ماندلا، بلوار صبا پلاک ۱۵ تلفن ۲۲۰۲۳۷۶۸

و نمابر ۲۲۰۲۳۶۷۷

ماده (۲) طرف دوم :

وزارت آموزش و پرورش به نشانی: تهران، خیابان شهید سپهدقربی، نرسیده به خیابان سمیه، نبش

کوچه شهید محمدی، پلاک ۵۶ ساختمان شهیدرجایی، معاونت توسعه مدیریت و پشتیبانی تلفن

۸۲۲۸۷۰۱۱ و نمابر ۸۲۲۸۷۰۱۱

ماده (۳) تعاریف و اصطلاحات:

۱-۳- حادثه : عبارتست از هر واقعه ناگهانی ناشی از یک عامل خارجی که بدون قصد و اراده قبلی

بیمه شده بروز کرده باشد و باعث وارد آمدن صدمه جسمی به بیمه شده گردد. با عنایت به اختصاص

۱۰ درصد از حق بیمه شخص ثالث، سرنشین و مازاد بابت هزینه های درمان مصدومین حوادث و

تاریخ:

شماره:

پیوست:

سوانح رانندگی در همه واحدهای بهداشتی و درمانی دولتی و غیر دولتی، هزینه های مزبور بعهدہ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می باشد و در تعهد این قرارداد نمی باشد.

۲-۳- بیماری: عبارتست از هرگونه عارضه جسمی، روحی و یا اختلال در اعمال طبیعی اعضاء و جہاز مختلف بدن طبق تشخیص پزشک.

۳-۳- خسارت متفرقه (مستقیم): هزینه های تشخیصی، درمانی مورد تعهدی است که راسا توسط بیمه شده پرداخت و اسناد آن جهت انجام رسیدگی به طرف اول ارائه و سپس از طریق طرف اول به طور سیستمی به حساب بانک ملی بیمه شده واریز می گردد.

۳-۴- خسارت غیر مستقیم: هزینه تشخیصی، درمانی مورد تعهدی است که مستقیما از سوی مراکز تشخیصی، درمانی طرف قرارداد برای طرف اول ارسال تا وفق قرارداد منعقد با آن مرکز مورد رسیدگی قرار گرفته و توسط طرف اول پس از تامین اعتبار لازم در وجه مرکز مزبور پرداخت می گردد.

۳-۵- فرانشیز: سهم بیمه شده از هزینه های مورد تعهد است که میزان آن در قرارداد تعیین گردیده است.

۳-۶- دوره انتظار: دوره انتظار مدتی است که در طول آن صندوق تعهدی به جبران خسارت ندارد و شامل بیمه شدگانی می گردد که در سال گذشته هیچگونه پوشش بیمه درمان مکمل بصورت ممتد نداشته اند.

تبصره ۱: دوره انتظار مشمول این قرار داد نمی گردد.

ماده ۴) افراد تحت پوشش:

عبارتند از کارکنان شاغل (رسمی، پیمانی و قراردادی) به همراه کلیه افراد خانواده آنها بدون حق انتخاب که به طور تمام وقت در استخدام وزارت آموزش و پرورش می باشند و والدین غیر تحت

تکفل کارکنان (رسمی ، پیمانی و قراردادی) و نیز همسر کارکنان اناث (رسمی ، پیمانی و قراردادی) و کارکنان مدارس غیرانتفاعی.

تبصره ۱) خانواده: منظور از خانواده عبارت است از هر یک از کارکنان شاغل طرف دوم و همسر یا همسران دائمی و فرزندان بدون حق انتخاب . لازم به توضیح اینکه پوشش بیمه‌ای پدر و مادر و سایر افرادی که از سال قبل جزء بیمه‌شدگان قرارداد اصلی بوده‌اند مشروط به اعلام در لیست اولیه بلامانع می‌باشد.

تبصره ۲) کارکنان مؤنث می‌توانند به تنهایی و یا به اتفاق تمامی فرزندان خود (بدون حق انتخاب) تحت پوشش قرارگیرند. حتی اگر دفترچه بیمه پایه آنها به تبع بیمه‌شده اصلی نباشد.

تبصره ۳) کلیه فرهنگیان و افراد تحت تکفل آنان که در سال گذشته تحت پوشش بیمه بوده‌اند از تاریخ ۱۳۹۵/۰۷/۰۱ کماکان تحت پوشش صندوق درمان خواهند بود و می‌توانند با ارایه هولوگرام های در اختیار، از خدمات مراکز درمانی و مزایای صندوق درمان بهره‌مند گردند. کارکنانی که تمایل به عضویت و بهره‌مندی از پوشش درمان تکمیلی سال جاری را دارند نیز می‌توانند ضمن مراجعه به کارشناس های تعاون و امور رفاهی اداره آموزش و پرورش محل خدمت خود، با تکمیل فرم مخصوص تحت پوشش خدمات و تعهدات صندوق درمان فرهنگیان قرار بگیرند.

تبصره ۴) ضمن تأکید بر ادامه پوشش درمان تکمیلی برای همه ی فرهنگیان محترم و افراد تحت تکفل ایشان، ضروری است از سوی ادارات کل آموزش و پرورش ترتیبی اتخاذ گردد که در صورت انصراف هر یک از کارکنان نسبت به تکمیل فرم مربوطه و تحویل هولوگرام به ادارات محل خدمت اقدام شود. بدیهی است فهرست اسامی افراد مذکور نیز می‌بایست بلافاصله به شعب مجری اعلام گردد.

مسئولیت هرگونه استفاده از هولوگرام از تاریخ ۱۳۹۵/۰۷/۰۱ توسط افرادی که از پوشش درمان تکمیلی انصراف داده‌اند به عهده افراد ذینفع و اداره کل آموزش و پرورش مربوطه خواهد بود.

تبصره ۵) شرط سنی:

الف) فرزندان در صورت اعلام اسامی در موعد مقرر بدون در نظر گرفتن شرط سنی مشروط به عدم ازدواج و اشتغال به کار تحت پوشش می‌باشند.

ب) فرزندان مؤنث مطلقه تا زمان رجوع و یا ازدواج مجدد به شرط عدم اشتغال تحت پوشش می‌باشند.

ج) نوزادان از بدو تولد مشروط به ارسال مدارک حداکثر ظرف مدت ۴۵ روز از تاریخ تولد تحت پوشش قرار می‌گیرند.

د) چنانچه فرزندان نفر اصلی دچار معلولیت ذهنی - جسمی - نقص عضو دائم یا موقت باشند، تأمین هزینه‌های درمان آنها بدون در نظر گرفتن شروط مندرج در بند «الف» تبصره ۵ تحت پوشش خواهند بود. لازم به توضیح است که افراد تبعی فرزندان معلول فوق‌الذکر مشمول این شیوه‌نامه نمی‌گردند.

ه) کارکنانی که قصد دارند از مرخصی بدون حقوق استفاده نمایند مشروط به اعلام اسامی آنها در لیست اولیه و پرداخت حق بیمه متعلقه به صورت یکجا می‌توانند تا پایان قرارداد تحت پوشش قرار گیرند. ضمناً کسانی که مرخصی آنها بعد از مهلت عضوگیری به پایان می‌رسد و در لیست اولیه اعلام نشده‌اند تا ۴۵ روز پس از انقضای مرخصی با ارائه مستندات و نامه کتبی طرف دوم و پرداخت حق بیمه مربوطه می‌توانند از ابتدای قرارداد به عضویت درآیند و افرادی که نمی‌خواهند بعد از مرخصی در لیست بیمه‌شدگان باقی بمانند مشروط به عدم دریافت هزینه، معرفی‌نامه و یا هولوگرام، ضمن تکمیل فرم تعهدنامه مبنی بر عدم استفاده از خدمات مندرج در این شیوه‌نامه می‌توانند به تاریخ شروع مرخصی، پایان پوشش یابند. تأمین پرداخت سرانه کسانی که در طی مدت قرارداد از مرخصی بدون حقوق و یا استعلاجی استفاده می‌نمایند تا پایان قرارداد بر عهده ادارات

کل آموزش و پرورش استان می باشد (پرداخت توسط افراد مشمول به صورت یکجا خواهد بود).

در صورت بازنشستگی و یا فوت بیمه شده اصلی در طول مدت تفاهم نامه، افراد تحت تکفل و همچنین بازماندگان تحت پوشش بیمه ای متوفی از پوشش این قرارداد خارج و ادارات کل آموزش و پرورش می بایست برای بهره مندی از خدمات و تعهدات بیمه درمان تکمیلی ایشان را به سازمان بازنشستگی کشوری معرفی نمایند.

تبصره ۶) کارکنان شاغل طرف دوم و اعضاء خانواده به همراه افراد تحت تکفل آنان وقتی بیمه شده تلقی می شوند که دارای دفترچه بیمه کارکنان دولت سازمان بیمه سلامت ایران، سازمان تأمین اجتماعی، خدمات درمانی نیروهای مسلح، کمیته امداد امام خمینی (ره) و یا سایر بیمه گران پایه باشند.

ماده ۵) موضوع بیمه :

عبارتست از جبران هزینه های خدمات تشخیصی ویژه و دوران بستری در بیمارستان شامل زایمان، خدمات درمانی طبی و اعمال جراحی ناشی از بیماری مشمول بیمه مازاد بر بیمه خدمات درمانی، بیمه تامین اجتماعی نیروهای مسلح و سایر شرکت و سازمانهای بیمه گر بر طبق شرایط مقرر در این قرارداد.

ماده ۶) تعهدات کارکنان شاغل (رسمی، پیمانی و قراردادی) و افراد تبعی مشمول:
خلاصه جدول تعهدات به شرح ذیل می باشد.

تعهدات		سقف تعهدات (ریال)	فرانشیز و توضیحات
هزینه های بیمارستانی	جراحی های تخصصی	بدون سقف	٪۲۰
	درمان طبی و سایر اعمال جراحی	بدون سقف	٪۲۰
	زایمان (طبیعی و سزارین، کورتاژ تشخیصی و تخلیه ای)	۱۰/۰۰۰/۰۰۰	٪۲۰

تاریخ:

شماره:

پیوست:

٪۲۰	بدون سقف	هزینه‌های مرتبط با درمان نازایی و ناباروری اولیه جهت بیمه‌شدگان (صرفاً زوجین نازا)
تا سقف تعرفه های مصوب هیئت وزیران پس از کسر ٪۲۰ فرانشیز (شایان ذکر خدمت آزمایش و پاتولوژی مشمول ۱۰ درصد فرانشیز اجباری سهم بیمه شده می باشد)	بدون سقف	هزینه های پاراکلینیکی
تا سقف تعرفه های مصوب هیئت وزیران پس از کسر ٪۲۰ فرانشیز	بدون سقف	ویزیت پزشکان
-----	بدون سقف	فرانشیز داروی در تعهد بیمه همگانی و ملزومات دارویی (سرنگ، آنژیوکت، ست سرم)
٪۲۰	بدون سقف	هزینه تهیه اعضای طبیعی پیوندی با تأیید انجمن‌های مربوطه
٪۲۰	تا سقف ۳/۰۰۰/۰۰۰	هزینه رفع عیوب انکساری چشم با حداقل درجه ۳ دیوپتر برای هر چشم
٪۲۰	بدون سقف	هزینه‌های اروتز و پروتز (طبق تعرفه و تعریف وزارت بهداشت)
٪۲۰	تا سقف ۵۰۰/۰۰۰	عینک و لنز طبی
-----	داخل شهر ۶۰۰/۰۰۰ خارج شهر ۱/۰۰۰/۰۰۰	آمبولانس در هر مورد

- تعهدات و خدمات برای هر یک از افراد تحت پوشش کارکنان شاغل (رسمی، پیمانی و قراردادی) و افراد تبعی مشمول عبارت است از:

تبصره (۱) جبران هزینه‌های بستری و جراحی و شیمی درمانی، رادیوتراپی، آنژیوگرافی قلب، گامانایف (مرتبط با جراحی‌های خوش‌خیم و بدخیم) و انواع سنگ‌شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و **DAY CARE** درمان طبی و زایمان‌های زودرس، طبیعی و سزارین و هزینه بستری شدن در بخش مراقبت‌های ویژه نظیر **ICU**، **CCU** اتاق ایزوله به شرح زیر می‌باشد.

الف) تعهد در مورد هزینه اعمال جراحی و درمان طبی در مراکز درمانی طرف قرارداد طرف اول در طول مدت قرارداد و به دفعات در صورت ارائه هولوگرام یا دریافت معرفی‌نامه از طرف اول بر اساس صورتحساب بیمه‌ای مراکز درمانی فوق و اعمال فرانشیز مربوطه خواهد بود.

ب) تعهدات در مورد هزینه اعمال جراحی و درمان طبی در مراکز درمانی غیرطرف قرارداد طرف اول و یا مراکز درمانی طرف قرارداد بدون اخذ معرفی‌نامه با رعایت درجه همترازی و حداکثر بالاترین تعرفه مورد عمل مراکز هم درجه طرف قرارداد در استان محل دریافت خدمت و با کسر سهم بیمه پایه و در موارد عدم تعهد بیمه پایه با اعمال فرانشیز مربوطه رسیدگی و در صورت کامل بودن مدارک حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز کاری باز پرداخت خواهد شد.

ج) بیماری‌های خاص این تفاهم نامه :

- شامل: بیماری‌های هموفیلی، تالاسمی ماژور، دیالیز مزمن و پیوند ها مانند کلیه، کبد و سایر پیوندها (به جز پیوند اندام‌ها و قرنیه) و بیماری‌های صعب‌العلاج شامل انواع سرطان، بیماری‌های پره کانسر، **MS**، **ALS**، پارکینسون، کتونومی ناشی از بیماری‌های متابولیک وارثی، سوختگی، هپاتیت، آرتریت روماتوئید، لوپوس اریتماتوز، بیماری‌های کرون و بهجت و ایدز می باشد، که بر اساس این شیوه نامه پرداخت هزینه تمامی داروهای درمان این بیماریها، اعم از داخل و خارج فارماکوپه بیمه با اعمال فرانشیز مقرر در متن قرارداد و در صورت عدم تعهد بیمه پایه، بدون فرانشیز می باشد.

- پرداخت هزینه کیسه کولستومی در بیماران مبتلا به سرطان پس از کسر سهم بیمه پایه و یا فرانشیز مقرر در متن قرارداد.

شایان ذکر است هزینه داروهای مکمل و تغذیه‌ای به استثناء آلبومین که در درمان عوارض بیماری و یا عوارض ناشی از درمان به کار می‌روند، قابل پرداخت نمی‌باشند.



د) جبران هزینه‌های بیماریهای ضعف عصب و عضله از جمله (پولی میوزیت، دوشن و) و بیماریهای خود ایمن از جمله (گیلن باره، پمفیگوس، پسوریازیس، شوگرن و...)، بیماریهای نوروپاتی (به استثناء نوروپاتی های ثانویه به بیماری نظیر دیابت و غیره) ، بر اساس این شیوه نامه هزینه تمامی داروهای درمان این بیماریها که در فهرست دارویی رسمی کشور و در تعهد بیمه پایه باشند پس از کسر سهم بیمه پایه و داروهای خارج از فارماکوپه بیمه با اعمال ۲۰ درصد فرانشیز قابل پرداخت می‌باشد.

تبصره ۲) پرداخت هزینه‌های مربوط به زایمان (اعم از زایمان طبیعی، زودرس، سزارین و کورتاژ تشخیصی و تخلیه‌ای) در طول مدت قرارداد تا سقف ۱۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال و با اعمال ۲۰٪ فرانشیز خواهد بود.

تبصره ۳) تأمین هزینه‌های پاراکلینیکی از قبیل هزینه‌های رادیولوژی، پزشکی هسته‌ای، انواع اسکن، MRI، سونوگرافی، آزمایشگاه، پاتولوژی، فیزیوتراپی و لیزر فیزیوتراپی (حداکثر ۱۰ جلسه برای هر اندام در ماه)، مگنت تراپی، ادیومتری، گفتاردرمانی، طب سوزنی، لیزر درمانی غیرزیبایی، کاردرمانی، PRP، خدمات اورژانس و سایر اعمال پاراکلینیکی تا سقف تعرفه‌های مصوب هیئت وزیران در بخش خصوصی و دولتی پس از کسر ۲۰٪ فرانشیز و در صورت استفاده از سهم بیمه پایه بدون فرانشیز می‌باشد.

تبصره ۴) هزینه‌های رفع عیوب انکساری (اصلاح دید چشم) نظیر لیزیک و RK، برای هر چشم که بر اساس پرینت کامپیوتری چشم و گواهی پزشک (جمع قدرمطلق نقص بینایی هر چشم: درجه دوربینی یا نزدیک‌بینی به اضافه نصف درجه آستیگمات و یا هر یک به تنهایی) ۳ دیوپتر و بیشتر باشد تا سقف ۳/۰۰۰/۰۰۰ (سه میلیون ریال) با اعمال ۲۰٪ فرانشیز قابل پرداخت است .

تبصره ۵) جبران هزینه اروتز و پروتز مطابق تعریف وزارت بهداشت، پروتزهایی در تعهد می‌باشد که داخل بدن به کار رفته و با تجویز پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد طرف اول بر اساس نرخ مراکز مجاز و معتبر تجهیزات پزشکی که در سایت وزارت بهداشت و درمان

تاریخ:

شماره:

پیوست:

موجود باشد و در خصوص اروتز صرفاً آتل‌هایی همچون گردن‌بند، کمربند، زانوبند و بریس که توسط پزشک متخصص ارتوپدی و مغز و اعصاب تجویز گردد مورد تعهد می‌باشد. در نتیجه مواردی همچون عصا، واکر، سمعک، ویلچر، کفش و کفی طبی، دستگاه فشارسنج و سایر موارد در تعهد این قرارداد نمی‌باشد.

تبصره ۶) تأمین هزینه تهیه اعضاء طبیعی پیوندی مانند کلیه، کبد، قرنیه، قلب، ریه و ... پس از تأیید انجمن حمایتی مربوطه و پزشک معتمد طرف اول.

تبصره ۷) تأمین هزینه‌های مرتبط با درمان نازایی و ناباروری اولیه جهت بیمه‌شدگان (صرفاً زوجین نازا) بر مبنای تعرفه همترازی در مراکز طرف قرارداد طرف اول با کسر ۲۰٪ فرانشیز و در صورت استفاده از سهم بیمه پایه بدون فرانشیز می‌باشد. شایان ذکر است جبران هزینه دارویی این گروه مطابق تبصره ۱۶ همین ماده می‌باشد.

تبصره ۸) تعهدات در رابطه با آمبولانس و همراه به شرح زیر است:

الف) هزینه آمبولانس و سایر فوریت‌های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار از بیمارستان به سایر مراکز تشخیص درمانی طبق دستور پزشک.

ب) در مواردی که بیمار در بیمارستان بستری و امکان مداوای بیمار در بیمارستان محل اقامت وی فراهم نباشد با تأیید بیمارستان مبداء و یا تأیید پزشک معتمد طرف اول هزینه انتقال بیمار با آمبولانس یا هواپیما به بیمارستان و مراکز تشخیص درمانی تا سقف ۱/۰۰۰/۰۰۰ ریال (یک میلیون ریال) در هر مورد بین شهری و در موارد آمبولانس شهری تا سقف ۶۰۰/۰۰۰ ریال در هر مورد قابل پرداخت می‌باشد.

ج) هزینه همراه کودک بیمار تا سن ۷ سال کامل و افراد بالای ۷۰ سال حداکثر معادل با نرخ تعرفه همراه در بیمارستانهای همتراز طرف قرارداد طرف اول پرداخت می‌گردد. در هر مورد دستور پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد طرف اول الزامی است.

تبصره ۹) تامین هزینه عینک طبی (شیشه و فریم) و لنز طبی در طول یک سال بیمه ای حداکثر تا سقف ۵۰۰/۰۰۰ ریال (پانصد هزار ریال) مشروط به تجویز چشم پزشک یا اپتومتریست با ارائه برگه کامپیوتری نمره چشم توسط عینک فروشی معتبر.

در صورت تجویز عینک توسط اپتومتریست در صورتی که شماره چشم کوچکتر و یا مساوی ۰/۵ باشد علاوه بر مدارک فوق ارائه گواهی چشم پزشک نیز الزامی می باشد.

تبصره ۱۰) هزینه‌های انجام شده مورد تعهد با ارائه اصل مدارک و صورتحساب‌های درمانی و بر اساس مفاد شیوه‌نامه قابل پرداخت است. در مواردی که بیمه شده اصل مدارک را برای دریافت قسمتی از هزینه‌های انجام شده سهم سایر مراجع ذیربط به آنها ارائه نموده باشد، مازاد هزینه‌ها، پس از دریافت تصویر برابر اصل شده مدارک ذکر شده به همراه تصویر چک مربوطه محاسبه و پرداخت خواهد شد.

تبصره ۱۱) جبران هزینه ویزیت پزشک عمومی، متخصص و فوق تخصص مشروط به درج دستور پزشک معالج در دفترچه بیمه‌گر پایه و حداکثر براساس تعرفه مصوب هیئت وزیران در بخش دولتی و خصوصی و در صورت عدم استفاده از سهم بیمه پایه پس از کسر ۲۰٪ فرانشیز خواهد بود.

تبصره ۱۲) هزینه خدمات طب مکمل (طب سنتی، هومیوپاتی و...) در صورت انجام توسط پزشک حداکثر معادل تعرفه ویزیت پزشک عمومی قابل پرداخت می‌باشد.

تبصره ۱۳) جبران فرانشیز داروهای در تعهد بیمه‌پایه.

تبصره ۱۴) نسخ آزاد قابل پرداخت نمی‌باشد.

تبصره ۱۵) حق فنی داروخانه به عهده فرد تحت پوشش می‌باشد.

تبصره ۱۶) جبران هزینه داروهای ناباروری مشروط به درج دستور پزشک در دفترچه بیمه‌گراول با کسر فرانشیز ۲۰٪ امکان‌پذیر خواهد بود.

تبصره ۱۷) جبران سی درصد (۳۰٪) هزینه آزمایشات ژنتیک (که در کتاب ارزش نسبی خدمات ارزش گذاری نگردیده) مشروط بر ارائه دلیل علمی برای انجام آزمایش.

تاریخ:

شماره:

پیوست:

تبصره ۱۸) طرف اول طبق روال معمول در جهت دستیابی مستقیم افراد تحت پوشش به مراکز درمانی تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی و خدمات درمانی و در راستای تعرفه‌های مصوب دولت اقدام خواهد نمود به نحوی که افراد تحت پوشش بتوانند مشابه افراد تحت پوشش سازمان‌های مزبور از خدمات این مراکز استفاده نمایند.

ماده ۷) فرانشیز تعهدات کارکنان شاغل (رسمی، پیمانی و قراردادی) و افراد تبعی مشمول:

منظور از فرانشیز درصد معینی از هزینه‌های درمانی مشمول تعهدات این قرارداد است که تأمین آن به عهده بیمه شده می‌باشد.

۷-۱. حداقل فرانشیز در خصوص خدمات موضوع تبصره ۱، ۲، ۴، ۵، ۶، ۷ و ۹ از ماده ۶ این شیوه‌نامه (انواع بستری، زایمان، لیزیک، اورتز و پروتز، اعضای پیوندی، نازائی و ناباروری، عینک) بابت سهم بیمه‌گر اول، ۲۰٪ درصد از هزینه‌های درمانی مورد تأیید و تعهد است. بدیهی است چنانچه افراد تحت پوشش به مراکز طرف قرارداد بیمه همگانی مراجعه نمایند و یا به هر نحوی از سهم بیمه‌گر اول استفاده کنند، فرانشیزی از صورت حساب بیمه‌ای ایشان کسر نخواهد شد.

۷-۲. حداکثر تعهد در مورد آن دسته از خدمات موضوع تبصره ۳ و ۱۱ و ۱۲ ماده ۶ این شیوه‌نامه (انواع خدمات پاراکلینیک، اعمال مجاز سرپائی و ویزیت) که دارای تعرفه مصوب و جاری در بخش خصوصی و دولتی از سوی هیئت وزیران می‌باشند معادل تعرفه بخش خصوصی پس از کسر ۲۰٪ فرانشیز و در خصوص خدماتی که تابعی از k می‌باشند، حداکثر تا سقف ضریب خدمات در بخش خصوصی و دولتی مصوب هیئت وزیران و در مواردی که فاقد تعرفه و ضریب مشخص باشد بر اساس تعرفه توافق شده با طرف اول و با ۲۰٪ فرانشیز می‌باشد.

تبصره: خدمات آزمایش سرپایی علاوه بر کسر سهم بیمه‌گر اول مشمول ۱۰ درصد فرانشیز اجباری

می‌گردد. (زمان اجرای فرانشیز اجباری از تاریخ ۱۳۹۵/۰۹/۰۱ می‌باشد)

استثناء: در صورت مراجعه کارکنان تحت پوشش به مراکز درمانی دولتی و دانشگاهی جهت دریافت خدماتی که تعرفه مصوب شورایی عالی بیمه خدمات درمانی کشور (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) را رعایت می‌نمایند، فرانشیز پرداختی ایشان طبق مفاد شیوه نامه قابل پرداخت می‌باشد.

۲-۳. خدمات پاراکلینیکی که طبق مفاد قرارداد، مورد توافق طرفین هستند بر اساس خدمات تشخیصی و درمانی و اعمال سرپایی که ارزش گذاری شده و به تایید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی رسیده باشد قابل پرداخت می‌باشند.

تبصره ۱) در خصوص خدمات جدید که در طول قرارداد ارائه گردد و ارزش گذاری نگردیده باشد در صورت تأیید توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی معادل خدمات مشابه که دارای تعرفه مصوب می‌باشند، پرداخت خواهد شد.

تبصره ۲) در صورت مراجعه افراد تحت پوشش به مراکز درمانی طرف قرارداد با طرف اول که فاقد قرارداد با بیمه‌گر پایه باشند، فرانشیز سهم بیمار توسط ایشان پرداخت می‌گردد. بیمه‌شده می‌تواند پس از ارسال مدارک از سوی مراکز درمانی فوق‌الذکر به واحد اجرایی مربوطه مراجعه و ضمن دریافت اصل مدارک رأساً نسبت به دریافت سهم بیمه‌گر پایه اقدام نماید.

تبصره ۳) در هر صورت هزینه‌های خارج از تعهد به عهده افراد تحت پوشش بوده و در محاسبات فوق لحاظ نمی‌گردد.

ماده ۸) استثنای تعهدات کارکنان شاغل (رسمی، پیمانی و قراردادی) و افراد تبعی مشمول:
موارد زیر از شمول تعهدات این گروه خارج می‌باشد.

۱. از بین بردن عیوب مادرزادی مگر اینکه طبق تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر رفع این عیوب جنبه درمانی داشته باشد.

۲. اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام می‌شود، مگر اینکه ناشی از وقوع حوادث تحت پوشش در طی مدت قرارداد باشد و در خصوص اعمال درمانی توأم با اعمال زیبایی نظیر سپتوپلاستی همراه با رینوپلاستی، پرداخت هزینه مشروط به پرداخت سهم بیمه‌گر اول می‌باشد.
۳. سقط جنین مگر در موارد ضروری با تشخیص پزشک معالج، تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر و تأیید مراجع قانونی.
۴. بیماری‌های فراگیر (اپیدمی).
۵. هزینه چک‌آپ و آزمایشات دوره‌ای و سایر هزینه‌های درمانی که طبق قوانین کار به عهده کارفرما می‌باشد.
۶. هزینه‌های واکسیناسیون، مگر در مواردی که با تشخیص پزشک معالج تجویز شود و در صورت حساب بیمارستانی موجود باشد.
۷. ترک اعتیاد.
۸. حوادث طبیعی مانند سیل، زلزله و آتشفشان.
۹. فعل و انفعالات هسته‌ای، میکروبی و شیمیایی ناشی از جنگ.
۱۰. جنگ، شورش، اغتشاش، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی.
۱۱. اتاق خصوصی مگر در خصوص بیماری‌های عفونی که با تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر بیمه شده باید در اتاق ایزوله بستری گردد.
۱۲. هزینه همراه مگر برای فرزندان زیر ۷ سال و افراد بالای ۷۰ سال و با تجویز پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد طرف اول.
۱۳. جراحی فک و جراحی لثه. مگر جراحی فک که به علت حوادث تحت پوشش و با تأیید پزشک معتمد طرف اول انجام شود.
۱۴. داروهای ویتامینه و مکمل که جنبه تغذیه‌ای دارد از جمله مکمل‌های غذایی و شیرخشک.

۱۵. لوازم بهداشتی - آرایشی نظیر شامپو، صابون، خمیردندان و وسایل کمک توانبخشی از جمله جوراب واریس، ویلچر، عصا، عینک آفتابی، سمعک، و موارد مشابه.

۱۶. هزینه‌های مربوط به تهیه اعضای مصنوعی برای جبران نواقص و ناراحتی‌های جسمی بدن.

۱۷. عمد بیمه شده در تحقق خطر بر اساس نظریه پزشکی قانونی.

۱۸. خودکشی، قتل و جنایت.

۱۹. هزینه نگهداری بیماری‌های سایکوتیک، منظور از بیماری‌های سایکوتیک (روانی و جنون) آن دسته از بیماری‌هایی است که بیمار نسبت به بیماری خویش بینش نداشته باشد.

۲۰. اعمال جراحی عقیم‌سازی در آقایان و بستن لوله‌ها در خانم‌ها (به جز در مواردی که به عنوان عمل دوم در جراحی‌های داخل شکم انجام شود).

۲۱. کلیه هزینه‌های مربوط به تصادفات رانندگی که بر عهده بیمه شخص ثالث و صندوق تأمین خسارات بدنی می‌باشد.

۲۲. خدمات سرپائی نظیر تزریقات، پانسمان، اکسیژن‌تراپی، پرستاری در منزل و سایر موارد مشابه.

۲۳. ویزیت و مشاوره روانشناس، ویزیت اپتومتریست، ماما و سایر کارشناسان و PHD های پروانه‌دار نظیر تغذیه و ...

۲۴. کلیه خدمات دندان پزشکی اعم از ویزیت دندان‌پزشکان، کلیه تصویربرداری‌ها و سایر خدمات مربوطه.

۲۵. هزینه‌های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و تعرفه آن از سوی وزارت بهداشت تدوین و اعلام نگردیده است نظیر هزینه‌های درمان با سلول‌های بنیادی و خدمات جدید که فاقد تعرفه مشخص می‌باشند.

۲۶. اقدامات درمانی جهت آسیب‌های ناشی از سلاح‌های سرد و گرم.

ماده ۹ - تعهدات والدین غیر تحت تکفل کارکنان (رسمی، پیمانی و قراردادی) و نیز همسر کارکنان اناث (رسمی، پیمانی و قراردادی) و کارکنان مدارس غیرانتفاعی:

تاریخ:

شماره:

پیوست:

درازا دریافت حق بیمه مقرر موضوع قرارداد تعهدات صندوق برای یکسال بیمه ای برای هر یک از بیمه شدگان عبارت است از :

تبصره ۱) جبران هزینه های بستری اعمال جراحی تخصصی بیمارستانی شامل: درمان جراحی سرطان (جراحی تومورهای بدخیم)، اعمال جراحی قلب ، مغز و نخاع (به استثنای جراحی ستون فقرات)، آنژیو پلاستی قلب، هزینه کلیه اهدائی، دیالیز مزمن، پیوند کلیه، پیوند قلب، پیوند مغز استخوان ، پیوند کبد، پیوند ریه حداکثر تا سقف ۸۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال.

تبصره ۲) جبران هزینه های بستری اعمال جراحی عمومی و درمان طبی در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و **DAY CARE** ، شیمی درمانی (بستری و سرپایی، داروهای تخصصی) ، جراحی ستون فقرات، رادیوتراپی، آنژیوگرافی قلب ، گامانایف و انواع سنگ شکن در بیمارستان و هزینه بستری شدن در بخش مراقبتهای ویژه نظیر ، **CCU ، ICU** حداکثر تا سقف ۴۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال از محل تعهدات تبصره ۱ ماده ۹ می باشد

تبصره ۳) پرداخت هزینه های مربوط به زایمان (اعم از زایمان طبیعی، زودرس، سزارین) و کورتاژ تشخیصی و تخلیه ای در طول مدت قرارداد حداکثر تا سقف ۵/۰۰۰/۰۰۰ ریال .

تبصره ۴) بیماریهای خاص قرارداد شامل انواع سرطان و شیمی درمانی ، **Ms** ، بیماریهای هموفیلی ، تالاسمی ماژور، دیالیز مزمن و پیوند کلیه و پیوند مغز استخوان، پیوند کبد، ریه می باشد . تعهد صندوق جهت این بیماران شامل پرداخت هزینه داروهای اختصاصی درمان اعم از داخل و خارج فارماکوپه بیمه از محل تعهدات تبصره ۲ ماده ۹ می باشد.

تبصره ۵) هزینه های انجام شده مورد تعهد با ارائه اصل مدارک و صورتحسابهای درمانی و براساس مفاد قرارداد قابل پرداخت است . در مواردیکه بیمه شده اصل مدارک را برای دریافت قسمتی از هزینه های انجام شده سهم سایر مراجع ذیربط به آنها ارائه نموده باشد ، مازاد هزینه ها پس از دریافت تصویر برابر اصل شده مدارک ذکر شده به همراه تصویر چک مربوطه قابل پرداخت خواهد بود.

تبصره ۶) طرف اول طبق روال معمول در جهت دستیابی مستقیم بیمه شدگان به مراکز درمانی تحت پوشش سازمان تامین اجتماعی و خدمات درمانی و در راستای تعرفه های مصوب دولت اقدام خواهد نمود بنحویکه بیمه شدگان بتوانند مشابه افراد تحت پوشش سازمانهای مزبور از خدمات این مراکز استفاده نمایند.

تبصره ۷) طرف اول و طرف دوم می توانند مدارک ارائه شده از طرف بیمه شده را به تشخیص خود بررسی نموده و در مورد مدارک درمانی و معالجه وی تحقیق نماید.

تبصره ۸) تعهد صندوق در مورد اعمال جراحی و در مان طبی در مراکز درمانی طرف قرارداد طرف اول در طول مدت قرارداد پس از دریافت معرفی نامه بر اساس صورتحساب مراکز درمانی فوق و اعمال فرانشیز مربوطه خواهد بود .

تبصره ۹) تعهدات صندوق در مورد هزینه اعمال جراحی و درمان طبی در مراکز درمانی غیرطرف قرارداد طرف اول و یا مراکز درمانی طرف قرارداد بدون اخذ معرفی نامه با رعایت درجه همترازی و حداکثر بالاترین تعرفه مورد عمل مراکز هم درجه طرف قرارداد در استان محل دریافت خدمت و پس از کسر سهم بیمه پایه و یا اعمال فرانشیز مربوطه رسیدگی و در صورت کامل بودن مدارک حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز کاری باز پرداخت خواهد شد.

تبصره ۱۰) تامین هزینه های پاراکلینیکی گروه اول از قبیل انواع اسکن ، MRI ، سونوگرافی ، ماموگرافی، ام آر آی ، انواع آندوسکوپی، اکو کاردیوگرافی، سی تی آنژیو گرافی، TCD ، آنژیو گرافی چشم و دانسیتومتری تا سقف تعرفه های مصوب هیئت وزیران در بخش خصوصی و دولتی حداکثر تا سقف ۴/۰۰۰/۰۰۰ ریال .

تبصره ۱۱) تامین هزینه های پاراکلینیکی گروه دوم از قبیل تست ورزش، نوار مغز، نوار قلب، نوار عصب وعضله ، اسپیرومتری، رادیولوژی، فیزیوتراپی، اودیومتری، تعیین میدان بینایی، بررسی عصب

تاریخ:

شماره:

پیوست:

بینایی و شنوایی و تمپانومتري تا سقف تعرفه های مصوب هیئت وزیران در بخش خصوصی و دولتی حداکثر تا سقف ۲/۰۰۰/۰۰۰ ریال.

تبصره ۱۲) تامین هزینه اعمال جراحی مجاز سرپایی مندرج در آخرین ویرایش کتاب تعرفه ارزش نسبی خدمات مانند: شکستگیها، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایو تراپی، تخلیه کیست، اکسیژون ضایعات بدنی و تومور، لیزر درمانی (در موارد غیر زیبایی و همچنین به استثنای رفع عیوب انکساری چشم)، تست آلرژی و سایر موارد مشابه حداکثر تا سقف ۲/۰۰۰/۰۰۰ ریال.

تبصره ۱۳) هزینه های رفع عیوب انکساری (اصلاح دید چشم) نظیر لیزیک و RK، برای هر چشم که بر اساس پرینت کامپیوتری چشم و گواهی پزشک (درجه دوربینی یا نزدیک بینی به اضافه نصف درجه آستیکمات و یا هر یک به تنهایی) ۳ دیوپتر و بیشتر باشد برای هر چشم حداکثر تا سقف ۳/۰۰۰/۰۰۰ (سه میلیون ریال) قابل پرداخت است.

تبصره ۱۴) جبران هزینه آمبولانس و سایر فوریت های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار از بیمارستان به سایر مراکز تشخیص درمانی طبق دستور پزشک معالج، داخل شهری تا سقف ۶۰۰/۰۰۰ ریال و بین شهری ۱/۰۰۰/۰۰۰ ریال.

خلاصه جدول تعهدات والدین غیر تحت تکفل کارکنان (رسمی، پیمانی و قراردادی) و نیز همسر کارکنان اناث (رسمی، پیمانی و قراردادی) و کارکنان مدارس غیرانتفاعی:

تعهدات	سقف تعهدات (ریال)	فرانشیز و توضیحات
هزینه های بیمارستانی	۸۰,۰۰۰,۰۰۰	پس از کسر سهم بیمه گر اول و یا فرانشیز ۳۰٪
جراحی های تخصصی		

تاریخ:

شماره:

پیوست:

پس از کسر سهم بیمه گر اول و یا فرانشیز ۳۰٪	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	درمان طبی و سایر اعمال جراحی
پس از کسر سهم بیمه گر اول و یا فرانشیز ۳۰٪	۵,۰۰۰,۰۰۰	زایمان ، سزارین ، کورتاژ تشخیصی و تخلیه ای
پس از کسر سهم بیمه گر اول	۴,۰۰۰,۰۰۰	هزینه های پاراکلینیکی (۱) انواع اسکن-انواع سی تی اسکن- ماموگرافی-سونوگرافی-ام ار ای-انواع آندوسکوپی-اکوکاردیوگرافی ، سی تی آنژیوگرافی و دانسیتومتری، TCD ، آنژیوگرافی چشم
پس از کسر سهم بیمه گر اول	۲,۰۰۰,۰۰۰	هزینه های پاراکلینیکی (۲) هزینه های تست ورزش،نوار عصب عضله،نوار مغز،نوار قلب ، اسپرومتری،رادیلوژی و فیزیوتراپی ، اودیومتری،تعیین میدان بینایی،بررسی عصب بینایی و شنوایی ،تمپانومتری
پس از کسر سهم بیمه گر اول	۲,۰۰۰,۰۰۰	هزینه جراحی مجاز سرپایی و بدون بستری مانند شکستگیها-گج گیری-ختنه- بخیه-کرایوتراپی-تخلیه کیست-اکسیژون ضایعات بدنی و تومور-لیزر درمانی(در موارد غیر زیبایی و همچنین به استثنای رفع عیوب انکساری چشم)، تست آلرژی و سایر موارد مشابه
فرانشیز ۳۰٪	تا سقف ۳,۰۰۰,۰۰۰ ریال	هزینه رفع عیوب انکساری چشم با حداقل درجه ۳ دیوپتر برای هر چشم
	داخل شهر ۶۰۰,۰۰۰ ریال خارج شهر ۱,۰۰۰,۰۰۰ ریال	هزینه آمبولانس

ماده ۱۰) فرانشیز تعهدات والدین غیر تحت تکفل کارکنان (رسمی ، پیمانی و قراردادی) و نیز
همسر کارکنان اناث (رسمی ، پیمانی و قراردادی) و کارکنان مدارس غیرانتفاعی:
منظور از فرانشیز درصد معینی از هزینه‌های درمانی مشمول تعهدات این قرارداد می‌باشد که تأمین آن
به عهده بیمه شده می‌باشد.

۱-۶- حداقل فرانشیز در خصوص خدمات موضوع تبصره ۱، ۲، ۳، ۱۳ از ماده ۹ قرارداد (انواع بستری تخصصی و عمومی و لیزیک) بابت سهم بیمه گر اول، ۳۰٪ درصد از هزینه های درمانی مورد تأیید و تعهد بیمه گر است بدیهی است چنانچه بیمه شده به مراکز طرف قرارداد بیمه همگانی مراجعه نماید و یا به هر نحوی از سهم بیمه گر اول استفاده کند، فرانشیزی از صورت حساب کسر نخواهد شد.

۲-۶- حداکثر تعهد بیمه گر در مورد آن دسته از خدمات موضوع تبصره ۱۰ و ۱۱ و ۱۲ ماده ۹ این شیوه نامه (انواع خدمات پاراکلینیک، اعمال مجاز سرپائی) که دارای تعرفه مصوب و جاری در بخش خصوصی و دولتی از سوی هیئت وزیران می باشند معادل تعرفه بخش خصوصی پس از کسر ۳۰٪ فرانشیز و در خصوص خدماتی که تابعی از k می باشند، حداکثر تا سقف ضریب خدمات در بخش خصوصی و دولتی مصوب هیئت وزیران و در مواردی که فاقد تعرفه و ضریب مشخص باشد بر اساس تعرفه توافق شده با طرف اول و با کسر ۳۰٪ فرانشیز می باشد.

۳-۶- از خدمات موضوع تبصره ۱۴ ماده ۹ فرانشیزی کسر نخواهد شد.

استثناء: در صورت مراجعه بیمه شده جهت دریافت خدمات به مراکز درمانی دولتی دانشگاهی که تعرفه های مصوب را رعایت می نمایند، فرانشیز پرداختی بیمه شده طبق مفاد قرارداد قابل پرداخت می باشد.

۴-۶- خدمات پاراکلینیکی که طبق مفاد قرارداد، مورد توافق طرفین هستند بر اساس خدمات تشخیصی و درمانی و اعمال سرپایی که ارزش گذاری شده و به تایید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی رسیده باشد قابل پرداخت می باشند.

تبصره ۱) در خصوص خدمات جدید که در طول قرارداد ارائه گردد در صورت تایید توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی معادل خدمات مشابه که دارای تعرفه مصوب می باشند، پرداخت خواهد شد.

تبصره ۲) در صورت مراجعه بیمه شده به مراکز درمانی طرف قرارداد با شرکت بیمه که فاقد قرارداد با بیمه گری پایه باشند، فرانشیز سهم بیمار توسط ایشان پرداخت می گردد. بیمه شده می تواند پس از ارسال مدارک از سوی مراکز درمانی فوق الذکر به واحد اجرایی مربوطه مراجعه و ضمن دریافت اصل مدارک راسا نسبت به دریافت سهم بیمه گر پایه اقدام نماید.

تبصره ۳) در هر صورت هزینه های خارج از تعهد و خارج از سقف بعهده بیمه شده بوده و در محاسبات فوق لحاظ نمی گردد.

ماده ۱۱) استثنائات تعهدات والدین غیر تحت تکفل کارکنان (رسمی، پیمانی و قراردادی) و نیز همسر کارکنان اناث (رسمی، پیمانی و قراردادی) و کارکنان مدارس غیرانتفاعی: موارد زیر از شمول تعهدات صندوق درمان برای این گروه خارج می باشد.

۱. از بین بردن عیوب مادرزادی مگر اینکه طبق تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر رفع این عیوب جنبه درمانی داشته باشد.
۲. اعمال جراحی که بمنظور زیبایی انجام می شود و یا همراه با اعمال زیبایی می باشند.
۳. سقط جنین مگر در موارد ضروری با تشخیص پزشک معالج، تأیید پزشک معتمد بیمه گر و تأیید مراجع قانونی.
۴. درمان بیماری ایدز و بیماریهای فراگیر (اپیدمی).
۵. هزینه چک آپ و آزمایشات دوره ای که بر طبق قوانین کار به عهده کارفرما می باشد.
۶. هزینه های واکسیناسیون، مگر در مواردی که با تشخیص پزشک معالج تجویز شود و در صورت حساب بیمارستانی موجود باشد
۷. ترک اعتیاد.
۸. حوادث طبیعی مانند سیل، زلزله و آتشفشان.
۹. فعل و انفعالات هسته ای، میکروبی و شیمیایی ناشی از جنگ.

۱۰. جنگ، شورش، اغتشاش، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی و عملیات خرابکارانه و هر گونه آسیب ناشی از سلاح سرد و گرم تحت هر عنوان و علت.
۱۱. اتاق خصوصی مگر در خصوص بیماریهای عفونی که با تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گریه شده باید در اتاق ایزوله بستری گردد.
۱۲. هزینه همراه مگر برای فرزندان زیر ۷ سال و افراد بالای ۷۰ سال و با تجویز پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد طرف اول.
۱۳. جراحی فک مگر آنکه به علت وجود تومور و یا وقوع حادثه ای که در زمان قرارداد رخ داده و تحت پوشش باشد.
۱۴. داروهای ویتامینه و مکمل که جنبه تغذیه ای دارد از جمله مکمل های غذایی و شیرخشک.
۱۵. لوازم بهداشتی - آرایشی نظیر شامپو، صابون، خمیردندان که جنبه دارویی ندارند
۱۶. هزینه انواع اورتز (وسایل کمک توانبخشی) مانند: جوراب واریس، ویلچر، عصا، لنز (مگر در مواردی که در جراحی چشم استفاده می شود)، سمعک، شکم بند، کمربند طبی، کرسر طبی و موارد مشابه.
۱۷. هزینه های مربوط به تهیه اعضای مصنوعی برای جبران نواقص و ناراحتیهای جسمی بدن.
۱۸. عمد بیمه شده در تحقق خطر بر اساس نظریه پزشکی قانونی.
۱۹. خودکشی - قتل - جنایت.
۲۰. کلیه هزینه های مربوط به بیماری های روانی.
۲۱. اعمال جراحی عقیم سازی در آقایان و بستن لوله ها در خانم ها (بجز در مواردیکه بعنوان عمل دوم در جراحی های داخل شکم انجام شود).
۲۲. کلیه هزینه های مربوط به تصادفات رانندگی که بر عهده بیمه شخص ثالث و صندوق تامین خسارات بدنی می باشد.

۲۳. خدمات سرپائی نظیر دارو، عینک، ویزیت، مشاوره، آزمایش، گفتاردرمانی، کاردرمانی، تزییقات، پانسمان، اکسیژن تراپی، پرستاری در منزل و سایر موارد مشابه.
۲۴. اعمال جراحی مربوط به درمان نازایی و ناباروری نظیر میکرو اینجکشن، IVF، ZIFT، GIFT، IUI، هزینه های دارویی و سایر هزینه های مربوط به درمان نازایی و همچنین کلیه هزینه های مربوط به برگشت اعمال عقیم سازی.
۲۵. کلیه خدمات دندانپزشکی اعم از جراحی لثه و ویزیت دندانپزشکان، کلیه تصویر برداری ها و سایر خدمات مربوطه.
۲۶. هزینه های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و تعرفه آن از سوی وزارت بهداشت تدوین و اعلام نگردیده است نظیر هزینه های درمان با سلولهای بنیادی، و ...
۲۷. کلیه خدماتی که در تعهدات ماده ۹ قید نگردیده است.

ماده ۱۲) نحوه ارسال لیست افراد تحت پوشش:

طرف دوم مکلف است حداکثر تا تاریخ ۱۳۹۵/۰۸/۱۵ نسبت به اعلام اسامی نهایی افراد تحت پوشش که حاوی اطلاعاتی از جمله نام و نام خانوادگی، تاریخ تولد (روز/ماه/سال) شماره شناسنامه، نام پدر، کدملی، کدملی سرپرست، کدپرسنلی، شماره حساب بانک ملی کارکنان اصلی تحت پوشش، نسبت هر یک از اعضاء خانواده با نفر اصلی، وضعیت تکفل قانونی فرد تحت پوشش تبعی، شماره بیمه خدمات درمانی یا بیمه تأمین اجتماعی و ... باشد اقدام نماید. شایان ذکر است پس از انقضای مهلت مقرر، طرف اول فقط نسبت به تحت پوشش قرار دادن کارکنان طرف دوم شامل: افراد جدیدالاستخدام، انتقال از سایر دستگاهها به آموزش و پرورش، مأمورین، نوزادان و همسر بیمه شدگانی که در طول مدت تفاهم نامه ازدواج می نمایند (مشروط به ارسال مستندات مربوطه مانند حکم استخدام، تصویر شناسنامه) و حداکثر ظرف مدت ۴۵ روز از تاریخ وقوع از سوی طرف دوم برای طرف اول با نامه کتبی، اقدام خواهد نمود. بدیهی است پوشش بیمه ای کارکنانی که در سال بیمه ای گذشته تحت پوشش قرار داشته اند، در صورت عدم انصراف، کماکان به حال و قوت خود باقی است.

تبصره ۱) ارائه خدمت به اعضای جدید (افراد جدید الاستخدام، انتقال از سایر دستگاهها به آموزش و پرورش، مأمورین و همسر بیمه شدگانی که در طول مدت تفاهم نامه ازدواج می‌نمایند) با رعایت ضرب‌الاجل تعیین شده، اولین روز ماه بعد از اعلام کتبی طرف دوم می‌باشد. ضمناً موارد حذف شامل فوت افراد تحت پوشش و کارکنانی که رابطه همکاری یا استخدامی آنان با طرف دوم قطع می‌شود، خواهد بود.

در مورد حذف افراد تحت پوشش، زمان مؤثر جهت حذف، تاریخ وقوع (در صورت عدم دریافت خسارت پس از تاریخ وقوع) خواهد بود.

تبصره ۲) کارکنانی که اسامی و مشخصات هر یک از اعضای خانواده آنان در لیست اسامی اولیه و تغییرات موضوع تبصره ۱ ماده ۸ این شیوه نامه قید نگردیده به استناد از قلم افتادگی نمی‌توانند تحت پوشش قرارگیرند، مگر آنکه حداکثر ۴۵ روز پس از اتمام مهلت ارسال لیست نهایی با نامه کتبی طرف دوم و ارائه مستندات مبنی بر پوشش بیمه ای سال قبل به طرف اول اعلام گردد.

فصل دوم: شرایط و میزان تعهدات

ماده ۱۳) حدود تعهدات:

تبصره ۱) ملاک عمل طرف اول برای پرداخت هزینه‌های پاراکلینیکی حداکثر تا سقف تعرفه‌های مصوب هیئت وزیران در بخش خصوصی پس از کسر ۲۰٪ فرانشیز برای تعهدات ماده ۷ و کسر ۳۰٪ فرانشیز برای تعهدات ماده ۹ خواهد بود.

تبصره ۲) طرف اول تعهد می‌نماید که پس از دریافت کلیه اسناد و مدارک مثبت حداکثر ظرف مدت ۱۵ روزکاری نسبت به رسیدگی و تسویه هزینه‌های مربوط به افراد تحت پوشش مطابق با مفاد این شیوه نامه اقدام نماید.

تبصره ۳) طرف اول می‌بایست هزینه بیمارانی که با معرفی نامه کتبی طرف اول و هولوگرام، سامانه دریافت کد رهگیری و یا کارت هوشمند از مراکز درمانی طرف قرارداد طرف اول

استفاده می‌نمایند، برابر صورتحساب‌های بیمه ای مراکز فوق‌الذکر پس از کسر سهم بیمه گر اول و یا اعمال فرانشیز مربوطه مورد رسیدگی و تسویه قرار می‌گیرد و در صورتی که افراد تحت پوشش مستقیماً و بدون اخذ معرفی‌نامه به مراکز طرف قرارداد و یا مراکز درمانی غیر طرف قرارداد مراجعه نمایند، هزینه‌های درمانی حداکثر بر اساس تعرفه بیمارستان‌های هم‌تراز طرف قرارداد با طرف اول در استان محل انجام خدمت ضمن رعایت سایر ضوابط قرارداد قابل پرداخت خواهد بود.

تبصره ۴) هزینه‌های درمانی موضوع این قرارداد که در تعهد می‌باشد با احتساب مبالغ دریافتی از محل بیمه سلامت ایران، سازمان تأمین اجتماعی و سایر شرکتها و سازمان‌های بیمه‌ای نمی‌تواند از صد در صد هزینه‌های انجام شده تجاوز نماید. به عبارت دیگر هزینه‌های مورد قبول طرف اول مازاد بر مبالغ دریافت شده از سازمان‌ها و شرکت‌های مذکور در این تبصره طبق مفاد شیوه نامه می‌باشد.

تبصره ۵) طرف اول می‌بایست بیمارستان‌های طرف قرارداد خود را ملزم نماید تا از دریافت هر گونه وجه اضافی از بیمار خارج از مفاد این شیوه نامه فی‌مابین طرف اول و بیمارستان خودداری و مبالغ دریافتی از بیماران را تحت هر عنوان در صورتحساب قید نماید و در صورت اخذ هر گونه وجه اضافی با ارائه مدارک مثبته، هزینه محاسبه و پس از کسر از صورتحساب بیمارستان طرف قرارداد به بیمار پرداخت گردد.

تبصره ۶) طرف اول متعهد می‌گردد که به منظور کاهش دغدغه‌ها و نگرانی‌های افراد تحت پوشش و همچنین جلب رضایت‌مندی آنان نسبت به توسعه و انعقاد قرارداد با مراکز درمانی خصوصی و دولتی بر اساس تعرفه‌های مصوب هیات محترم وزیران و تلاش مضاعف جهت خرید راهبردی خدمات اقدام نماید. تا افراد تحت پوشش با اخذ معرفی‌نامه از طرف دوم از مزایای صندوق درمان بهره‌مند شوند. ضمناً طرف اول متعهد می‌گردد حداکثر توان خود را در عقد قرارداد با اکثر بیمارستان‌ها و ارسال لیست آن جهت اطلاع‌رسانی به افراد تحت پوشش به کار گیرد.

تبصره ۷) هزینه‌های پزشکی ناشی از عملکرد مهمات جنگی در مناطقی که در طول زمان جنگ تحمیلی به عنوان مناطق جنگی شناخته شده‌اند در زمان صلح مشمول بیمه می‌باشند.

تبصره ۸) هزینه اعمال جراحی و بیمارستانی (خدمات بستری) خارج از کشور افراد تحت پوشش حداکثر بر اساس تعرفه مورد عمل بیمارستان‌های درجه یک طرف قرارداد با طرف اول معادل هم‌ارز ریالی براساس نرخ اعلامی توسط بانک مرکزی در زمان ترخیص از بیمارستان خواهد بود و طبق مفاد شیوه نامه پس از اخذ سهم بیمه پایه قابل پرداخت می‌باشد. مشروط بر این که مدارک پزشکی به تأیید کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه و ترجمه رسمی آن به تأیید وزارت امور خارجه در ایران رسیده باشد (افراد تحت پوششی که در خارج از کشور با فوریت پزشکی معالجه می‌شوند باید برای دریافت خسارت به صورتی که ذکر شده عمل نمایند).

تبصره ۹) طرف اول مکلف است با بیمارستان‌ها و مراکز درمانی سرپایی و پاراکلینیکی طرف قرارداد به منظور پذیرش با کارت‌های صادره، هولوگرام، سامانه دریافت کد رهگیری و یا کارت هوشمند در اسرع وقت هماهنگی نماید. همچنین لیست بیمارستان‌ها و مراکز درمانی طرف قرارداد مذکور در کل کشور را در اختیار طرف دوم قرار دهد.

تبصره ۱۰) طرف اول می‌بایست در شهرها و مراکزی که فاقد شعبه اجرایی می‌باشد، نسبت به ارائه سرویس به افراد تحت پوشش اقدام لازم را معمول نماید.

تبصره ۱۱) ابلاغ تعرفه‌های خدمات تشخیصی درمانی مصوب هیات محترم وزیران برای بخش دولتی و خصوصی در سال ۱۳۹۵ و تعرفه‌های توافقی به شعب و اجرای دقیق تعرفه‌های مذکور بر اساس مواد و تبصره‌های این قرارداد.

تبصره ۱۲) ارسال گزارش ماهانه ریز هزینه‌ها و امکان دسترسی به اطلاعات و خسارت برای طرف دوم.

تاریخ:

شماره:

پیوست:

تبصره ۱۳) به منظور تسریع در انجام امور بیمه ای و نظارت بر چگونگی پرداخت هزینه های درمانی افراد تحت پوشش، حق بررسی دفاتر و اسناد طرف اول برای طرف دوم محفوظ می باشد.

تبصره ۱۴) طرف اول مسئول انطباق خدمات در خواستی افراد تحت پوشش با مفاد قرارداد، اعم از سقف تعهدات و محدودیت های پوشش بیمه ای آنها بوده و می بایست نسبت به جبران هرگونه اشتباه عمدی در پرداخت هزینه های درمانی و تشخیصی مراکز درمانی و بیمارستان های طرف قرارداد اقدام نماید.

تبصره ۱۵) در مواردی که طرف دوم نسبت به نحوه محاسبه و پرداخت خسارات (خارج از مفاد تفاهم نامه) اعتراض نماید، طرف اول موظف است ضمن بررسی موارد مطرح شده، نسبت به اعمال کنترل و دقت لازم در موارد مشابه اقدام و در صورت تکرار موارد مشابه، نسبت به جبران خسارات وارده به طرف دوم اقدام نماید.

فصل سوم: نحوه استفاده افراد تحت پوشش از مراکز درمانی مجاز سراسر کشور

ماده ۱۴) افراد تحت پوشش در انتخاب پزشکان و بیمارستان های مجاز کشور مختار بوده و به یکی از دو صورت ذیل عمل خواهند نمود.

تبصره ۱) افراد تحت پوشش در صورت نیاز به استفاده از بیمارستان های طرف قرارداد می توانند با ارائه کارت معتبر، هولوگرام و یا معرفی نامه لازم، از مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده نمایند.

تبصره ۲) افراد تحت پوشش در استفاده از بیمارستان های غیر طرف قرارداد نیز آزاد بوده و پس از پرداخت هزینه ها و ارائه اسناد، هزینه ها متعلقه طبق مفاد شیوه نامه بر اساس درجه بندی بیمارستان های طرف قرارداد با طرف اول قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود.

تبصره ۳) مدارک لازم برای صدور معرفی نامه به بیمارستان ها و مراکز طرف قرارداد قبل از صدور کارت درمانی:

تاریخ:

شماره:

پیوست:

۱. معرفی نامه از طرف دوم

۲. گواهی پزشک معالج مبنی بر نوع بیماری یا عمل جراحی.

۳. اصل و تصویر شناسنامه و دفترچه بیمه شده اصلی و بیمار.

۴. کارت ملی

ماده ۱۵) افراد تحت پوشش می‌بایست هزینه‌های درمانی موضوع این قرارداد را در صورت عدم استفاده از معرفی نامه یا کارت بیمه و یا هولوگرام راساً پرداخت نموده و تصویر اسناد و مدارک و صورتحساب بیمارستان را که به تأیید مرکز بررسی اسناد سازمان بیمه سلامت یا سازمان تأمین اجتماعی و یا سایر سازمان‌های طرف اول اولیه رسیده باشد را به انضمام تصویر چک و یا حواله دریافتی و تصویر شناسنامه و دفترچه بیمه (بیمه شده اصلی و بیمار) کارت ملی بیمه شده اصلی به همراه درخواست کتبی طرف دوم و یا کارت درمانی طرف اول برای دریافت مازاد خسارت طبق مفاد این شیوه نامه به طرف اول تسلیم نماید. در مواردی که بیمه‌گر پایه از پرداخت هزینه‌های مورد تعهد خود داری نماید، هزینه‌ها با ارائه اصل مدارک محاسبه و پس از کسر فرانشیز با رعایت سایر مفاد شیوه نامه پرداخت خواهد شد.

ماده ۱۶) حداکثر مهلت تحویل اسناد هزینه‌های درمانی توسط افراد تحت پوشش، در طول قرارداد و حداکثر تا سه ماه پس از اتمام قرارداد و تا تاریخ ۱۳۹۶/۰۹/۳۰ می‌باشد. بدیهی است بعد از انقضای این مدت طرف اول هیچ گونه تعهدی نسبت به پرداخت خسارت در قبال مدارک ارائه شده نخواهد داشت.

ماده ۱۷) این شیوه نامه مشتمل بر ۱۷ ماده و ۶۷ تبصره و در چهار نسخه تنظیم یافته که هر چهار نسخه حکم واحد را دارد.

وزارت آموزش و پرورش
طرف دوم

شرکت آتیه‌سازان حافظ
طرف اول

بِسْمِ
تَعَالَى



جمهوری اسلامی ایران
وزارت آموزش پرورش

تاریخ:

شماره:

پیوست: