

استعلام بیمه نامه درمان گروهی

تاریخ تهیه گزارش : ۱۴۰۴/۰۶/۲۹

این بیمه نامه را بر اساس قوانین و مقررات بیمه در ایران و شرایط خصوصی و عمومی مندرج در متن و پیوست آن صادر گردیده است .

مشخصات بیمه نامه	شماره بیمه نامه : ۱۳/۱۰۵۷/۷۴۴ شماره پیشنهاد : شماره بیمه نامه سال قبل : ۱۳/۱۰۵۷/۵۱۸ واحد صدور : مجتمع خدمات بیمه ای کریم خان زند کد ۱۰۵۷ واحد معرف : مجتمع خدمات بیمه ای کریم خان زند کد ۱۰۵۷ تاریخ صدور : ۱۴۰۴/۰۵/۰۷
مشخصات بیمه گذار	نام : بیمه البرز کد ۲۰۵۳۳۸۷ نشانی : خیابان دکتر شریعتی بالاتر از خیابان شهید وحید دستگردی (ظفر سابق) نبش کوچه آبان پلاک ۱۳۲۰
مدت بیمه نامه	مدت اعتبار بیمه نامه ۳۶۵ روز می باشد که از ساعت صفر روز ۱۴۰۴/۰۶/۰۱ شروع و در ساعت صفر روز ۱۴۰۵/۰۶/۰۱ خاتمه می یابد .

تعهدات:

درصد فرانشیز	حداکثر تعهدات سالیانه		حداکثر تعهدات سالیانه بیمه گر
	خانواده	نفر	
۱۰	۰	۹۹,۹۹۹,۹۹۹,۹۹۹	جبران هزینه های بستری، جراحی و Day Care در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود
۱۰	۰	۹۹,۹۹۹,۹۹۹,۹۹۹	جبران هزینه جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری دو چشم (در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر و بیش تر باشد).
۱۰	۰	۹۹,۹۹۹,۹۹۹,۹۹۹	هزینه آمبولانس (داخل شهری) مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا انتقال بیمار بستری شده به سایر مراکز تشخیصی-درمانی طبق دستور پزشک معالج
۱۰	۰	۹۹,۹۹۹,۹۹۹,۹۹۹	هزینه آمبولانس (بین شهری) مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا انتقال بیمار بستری شده به سایر مراکز تشخیصی-درمانی طبق دستور پزشک معالج
۱۰	۰	۹۹,۹۹۹,۹۹۹,۹۹۹	جبران هزینه زایمان (طبیعی و سزارین)
۱۰	۰	۹۹,۹۹۹,۹۹۹,۹۹۹	شیمی درمانی، رادیوتراپی، اعمال جراحی مرتبط با سرطان، قلب مغز و اعصاب مرکزی و نخاع، دیسک و ستون فقرات، گامانایف، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه، پیوند مغز استخوان و آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز
۱۰	۰	۹۹,۹۹۹,۹۹۹,۹۹۹	جبران هزینه انواع رادیوگرافی، آنژیوگرافی عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، سونوگرافی، ماموگرافی و انواع اسکن، ام آر آی پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان رادیوایزوتوپ)، دانسیتومتری
۰	۰	۹۹,۹۹۹,۹۹۹,۹۹۹	جبران هزینه انواع آندوسکوپی، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل الکتروکاردیوگرافی، انواع اکوکاردیوگرافی، انواع هولترمانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز پس میکرو، EECp، تیلت تست، خدمات تشخیصی تنفسی شامل (اسپیرومتری و PFT)، خدمات تشخیصی الکترومیلوگرافی و هدایت عصبی (EMG NCV)، الکتروانسفالوگرافی (EEG)، خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوار مثانه) خدمات تشخیصی و پرتوپزشکی چشم مانند اپتومتری، پریمتری، بیومتری و پنتاکم، شنوایی سنجی (انواع ادیومتری)
۰	۰	۹۹,۹۹۹,۹۹۹,۹۹۹	جبران هزینه اعمال جراحی مجاز سرپایی مانند شکستگی و دررفتگی، گچ گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژنیون لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی
۱۰	۰	۹۹,۹۹۹,۹۹۹,۹۹۹	حداکثر تعهدات ردیف های گروه ترکیبی بستری، اعمال جراحی مهم، آمبولانس ها
۱۰	۰	۹۹,۹۹۹,۹۹۹,۹۹۹	گروه ترکیبی بستری و آمبولانس ها
۰	۰	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه های مربوط به خرید سمعک
۰	۰	۴۵,۰۰۰,۰۰۰	جبران هزینه مربوط به خرید عینک طبی یا لنز تماسی طبی یا تجویز چشم پزشک و یا اپتومتریست
۰	۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	هزینه تهیه اوروتز که بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه گر مورد نیاز باشد
۱۰	۰	۹۹,۹۹۹,۹۹۹,۹۹۹	جبران هزینه درمان ناباروری و نازایی شامل اعمال جراحی مرتبط، IUI، ZIFT، GIFT، میکرواینجکشن و IVF
۰	۰	۹۹,۹۹۹,۹۹۹,۹۹۹	جبران هزینه ویزیت
۰	۰	۹۹,۹۹۹,۹۹۹,۹۹۹	جبران هزینه سرپایی یا بستری مربوط به خدمات دندانپزشکی و جراحی لثه
۱۰	۰	۹۹,۹۹۹,۹۹۹,۹۹۹	جبران هزینه انواع خدمات آزمایشهای تشخیصی پزشکی شامل پاتولوژی و ژنتیک پزشکی، تست های آلرژیک
۰	۰	۹۹,۹۹۹,۹۹۹,۹۹۹	جبران هزینه داروهای بیماران خاص و صعب العلاج

مدت انتظار (ماه) :

در صورت بروز خطرات موضوع بیمه چک خسارتهای بیمارستانی در وجه بیمه شده اصلی و خسارتهای پاراکلینیکی در وجه بیمه شده اصلی پرداخت خواهد شد. این بیمه نامه با مشخصات فوق الذکر و شرایط عمومی (در هفده ماده و یازده تبصره) و شرایط خصوصی پیوست در دو نسخه صادر و هریک از نسخ دارای ارزش یکسان می باشد و اعتبار بیمه نامه منوط به انعقاد بیمه نامه های عمر و حادثه می باشد.

بیماری	تحت پوشش	سرمایه هر بیمه شده اصلی به ریال	سرمایه هر بیمه شده فرعی به ریال	سرمایه هر خانواده به ریال	سقف هر مورد خسارت به ریال	درصد فرانشیز
دستگاه تست قند خون		۷,۰۰۰,۰۰۰	۷,۰۰۰,۰۰۰	۰	۷,۰۰۰,۰۰۰	۰
ویلچر		۸۰,۰۰۰,۰۰۰	۸۰,۰۰۰,۰۰۰	۰	۸۰,۰۰۰,۰۰۰	۰
نوار تست قند خون		۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۰	۸,۳۳۴,۰۰۰	۰
مشاوره تغذیه		۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۰
تشک مواج		۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۰
دستگاه اکسیژن ساز		۹۹,۹۹۹,۹۹۹,۹۹۹	۹۹,۹۹۹,۹۹۹,۹۹۹	۰	۰	۰
کپسول اکسیژن		۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۰
نکهداری سلولهای بنیادی (نگهداری بند ناف نوزاد) - صرفاً مرحله اول همراه با زایمان/سزارین		۹۹,۹۹۹,۹۹۹,۹۹۹	۹۹,۹۹۹,۹۹۹,۹۹۹	۰	۰	۰
کار درمانی (OT)	پاراکلینیکی (گروه دوم)	۹۹,۹۹۹,۹۹۹,۹۹۹	۹۹,۹۹۹,۹۹۹,۹۹۹	۰	۰	۰
فیزیوتراپی (PT)	پاراکلینیکی (گروه دوم)	۹۹,۹۹۹,۹۹۹,۹۹۹	۹۹,۹۹۹,۹۹۹,۹۹۹	۰	۰	۰
تزریقات و سرم تراپی	پاراکلینیکی (گروه دوم)	۹۹,۹۹۹,۹۹۹,۹۹۹	۹۹,۹۹۹,۹۹۹,۹۹۹	۰	۹۹,۹۹۹,۹۹۹,۹۹۹	۰
تزریق داخل مفاصل	پاراکلینیکی (گروه دوم)	۹۹,۹۹۹,۹۹۹,۹۹۹	۹۹,۹۹۹,۹۹۹,۹۹۹	۰	۹۹,۹۹۹,۹۹۹,۹۹۹	۰
سایر خدمات مشابه پاراکلینیکی	پاراکلینیکی (گروه دوم)	۹۹,۹۹۹,۹۹۹,۹۹۹	۹۹,۹۹۹,۹۹۹,۹۹۹	۰	۹۹,۹۹۹,۹۹۹,۹۹۹	۰
حجامت	پاراکلینیکی (گروه دوم)	۹۹,۹۹۹,۹۹۹,۹۹۹	۹۹,۹۹۹,۹۹۹,۹۹۹	۰	۰	۰
فصد خون	پاراکلینیکی (گروه دوم)	۹۹,۹۹۹,۹۹۹,۹۹۹	۹۹,۹۹۹,۹۹۹,۹۹۹	۰	۹۹,۹۹۹,۹۹۹,۹۹۹	۰
طب سوزنی	پاراکلینیکی (گروه دوم)	۹۹,۹۹۹,۹۹۹,۹۹۹	۹۹,۹۹۹,۹۹۹,۹۹۹	۰	۰	۰
مشاوره	پاراکلینیکی (گروه دوم)	۹۹,۹۹۹,۹۹۹,۹۹۹	۹۹,۹۹۹,۹۹۹,۹۹۹	۰	۹۹,۹۹۹,۹۹۹,۹۹۹	۰
شستشوی گوش	پاراکلینیکی (گروه دوم)	۹۹,۹۹۹,۹۹۹,۹۹۹	۹۹,۹۹۹,۹۹۹,۹۹۹	۰	۹۹,۹۹۹,۹۹۹,۹۹۹	۰
سونداژ	پاراکلینیکی (گروه دوم)	۹۹,۹۹۹,۹۹۹,۹۹۹	۹۹,۹۹۹,۹۹۹,۹۹۹	۰	۹۹,۹۹۹,۹۹۹,۹۹۹	۰
پانسمان	پاراکلینیکی (گروه دوم)	۹۹,۹۹۹,۹۹۹,۹۹۹	۹۹,۹۹۹,۹۹۹,۹۹۹	۰	۹۹,۹۹۹,۹۹۹,۹۹۹	۰
گفتار درمانی (ST)	پاراکلینیکی (گروه دوم)	۹۹,۹۹۹,۹۹۹,۹۹۹	۹۹,۹۹۹,۹۹۹,۹۹۹	۰	۰	۰
کایروپراکتیک	پاراکلینیکی (گروه دوم)	۹۹,۹۹۹,۹۹۹,۹۹۹	۹۹,۹۹۹,۹۹۹,۹۹۹	۰	۰	۰
اوزن تراپی	پاراکلینیکی (گروه دوم)	۹۹,۹۹۹,۹۹۹,۹۹۹	۹۹,۹۹۹,۹۹۹,۹۹۹	۰	۰	۰
نوروفیدبک	پاراکلینیکی (گروه دوم)	۹۹,۹۹۹,۹۹۹,۹۹۹	۹۹,۹۹۹,۹۹۹,۹۹۹	۰	۰	۰
واکسن	پاراکلینیکی (گروه اول)	۹۹,۹۹۹,۹۹۹,۹۹۹	۹۹,۹۹۹,۹۹۹,۹۹۹	۰	۹۹,۹۹۹,۹۹۹,۹۹۹	۱۰
خدمات اورژانس (غیر بستری)	پاراکلینیکی (گروه دوم)	۹۹,۹۹۹,۹۹۹,۹۹۹	۹۹,۹۹۹,۹۹۹,۹۹۹	۰	۰	۰
الکتروشوک	پاراکلینیکی (گروه دوم)	۹۹,۹۹۹,۹۹۹,۹۹۹	۹۹,۹۹۹,۹۹۹,۹۹۹	۰	۰	۰
سرم تراپی	پاراکلینیکی (گروه دوم)	۹۹,۹۹۹,۹۹۹,۹۹۹	۹۹,۹۹۹,۹۹۹,۹۹۹	۰	۰	۰

جهت هر نفر تحت پوشش می باشند. (فرانشیز هزینه های بستری ، سرپائی و پاراکلینیکی در صورت استفاده و یا عدم استفاده از مراکز درمانی طرف قرارداد ، معادل ۱۰٪ (در صورت عدم استفاده از بیمه گر پایه) بوده و سقف تعهدات معادل تعهدات مربوط به بیمه شده اصلی می باشد. (باستثنای پوشش دندانپزشکی که معادل ۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال در هر سال برای هر نفر می باشد. (فرزندان اناث مطلقه شاغل به کار با شرایط مندرج در این بند می توانند تحت پوشش قرار گیرند.

ز- خواهر و برادر تحت تکفل بیمه شده اصلی با حق بیمه ۴.۷۵۰.۰۰۰ ریال جهت هر نفر تحت پوشش می باشند. (فرانشیز هزینه های بستری ، سرپائی و پاراکلینیکی در صورت استفاده و یا عدم استفاده از مراکز درمانی طرف قرارداد ، معادل ۱۰٪ (در صورت عدم استفاده از بیمه گر پایه) بوده و سقف تعهدات معادل تعهدات مربوط به بیمه شده اصلی می باشد. (باستثنای پوشش دندانپزشکی که معادل ۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال در هر سال برای هر نفر می باشد.)

ح- فرزندان ذکور غیر تحت تکفل (که قبلا نیز غیر تحت تکفل بیمه شده اصلی بوده اند) حداکثر تا سن ۴۰ سالگی تمام و مشروط به عدم ازدواج ، با حق بیمه ۴.۷۵۰.۰۰۰ ریال جهت هر نفر تحت پوشش می باشند. (فرانشیز هزینه های بستری ، سرپائی و پاراکلینیکی در صورت استفاده و یا عدم استفاده از مراکز درمانی طرف قرارداد ، معادل ۱۰٪ (در صورت عدم استفاده از بیمه گر پایه) بوده و سقف تعهدات معادل تعهدات مربوط به همسر و فرزندان غیر تحت تکفل کارکنان اناث می باشد. (فرزندان ذکور مطلقه با شرایط مندرج در این بند می توانند تحت پوشش قرار گیرند.)

ط- فرزندان اناث غیر تحت تکفل کارکنان (که قبلا غیر تحت تکفل بیمه شده اصلی بوده اند) حداکثر تا سن ۴۰ سالگی تمام و مشروط به عدم ازدواج با حق بیمه ۴.۷۵۰.۰۰۰ ریال جهت هر نفر تحت پوشش می باشند. (فرانشیز هزینه های بستری ، سرپائی و پاراکلینیکی در صورت استفاده و یا عدم استفاده از مراکز درمانی طرف قرارداد ، معادل ۱۰٪ (در صورت عدم استفاده از بیمه گر پایه) بوده و سقف تعهدات معادل تعهدات مربوط به همسر و فرزندان غیر تحت تکفل کارکنان اناث می باشد. (فرزندان اناث مطلقه شاغل به کار با شرایط مندرج در این بند می توانند تحت پوشش قرار گیرند.)

تبصره ۱- والدین تحت و غیر تحت تکفل کارکنان قراردادی تمام وقت ، در صورت درخواست کارمند تحت پوشش این بیمه نامه قرار می گیرند .

تبصره ۲- پوشش پدر و مادر به صورت توام و همزمان الزامی نمی باشد لکن در صورت حذف پوشش هر یک از والدین ، پوشش مجدد ایشان در سنوات آتی امکان پذیر نمی باشد. (بیمه شدگان این بند مشمول تبصره ۲۵ ماده ۶ نمی باشند.)

تبصره ۳- همسر ، فرزندان و والدین غیر تحت تکفل کارکنان اناث قراردادی تمام وقت ، در صورت درخواست کارمند با لحاظ شرط ذیل تحت پوشش این بیمه نامه قرار می گیرند .

تبصره ۴- پوشش برای فرزندان مشمول و همسر به طور گروهي بوده و کارمند اناث می باید نسبت به تامین پوشش بیمه ای برای کلیه فرزندان مشمول و همسر به صورت یکجا اقدام نمایند .

تبصره ۵- تامین پوشش مربوط به پدر و مادر کارکنان اناث قراردادی تمام وقت ، بدون الزام اخذ پوشش بیمه ای همزمان جهت همسر و فرزندان امکان پذیر خواهد بود. تبصره ۶- کارکنان اناثی که همسر ایشان شاغل در شرکت می باشند، می توانند تحت پوشش همسر قرار گرفته و یک حق بیمه پرداخت نمایند، در این صورت این دسته از کارکنان اناث امکان پوشش والدین تحت و غیر تحت تکفل شان را نخواهند داشت.

تبصره ۷- فرزندان کارمندان قراردادی تمام وقتی که شوهرشان فوت نموده و یا مطلقه باشند در صورت درخواست کارمند به شرط ارائه مدارک مثبت از مراجع ذیصلاح دال بر تحت تکفل بودن فرزندان و با توجه به مفاد ماده ۲ این قرارداد تحت پوشش این بیمه نامه قرار می گیرند .

تبصره ۸- همسر کارکنان اناث قراردادی تمام وقت که به دلیل از کارافتادگی کامل و دائم و نداشتن هرگونه درآمد و عدم استفاده از خدمات بیمه ای دیگر (به استثناء بیمه درمان) قانونا تحت تکفل همسر خود می باشند، در صورت درخواست کارمند تحت پوشش این بیمه نامه قرار می گیرند.

تبصره ۹- در صورت فوت هر یک از کارکنان ذکور قراردادی تمام وقت ، با درخواست بیمه گذار ، همسر نامبرده به عنوان بیمه شده اصلی تحت پوشش قرار می گیرد و پوشش سایر افراد تحت تکفل مشمول نیز ، به عنوان افراد تبعی با پرداخت حق بیمه مربوطه ادامه می یابد.

تبصره ۱۰- همسر کارکنان اناث مشمول موضوع تبصره ۹ نمی گردند.

تبصره ۱۱- بیمه گذار می تواند علاوه بر کارمندان ، دانشجویان کارآموز دارای تعهد خدمت و همچنین همسر و فرزندان تحت تکفل آنان را طبق ضوابط این قرارداد تحت پوشش قرار دهد .

تبصره ۱۲- جانبازان و آزادگان شاغل تمام وقت به همراه همسر و فرزندان تحت تکفل مشمول و والدین تحت تکفل ایشان و نیز صرفا شخص فرزند شهید شاغل در شرکت بیمه گذار بدون فرانشیز تحت پوشش این بیمه نامه قرار می گیرند.

ماده (۳) بیمه گذار می تواند کارمندانی که از مرخصی بدون حقوق کمتر از ۶ ماه استفاده می نمایند را در صورت پرداخت حق بیمه توسط کارمند ، تحت پوشش این قرارداد قرار دهد.

تبصره : کارکنانی که مدت مرخصی بدون حقوق ایشان بیش از شش ماه باشد ، پوشش بیمه تکمیلی آنان از تاریخ شروع مرخصی تا بازگشت مجدد به کار ، قطع می شود .

ماده (۴) استثنائات :

هزینه هائیکه مشمول تعهدات این بیمه نامه نمی گردند عبارتند از :

الف - اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام می شود مگر اینکه ناشی از وقوع حادثه در مدت بیمه باشد.

ب- - سقط جنین مگر در موارد قانونی با تشخیص پزشک معالج.

ج- کلیه هزینه های مربوط به مواردی که جنبه غذائی دارند از قبیل شیر خشک و...

د- کلیه هزینه هایی از قبیل شامپو، صابون، خمیردندان، مگر در مواردیکه به تشخیص پزشک متخصص و تأیید پزشک معتمد شرکت بیمه، استفاده آنها ضروری و جنبه درمانی جهت معالجه داشته باشد.

ه- کلیه هزینه های غیر پزشکی مانند غذای اضافی، تلویزیون، تلفن و موارد مشابه.

تبصره: به منظور کنترل نسبت خسارت، هزینه های غیر پزشکی متعارف مندرج در صورتحساب بیمارستانی، در صورت استفاده از معرفی نامه بیمارستانی قابل پرداخت می باشد.

و- عیوب مادرزادی مگر اینکه طبق تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد شرکت رفع این عیوب جنبه درمانی داشته و معالجه آن ضروری باشد.

ماده ۵) حق بیمه:

- حق بیمه هر یک از کارکنان، همسر و فرزندان تحت تکفل آنان ماهیانه و به ازاء هر نفر بیمه شده مبلغ ۳.۴۰۰.۰۰۰ ریال می باشد.

- حق بیمه هر یک از والدین تحت تکفل کارکنان قراردادی تمام وقت ذکور و اناث ماهیانه مبلغ ۴.۷۵۰.۰۰۰ ریال می باشد.

- حق بیمه هر یک از والدین غیر تحت تکفل کارکنان قراردادی تمام وقت ذکور و اناث ماهیانه مبلغ ۴.۷۵۰.۰۰۰ ریال می باشد.

- حق بیمه هر یک از همسر و فرزندان غیر تحت تکفل کارکنان قراردادی تمام وقت اناث ماهیانه مبلغ ۴.۷۵۰.۰۰۰ ریال می باشد.

- حق بیمه هر یک از فرزندان ذکور تحت تکفل مجرد (در صورت اشتغال و یا عدم اشتغال به کار) حداکثر تا سن ۴۰ سالگی تمام (مطابق شرایط بند "ه" از ماده ۲)، ماهیانه مبلغ ۴.۷۵۰.۰۰۰ ریال می باشد.

- حق بیمه هر یک از فرزندان اناث تحت تکفل مجرد که شاغل به کار می باشند، حداکثر تا سن ۴۰ سالگی تمام و خواهر و برادر تحت تکفل بیمه شده اصلی (مطابق شرایط بند "و" از ماده ۲)، ماهیانه مبلغ ۴.۷۵۰.۰۰۰ ریال می باشد.

- حق بیمه خواهر و برادر تحت تکفل بیمه شده اصلی (مطابق شرایط بند "ز" از ماده ۲)، ماهیانه مبلغ -/۴.۷۵۰.۰۰۰ ریال می باشد.

- حق بیمه هر یک از فرزندان ذکور غیر تحت تکفل مجرد (در صورت اشتغال و یا عدم اشتغال به کار)، حداکثر تا سن ۴۰ سالگی تمام (مطابق شرایط بند "ح" از ماده ۲)، ماهیانه مبلغ ۴.۷۵۰.۰۰۰ ریال می باشد.

- حق بیمه هر یک از فرزندان اناث غیر تحت تکفل مجرد که شاغل به کار می باشند، حداکثر تا سن ۴۰ سالگی تمام (مطابق شرایط بند "ط" از ماده ۲)، ماهیانه مبلغ ۴.۷۵۰.۰۰۰ ریال می باشد.

ماده ۶) تعهدات بیمه گذار و وظایف بیمه شدگان:

تبصره ۱- بیمه گذار متعهد است حق بیمه را ماهیانه و طی ۱۲ قسط متوالی در پایان هر ماه، به بیمه گر پرداخت و چک حق بیمه به انضمام فهرست اسامی بیمه شدگان مشمول در آن ماه با قید مبلغ حق بیمه مکسوره از هر نفر را برای بیمه گر ارسال نماید.

تبصره ۲- بیمه گذار متعهد است مشخصات کامل کارکنان قراردادی تمام وقت شاغل و افراد تحت و غیر تحت تکفل آنان را با ذکر شماره پرسنلی، نام و نام خانوادگی، شماره شناسنامه، کد ملی، تاریخ دقیق تولد، محل صدور، نام پدر، نسبت فرد با بیمه شده اصلی و شماره شبا بیمه شده اصلی را در شروع اعتبار بیمه نامه به صورت مکتوب و رسمی و به تفکیک نوع بیمه نامه به مجتمع تخصصی بیمه های اشخاص ارائه و نسبت به اخذ تأییدیه آن اقدام نماید.

تبصره ۳- افزایش در تعداد بیمه شدگان در طول مدت بیمه نامه منوط به استخدام جدید، ازدواج، تولد و یا افرادی که پس از شروع بیمه نامه تحت تکفل بیمه شده اصلی قرار می گیرند، خواهد بود و اسامی آنان باید حداکثر تا ۳ ماه بعد از تاریخ استخدام، عقد رسمی، تولد و تاریخ تحت کفالت قرار گرفتن، به بیمه گر اعلام شود. ملاک تاریخ پوشش بیمه ای برای نوزادان از بدو تولد، برای افراد جدید الاستخدام از تاریخ استخدام، برای مزدوجین جدید از تاریخ عقد رسمی و برای سایر موارد مورد اشاره، از تاریخ ورود نامه درخواست بیمه گذار به مجتمع تخصصی بیمه های اشخاص می باشد.

تبصره ۳-۱- برقراری پوشش بیمه ای مستخدمین جدید پس از پایان دوره آزمایشی و از تاریخ پایان دوره و همزمان با صدور حکم کارگزینی امکان پذیر می باشد.

تبصره ۴- حق بیمه کمتر از یک ماه بیمه شدگانی که در طول مدت بیمه، اضافه و یا حذف می شوند، معادل حق بیمه یکماه منظور خواهد شد.

تبصره ۵- حق بیمه های برگشتی متعلق به تغییرات بیمه نامه در پایان سال بیمه ای بطور یکجا محاسبه و به بیمه گذار مسترد خواهد شد.

تبصره ۶- کاهش در تعداد بیمه شدگان، در طول مدت بیمه نامه باید حداکثر تا ۲ ماه پس از خروج مشمولین به بیمه گر اعلام شود که از همان تاریخ حذف انجام پذیرد.

تبصره ۷- باحذف هر یک از بیمه شدگان، بیمه گذار ملزم به پرداخت حق بیمه آنان تا تاریخ حذف بیمه شده می باشد.

تبصره ۷-۱- در صورت عدم اعلام تغییرات توسط بیمه شده اصلی در خصوص حذف افراد تحت و غیر تحت تکفل وی از فهرست بیمه شدگان ، در موارد فوتی برگشت حق بیمه از سررسید قرارداد جاری بلامانع می باشد لکن در موارد ازدواج ، در صورت دریافت خسارت ، ضمن حذف نام بیمه شده ، حق بیمه تا پایان بیمه نامه محاسبه و دریافت می گردد و بیمه گذار نیز متعهد به بازپرداخت هزینه ها به بیمه گر می باشد.

تبصره ۸- بیمه گذار موظف است تا لیست همسر و فرزندان کارکنان قراردادی تمام وقت که دارای معلولیتهای جسمانی و یا دچار عقب افتادگی ذهنی می باشند و همچنین در صورتیکه نامبردگان فوق به علت بیماری خاصی می بایست در منزل یا مراکز مجاز نگهداری و تحت مراقبتهای ویژه قرار گیرند ، را طی یک لیست در ابتدای بیمه نامه اعلام و مشمولین در طی قرارداد را حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز از تاریخ احراز به بیمه گر معرفی نماید.

تبصره ۹- احراز پوشش بیمه ای بیمه شده در زمان رسیدگی به هزینه های اعلام شده منوط به بررسی مدارک بیمه شده و انطباق آن با شرایط بیمه نامه می باشد. در صورتی که براساس بررسی های به عمل آمده و در هر زمان از مدت بیمه نامه مشخص شود شرایط بیمه شده و افراد تحت و غیر تحت تکفل آن منطبق با تعهدات مندرج در بیمه نامه نیست، بیمه گر نسبت به حذف از لیست بیمه شدگان از شروع پوشش اقدام می نماید. در این صورت حق بیمه های پرداختی بیمه شده و افراد تحت و غیر تحت تکفل مسترد نمی گردد و بیمه گذار متعهد به پرداخت خسارت های دریافتی می باشد.

تبصره ۱۰- هرگاه ثابت شود که بیمه شده عمداً به وسیله اظهارات کاذب و یا ارائه مدارک نادرست اقدام به دریافت وجوهی برای خود و یا بیمه شدگان وابسته به خود کرده است ، در این حالت نام بیمه شده و بیمه شدگان وابسته به وی از لیست قرارداد بیمه خارج شده و بیمه گر محق به دریافت وجوهی است که تحت هر عنوان از ابتدای قرارداد بابت هزینه های درمانی به بیمه شده و یا بیمه شدگان وابسته به وی پرداخت کرده است و حق بیمه های پرداختی به بیمه گر نیز مسترد نخواهد شد .

تبصره ۱۱- بیمه گذار موظف است برای دریافت هزینه های درمانی و یا استفاده از خدمات مراکز درمانی طرف قرارداد جهت مشمولین، مدارک دال بر عدم ازدواج و یا گواهی ادامه تحصیل معتبر و یا تحت تکفل بودن را در صورت درخواست بیمه گر ارائه نماید.

تبصره ۱۲- بیمه گذار موظف است کلیه مدارک و اطلاعات مرتبط با بیمه شدگان از قبیل لیست پرداخت حق بیمه سهم بیمه گر پایه ، رونوشت حکم کارگزینی ، سوابق پزشکی و معالجات انجام شده و سایر مدارک مرتبط را در صورت تقاضای بیمه گر ارائه نماید.

تبصره ۱۳- چنانچه هزینه ای در اثر حادثه بوجود آمده باشد برای پرداخت خسارت گزارش حادثه از مراجع ذیصلاح الزامی است.

تبصره ۱۴- در صورت مشارکت بیمه شده در هرگونه درگیری و نزاع فردی و یا دسته جمعی، پرداخت خسارت و هزینه های درمانی منوط به ارائه تائیدیه کلانتری محل وقوع نزاع و یا مراجع قضائی مبنی بر عدم دخالت مستقیم بیمه شده در شروع نزاع و درگیری و صرفاً اقدام به دفاع از خود می باشد.

تبصره ۱۵- بیمه شدگان موظفند هنگام دریافت معرفینامه جهت استفاده از مراکز درمانی طرف قرارداد نسبت به ارائه کارت ملی معتبر و دستور پزشک معالج مبنی بر ذکر نوع بیماری و تکمیل فرم تعهد استفاده از سهم بیمه گر پایه و اعلام شماره حساب نزد یکی از بانک های ملی و یا رفاه کارگران اقدام نمایند.

تبصره ۱۵-۱- در صورت عدم وجود بیمه گر پایه ، پرداخت فرانشیز بیمه نامه راساً به عهده بیمه شده خواهد بود.

تبصره ۱۶- بیمه شده موظف است در صورت بستری شدن خود و یا افراد تحت و غیر تحت تکفلش در بیمارستان مراتب را در اسرع وقت به بیمه گر اطلاع دهد .

تبصره ۱۷- بیمه شده موظف است کلیه اطلاعات پزشکی را که مورد لزوم پزشکان معتمد بیمه گر باشد در اختیار آنها قرار دهد.

تبصره ۱۸- بیمه شده متعهد است صورت هزینه های درمانی را حداکثر ظرف مدت یکسال پس از تاریخ انجام (چنانچه هزینه توسط بیمه شده پرداخت شده باشد) به بیمه گر تحویل نماید در غیر این صورت پس از انقضای مهلت مذکور، بیمه گر تعهدی نسبت به پرداخت خسارت نخواهد داشت.

تبصره ۱۹- در صورت استفاده بیمه شده از مراکز درمانی غیر طرف قرارداد بیمه گر و یا استفاده از مراکز درمانی طرف قرارداد بدون اخذ معرفینامه ، محاسبه و پرداخت صورتحساب منوط به استفاده از سهم بیمه گر پایه خواهد بود.

تبصره ۲۰- در صورت استفاده بیمه شده از معرفینامه بیمارستانی و مراکز درمانی طرف قرارداد ، چنانچه بیمه شده اصل مدارک را از بیمه گر دریافت نماید ، می بایست راساً نسبت به اخذ و ارسال سهم بیمه گر پایه اقدام کند و چنانچه از دریافت اصل مدارک خودداری نماید ، صورتحساب مربوطه مشمول کسر سهم بیمه گر پایه خواهد بود.

تبصره ۲۱- همزمانی اخذ پوشش درمان و عمر و حوادث صرفاً جهت بیمه شده اصلی الزامی می باشد ، لذا در خصوص افراد تبعی ، پوشش همزمان درمان و عمر و حوادث الزامی نیست.

تبصره ۲۲- شروع پوشش بیمه ای بیمه شدگان از تاریخ مندرج در الحاقیه مبنی بر تائید پوشش بیمه ای آنان می باشد.

تبصره ۲۳- آن دسته از کارکنان و افراد تحت و غیر تکفل آنان (به استثناء والدین تحت و غیر تحت تکفل) که لیست اسامی آنان در شروع بیمه نامه و یا به فاصله حداکثر ۳ ماه از تاریخ استخدام (در مورد کارکنان جدید الاستخدام) به بیمه گر اعلام نشده باشد ، در صورت موافقت بیمه گر می توانند از تاریخ ورود نامه درخواست بیمه گذار به مجتمع تخصصی بیمه های اشخاص با اعمال ۶ ماه دوران انتظار برای زایمان و ۳ ماه دوران انتظار برای کلیه تعهدات (اعم از بستری ، سرپایی و پاراکلینیکی) تحت پوشش قرار گیرند.

تبصره ۲۴- بیمه گذار می تواند لیست والدین تحت و غیر تحت تکفل کارکنان شاغل را صرفاً در ابتدای بیمه نامه اعلام نماید، که در این صورت والدین با اعمال ۳ ماه دوران انتظار برای کلیه تعهدات (اعم از بستری، سرپایی و پاراکلینیکی) تحت پوشش قرار خواهند گرفت ، در غیر این صورت ارائه پوشش در سررسید هرساله بیمه

نامه میسر می باشد.

تبصره ۱-۲۴- در خصوص والدین (اعم از تحت و غیر تحت تکفل) بیمه شدگان جدید الاستخدام، پوشش آنان همزمان با پوشش بیمه شده اصلی و با اعمال ۳ ماه دوران انتظار جهت کلیه بیماریها و ۶ ماه جهت زایمان برقرار می گردد، بلامانع می باشد.

تبصره ۲-۲۴- والدین (اعم از تحت و غیر تحت تکفل) معرفی شده در ابتدای بیمه نامه در صورتیکه دارای پوشش بیمه درمان تکمیلی پیوسته و بدون وقفه نزد شرکت بیمه گر تکمیلی قبلی باشند، مشمول دوران انتظار نمی گردند.

تبصره ۲۵- تقاضای هر یک از کارکنان در خصوص حذف پوشش بیمه ای خود و افراد خانواده در اول هر سال بیمه نامه به منزله انصراف از پوشش های این بیمه نامه تلقی شده و در صورت درخواست برقراری پوشش بیمه ای مجدد آنان در سالهای آینده، پوشش ایشان در ابتدای سال بیمه ای و با اعمال ۴ ماه دوران انتظار جهت کلیه تعهدات (اعم از بستری، سرپایی، پاراکلینیکی و زایمان) امکان پذیر می باشد.

ماده ۷) تعهدات بیمه گر:

هزینه های قابل پرداخت و مشمول تعهدات بیمه نامه طبق تعرفه ای است که ضمیمه و جزء لاینفک این قرارداد می باشد:

تبصره ۱: مزایای این قرارداد درخصوص آن دسته از کارمندان شرکت که از نظر درمانی مشمول مقررات دیگری می باشند به ترتیبی است که مجموع پوشش های بیمه ای از حداکثرهای مندرج در این قرارداد تجاوز ننماید.

تبصره ۲: پوشش کلیه کارکنان شاغل قراردادی تمام وقت و افراد تحت و غیر تحت تکفل آنان مطابق جدول و تعرفه های ضمیمه این قرارداد قابل پرداخت می باشد.
ماده ۸) تمدید قرارداد:

در صورت عدم تغییر در مفاد و تعهدات این قرارداد از سوی بیمه گر و بیمه گذار، قرارداد با همان شرایط برای یکسال دیگر خودبخود تمدید می گردد.

● تعرفه ها و ضوابط پرداخت ضمیمه قرارداد بیمه درمان کارکنان

هزینه های معالجات سرپائی، دندانپزشکی و بستری کارکنان و اعضاء تحت و غیر تحت تکفل بر اساس پوشش های بیمه ای و رعایت تعهدات بیمه نامه به شرح ذیل قابل پرداخت می باشد:

۱- هزینه های معالجات سرپائی (به استثناء هزینه دهان و دندان):

- ویزیت پزشکان و کارشناسان پروانه دار:

هزینه ویزیت پزشکان و کارشناسان پروانه دار بدون کسر فرانشیز و حداکثر معادل تعرفه های مشروح ذیل قابل پرداخت می باشد:

- پزشک عمومی: ۲.۲۰۰.۰۰۰ ریال

- پزشک متخصص و استادیار: ۳.۵۰۰.۰۰۰ ریال

- پزشک متخصص نوزاد و اطفال (زیر هفت سال): ۴.۰۰۰.۰۰۰ ریال

- پزشک فوق تخصص، فلوشیپ، دانشیار و استاد دانشگاه: ۴.۵۰۰.۰۰۰ ریال

- پزشک فوق تخصص روانپزشکی: ۵.۵۰۰.۰۰۰ ریال

- پزشک متخصص روانپزشکی: ۵.۰۰۰.۰۰۰ ریال

- پزشک فوق تخصص نوزاد و اطفال (زیر هفت سال): ۶.۰۰۰.۰۰۰ ریال

- کارشناس پروانه دار: ۱.۶۰۰.۰۰۰ ریال

- کارشناس ارشد پروانه دار: ۱.۹۰۰.۰۰۰ ریال

- PHD پروانه دار: ۲.۲۰۰.۰۰۰ ریال

- هزینه مشاوره تغذیه: هزینه مشاوره تغذیه در صورت تجویز توسط کارشناس پروانه دار یا پزشک مربوطه، بدون کسر فرانشیز و طبق تعرفه های فوق حداکثر تا مبلغ ۱۶.۰۰۰.۰۰۰ ریال در سال قابل پرداخت می باشد.

- مشاوره روانشناختی/ روانپزشکی: هزینه مشاوره روانپزشکی و یا روان درمانی بدون کسر فرانشیز و حداکثر معادل تعرفه های مشروح ذیل قابل پرداخت می باشد:

- مشاوره روانپزشکی یا روان درمانی توسط روانپزشک: به ازای هر جلسه ۷.۰۰۰.۰۰۰ ریال

- مشاوره روانشناختی و روان درمانی توسط لیسانس و فوق لیسانس روانشناسی: به ازای هر جلسه ۵.۰۰۰.۰۰۰ ریال

- مشاوره روانشناختی و روان درمانی توسط دکترای حرفه ای روانشناسی: به ازای هر جلسه ۶.۰۰۰.۰۰۰ ریال

- تست های روانشناختی:

هزینه تست های تشخیص روانشناسی و تستهای شخصیتی صرفاً در مواردی که جنبه تشخیصی - درمانی داشته باشد هر تست شامل اجراء، نمره گذاری، تفسیر و ارائه گزارش حداکثر تا مبلغ ویزیت پزشک متخصص و حداکثر ۴ بار در طول یک سال بدون کسر فرانشیز قابل پرداخت می باشد.

- دارو، لوازم و تجهیزات مصرفی:

بهای دارو اعم از ایرانی و خارجی با تجویز پزشک، پس از تأیید توسط کارشناس داروئی در صورت مطابقت با فهرست داروهای مجاز کشور (فارماکوپه)، بر اساس نرخ اعلام شده از سوی سازمان غذا و دارو، با ارائه رسید معتبر، با کسر ۱۰٪ به عنوان فرانشیز (در صورت عدم استفاده از سهم بیمه گر پایه) قابل پرداخت می

- داروی بیماران خاص و صعب العلاج (مانند سرطان ، MS ، پیوند کلیه و کبد) بدون تعرفه و بدون کسر فرانشیز قابل پرداخت می باشد.

تبصره ۱: مابه التفاوت قیمت داروی ایرانی و خارجی در صورت استفاده از سهم بیمه گر پایه و نیز مابه التفاوت قیمت داروی مورد تعهد بیمه گر پایه (اعم از داروهای ایرانی و خارجی) با قیمت تعیین شده توسط شرکت های وارد کننده یا تولید کننده دارو بدون کسر فرانشیز پرداخت می گردد.

تبصره ۲: داروهای ایرانی که می بایست توسط پزشک متخصص مربوطه تجویز شوند ، در صورت تجویز توسط پزشک عمومی که منجر به عدم احتساب سهم بیمه گر پایه می گردد ، با کسر ۱۰٪ به عنوان فرانشیز قابل پرداخت می باشد .

تبصره ۳: داروی خارجی صرفا با تجویز پزشک متخصص مربوطه قابل پرداخت می باشد. در خصوص داروهای خارجی مربوط به بیماری های مزمن که لزوم استفاده از آنها برای مدت طولانی مورد تایید پزشک معتمد بیمه گر می باشد ، تجویز داروی خارجی مربوطه توسط پزشک عمومی حداکثر ۳ بار در سال مورد تایید است.

تبصره ۴: داروهای خارجی دارای نمونه ایرانی با تجویز پزشک متخصص مربوطه ، پس از تایید توسط کارشناس دارویی ، بر مبنای نرخ اعلام شده از طرف شرکتهای مجاز وارد کننده دارو ، با کسر ۱۰٪ به عنوان فرانشیز قابل پرداخت می باشد .

تبصره ۵: داروهای خارجی فاقد نمونه ایرانی با تجویز پزشک متخصص مربوطه ، پس از تایید پزشک معتمد بیمه گر و کارشناس دارویی ؛ و کنترل تعداد حداکثر هر نسخه برای مدت ۳ ماه با کسر ۱۰٪ به عنوان فرانشیز قابل پرداخت می باشد. بدیهی است در صورت نیاز به پرداخت هزینه بیشتر مراتب پس از اظهار نظر توسط پزشک معتمد و با پیشنهاد مدیر مجتمع تخصصی بیمه های اشخاص و تأیید مدیر بیمه های اشخاص قابل پرداخت خواهد بود .
توجه ۱: داروهای تجویز شده خارجی و تک نسخه ای می بایست با نوع تخصص پزشک معالج مطابقت داشته باشد.

توجه ۲: چنانچه داروهای ایرانی و خارجی (اعم از فاقد نمونه ایرانی و یا دارای نمونه ایرانی) به علت کمبود دارو ، عدم واردات دارو و یا عدم تولید دارو ، با قیمتی بیشتر از قیمت مصوب تهیه گردد و یا در زمان تهیه دارو قیمت مصوب اعلام نشده باشد ، با تایید کارشناس دارویی و پس از تایید پزشک معتمد مبنی بر لزوم استفاده ، با پیشنهاد مدیر مجتمع تخصصی بیمه های اشخاص و تأیید مدیر بیمه های اشخاص ، مطابق فاکتور معتبر خرید دارو قابل پرداخت می باشد.

- داروهای پوستی: کرمهای پوستی شامل لوازم آرایشی ، بهداشتی نظیر کرمهای آرایشی ، ترکیبات سفید کننده و روشن کننده، کرمهای ضد آفتاب ، ترکیبات ضد چروک و ضد لک و نیز شامپوها و صابونهای ایرانی و خارجی و ... که جنبه آرایشی ، بهداشتی و یا زیبایی داشته باشند غیر قابل پرداخت می باشد . کرمهای پوستی ، پمادها و لوسیون هایی که با دستور پزشک متخصص تجویز شده باشد و جنبه درمانی داشته باشد و در فارماکوپه دارویی باشند ، با ارائه مدارک مستدل جهت درج در سوابق پزشکی و تأیید پزشک معتمد از نظر پزشکی و تأیید قیمت توسط کارشناس دارویی با کسر ۱۰٪ به عنوان فرانشیز (در صورت عدم استفاده از سهم بیمه گر پایه) قابل پرداخت می باشد .

- داروهای ترکیبی: داروهای ترکیبی که توسط داروخانه ها تهیه می شود در صورتیکه با دستور پزشک متخصص پوست و مو تجویز شده باشد و جنبه درمانی داشته باشد ، با تأیید پزشک معتمد و تأیید کارشناس دارویی با کسر ۱۰٪ به عنوان فرانشیز (در صورت عدم استفاده از سهم بیمه گر پایه) قابل پرداخت می باشد .

- مکمل های غذایی: انواع اشتها آور ، ضد اشتها ، ضد ریزش مو ، داروهای موثر در رفع چاقی و لاغری ، فیبرها و مکملهای غذایی که جنبه دارویی ندارد، غیر قابل پرداخت می باشد. لیکن در صورت تجویز توسط کارشناس تغذیه و یا تجویز توسط پزشک متخصص مربوطه ، با احراز جنبه درمانی بودن آن و با تأیید پزشک معتمد بیمه گر و تأیید کارشناس دارویی سالیانه حداکثر تا ۴۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال با کسر ۱۰٪ به عنوان فرانشیز (در صورت عدم استفاده از سهم بیمه گر پایه) قابل پرداخت میباشد.

توجه: به منظور کنترل سقف داروهای مکمل ، از مراکز طرف قرارداد استفاده نمی گردد.

- داروهای گیاهی: داروهای گیاهی دارای پروانه ساخت وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی که جنبه درمانی داشته باشند ، با کسر ۱۰٪ به عنوان فرانشیز (در صورت عدم استفاده از سهم بیمه گر پایه) قابل پرداخت می باشند.

تبصره ۷: مبلغ حق فنی برای کلیه داروها بر اساس آخرین تعرفه اعلامی وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی مشروط به تهیه دارو از داروخانه قابل پرداخت می باشد .

تبصره ۸: میزان داروی مورد تأیید جهت خرید در نسخ آزاد حداکثر جهت مصرف سه ماهه بیمار می باشد . لذا بهای داروی خریداری شده بیش از آن قابل پرداخت نخواهد بود . بدیهی است در صورت نیاز به پرداخت هزینه بیشتر مراتب پس از اظهار نظر توسط پزشک معتمد و با پیشنهاد مدیر مجتمع تخصصی بیمه های اشخاص و تأیید مدیر بیمه های اشخاص قابل پرداخت خواهد بود.

- اروتز و لوازم توانبخشی اعم از ایرانی و خارجی: نظیر کشش طبی ، صندل طبی ، کفی طبی ، بريس ، کمربند طبی ، زانوبند طبی ، جوراب واریس ، عصا ، واکر ، توالت فرنگی ، آویز دست ، دمپایی زیر گچ و ... در صورت تجویز توسط پزشک متخصص (ارتوپدی ، مغز و اعصاب ، طب فیزیکی و توانبخشی) و تأیید پزشکی توسط پزشک معتمد و تأیید قیمت توسط کارشناس دارویی ، در صورت تهیه از مراکز مجاز مربوطه ، طبق رسید معتبر و حداکثر تا مبلغ ۴۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال در طول بیمه نامه برای هر بیمه شده بدون کسر فرانشیز قابل پرداخت می باشد .

- پروتز اعم از ایرانی و خارجی: نظیر اعضای مصنوعی بدن و ... در صورت تجویز توسط پزشک متخصص (ارتوپدی ، مغز و اعصاب ، طب فیزیکی و توانبخشی) و تأیید پزشکی توسط پزشک معتمد و تأیید قیمت توسط کارشناس دارویی ، طبق رسید معتبر و حداکثر معادل تعرفه مراکز طرف قرارداد و یا مراکز معتبر مربوطه قابل

تبصره : نمونه ایرانی لوازم فوق الذکر بدون کسر فرانشیز و نمونه خارجی آن با کسر ۱۰٪ به عنوان فرانشیز قابل پرداخت می باشد.

- هزینه خرید تشک موج : با درخواست پزشک معالج و تائید پزشک معتمد و تائید کارشناس داروئی حداکثر تا مبلغ ۳۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال بدون کسر فرانشیز قابل پرداخت می باشد . (هر ۲ سال یکبار)

- هزینه خرید ویلچر : با درخواست پزشک متخصص مربوطه و تائید پزشک معتمد و تائید کارشناس داروئی ، حداکثر تا مبلغ ۸۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال بدون کسر فرانشیز قابل پرداخت می باشد . (هر ۴ سال یکبار)

- هزینه خرید دستگاه های تنفسی با درخواست پزشک مربوطه و تائید پزشک معتمد و تائید کارشناس داروئی ، بدون کسر فرانشیز و به شرح ذیل قابل پرداخت می باشد:

*دستگاه اکسیژن ساز حداکثر تا مبلغ ۲۸۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال

*دستگاه CPAP حداکثر تا مبلغ ۳۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال

*دستگاه AUTO CPAP حداکثر تا مبلغ ۳۸۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال

*دستگاه BIPAP ST و EVAPS حداکثر تا مبلغ ۵۴۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال

*دستگاه AUTO BIPAP حداکثر تا مبلغ ۴۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال

*دستگاه ونتیلاتور خانگی حداکثر تا مبلغ ۶۵۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال

تبصره ۱: چنانچه هزینه دستگاه معادل یا کمتر از سقف های مشخص شده در فوق باشد ، بیمه شده متعهد به عودت دستگاه پس از رفع نیاز ، به بیمه گر خواهد بود.

تبصره ۲: هزینه آماده سازی دستگاه (تعویض فیلتر ، ماسک ، تیوپ ، کالیبراسیون و...) جهت استفاده بیمه شده بعدی از دستگاه مذکور به عهده بیمه گر می باشد.

- هزینه خرید کپسول اکسیژن : با درخواست پزشک معالج و تائید پزشک معتمد و تائید کارشناس داروئی حداکثر تا مبلغ ۳۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال بدون کسر فرانشیز قابل پرداخت می باشد . (هر ۵ سال یکبار)

تبصره: هزینه شارژ کپسول اکسیژن در سقف فوق الذکر قابل پرداخت می باشد .

- هزینه دستگاه فشار خون: غیر قابل پرداخت می باشد .

- دستگاه تست قند خون: در صورت وجود مدارک مثبت (آزمایش) مبنی بر وجود دیابت نوع یک و پس از تائید پزشک معتمد و تائید کارشناس داروئی حداکثر تا مبلغ ۷.۰۰۰.۰۰۰ ریال بدون کسر فرانشیز قابل پرداخت می باشد.(هر ۴ سال یکبار)

- هزینه نوار و سوزن تست قند خون: با تائید پزشک معتمد با لحاظ تعداد و دوره مصرف پس از تائید قیمت توسط کارشناس داروئی بدون کسر فرانشیز و حداکثر تا مبلغ ۸.۳۳۴.۰۰۰ ریال در هر ماه قابل پرداخت می باشد.(حداکثر ۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال در سال)

- کارگزاری و خارج کردن دستگاه IUD : مطابق تعرفه های مندرج در کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت های سلامت قابل پرداخت می باشد.(هر سه سال یکبار)

- هزینه عینک طبی و لنز تماسی طبی : هزینه شیشه و فریم عینک و لنز تماسی طبی حداکثر تا مبلغ ۴۵.۰۰۰.۰۰۰ ریال در برابر ارائه رسید معتبر هر دو سال یکبار بدون کسر فرانشیز قابل پرداخت می باشد. در صورت تغییر میزان ضعف بینائی هرچشم با ارائه مدارک مثبت هرشش ماه یکبار هزینه عدسی به میزان ۲۵.۰۰۰.۰۰۰ ریال (مازاد برمبالغ فوق) قابل پرداخت است. (هزینه های عینک و عدسی با تجویز پزشک متخصص چشم و یا اپتومتریست دارای مجوز ، قابل پرداخت می باشد.

- هزینه سمعک : هر ۴ سال یکبار با تائید پزشک معتمد حداکثر تا مبلغ ۳۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال با ارائه رسید معتبر بدون کسر فرانشیز قابل پرداخت می باشد. (با تجویز پزشک متخصص گوش و حلق و بینی)

- هزینه های توانبخشی :

- هزینه فیزیوتراپی و لیزرتراپی بدون کسر فرانشیز به شرح ذیل قابل پرداخت می باشد :

- هزینه فیزیوتراپی یک ناحیه همراه با لیزر پرتوان و یا شاک ویو (توسط کارشناس یا متخصص) در هر جلسه حداکثر تا سقف ۸.۰۰۰.۰۰۰ قابل پرداخت می باشد.

- به ازاء هر ناحیه اضافی ۱۰٪ به مبلغ فوق اضافه می گردد.

تبصره ۱: ارائه ریز و تاریخ جلسات و اقدامات انجام شده در هر جلسه و گواهی پزشک معالج مبنی بر تعداد جلسات مورد نیاز، جهت پرداخت هزینه های توانبخشی الزامی می باشد.

تبصره ۲: در صورتیکه تعداد جلسات توانبخشی غیر دولتی (آزاد) ، برای هر بیمه شده ، بیش از ۲۰ جلسه باشد ، اخذ تائیدیه از پزشک معتمد الزامی است .

تبصره ۳: در صورت استفاده بیمه شده از مراکز طرف قرارداد ، چنانچه تعداد جلسات توانبخشی ، بیش از ۲۰ جلسه باشد ، اخذ تائیدیه از پزشک معتمد الزامی است .

- جبران هزینه های کایروپراکتیک (شامل مانپولاسیون ، لیزر و فیزیوتراپی) به ازای هر جلسه تا مبلغ ۵.۰۰۰.۰۰۰ ریال بدون کسر فرانشیز و حداکثر تا ۳۰ جلسه در طول بیمه نامه قابل پرداخت می باشد.

- هزینه گفتاردرمانی و کاردرمانی :

هزینه گفتاردرمانی و کاردرمانی با تجویز پزشک متخصص مربوطه (ارتوید ، مغز و اعصاب و ...) و تائید پزشک معتمد بیمه گر ضمن بررسی سوابق بیمه شده و بررسی سالیانه پیشرفت درمان وی ، برای بیمه شدگان تا سن ۱۵ سال تمام ، بدون کسر فرانشیز و به شرح ذیل قابل پرداخت می باشد. برای بیمه شدگان بیشتر از ۱۵ سال ، حداکثر دو جلسه در هفته و حداکثر به مدت دو سال قابل پرداخت می باشد.

- کار درمانی هر جلسه حداکثر تا مبلغ ۶.۰۰۰.۰۰۰ ریال .

- گفتار درمانی هر جلسه حداکثر تا مبلغ ۶.۰۰۰.۰۰۰ ریال .

تبصره ۱: : ارائه ریز و تاریخ جلسات و اقدامات انجام شده در هر جلسه و گواهی پزشک معالج مبنی بر تعداد جلسات مورد نیاز ، جهت پرداخت هزینه های کاردرمانی و گفتاردرمانی الزامی می باشد.

تبصره ۲: مهلت ارسال مدارک و هزینه های مربوط به کاردرمانی و گفتاردرمانی ، حداکثر ۲ ماه می باشد.

سایر هزینه ها:

الف- استخدام پرستار : در مواردی که هریک از بیمه شدگان به سبب معلولیت های جسمی و یا بیماریها احتیاج به استخدام پرستار داشته باشند (طبق مصوبه وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی ، پس از تأیید پزشک معتمد شرکت) قابل پرداخت می باشد. (حداکثر ۶ ماه در سال و جنبه نگهداری نداشته باشد)

ب- معلولیت جسمانی :

۱- فرزندان کارکنان قراردادی تمام وقت که دارای معلولیتهای جسمانی و یا دچار عقب افتادگی ذهنی می باشند و همچنین در صورتیکه نامبردگان فوق به علت بیماری خاصی می بایست در منزل یا مراکز مجاز نگهداری و تحت مراقبتهای ویژه قرار گیرند ، بر اساس لیست اعلامی بیمه گذار و در صورت تأیید پزشک معتمد بیمه گر ماهیانه حداکثر تا مبلغ ۳۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال بدون کسر فرانشیز جهت تهیه امکانات قابل پرداخت خواهد بود .

۲- برای همسر (زوج یا زوجه) کارکنان قراردادی تمام وقت که دارای معلولیتهای جسمانی و یا ناتوانی حرکتی می باشند و همچنین در صورتیکه نامبردگان فوق به علت بیماری خاصی می بایست در منزل یا مراکز مجاز نگهداری و تحت مراقبتهای ویژه قرار گیرند ، طبق اعلام بیمه گذار و بر اساس سوابق پزشکی ارائه شده از جانب بیمه شده اصلی و در صورت تأیید پزشک معتمد بیمه گر ، ماهیانه حداکثر تا مبلغ ۳۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال بدون کسر فرانشیز جهت تهیه امکانات قابل پرداخت خواهد بود . بدیهی است جهت این نوع بیمه شدگان ، توسط مجتمع تخصصی بیمه های اشخاص به صورت جداگانه پرونده بالینی تشکیل و کلیه خسارت های پرداختی مشمول ، در سیستم ثبت خواهد شد.

- هزینه واکسیناسیون (بدون کسر فرانشیز):

- قطره فلج اطفال : طبق تعرفه انستیتو پاستور

- دوگانه (واکسن کزاز) : طبق تعرفه انستیتو پاستور

- سه گانه + فلج اطفال : طبق تعرفه انستیتو پاستور

- هپاتیت برای بزرگسالان : حداکثر ۳ مرحله و هر مرحله حداکثر تا مبلغ ۵.۰۰۰.۰۰۰ ریال قابل پرداخت می باشد.

- هپاتیت برای کودکان زیر ۱۰ سال : حداکثر ۱.۰۰۰.۰۰۰ ریال .

- اوریون ، سرخک ، سرخچه : هر یک حداکثر ۱.۵۰۰.۰۰۰ ریال .

- ام ام آر حداکثر ۱.۵۰۰.۰۰۰ ریال .

- واکسن مننژیت : طبق فاکتور هلال احمر .

- واکسن گارداسیل جهت خانم ها و آقایان (از سن ۹ تا ۴۵ سال) با تجویز پزشک متخصص مرتبط ، طبق تعرفه مصوب داروخانه های دولتی نظیر هلال احمر و ۱۳ آبان و با تأیید کارشناس دارویی با کسر فرانشیز ۱۰٪ قابل پرداخت می باشد.

- واکسن آنفولانزا ، واکسن پنوموکوک (پنوموواکس) و سایر واکسن ها با تجویز پزشک ، طبق تعرفه مصوب داروخانه های دولتی نظیر هلال احمر و ۱۳ آبان ، با تأیید کارشناس دارویی و با کسر فرانشیز ۱۰٪ قابل پرداخت می باشد.

- طب سوزنی : حداکثر طبق کتاب ارزش های نسبی منوط به انجام توسط پزشک با کد نظام پزشکی مرتبط ، حداکثر ۲۰ جلسه در طول سال بدون کسر فرانشیز قابل پرداخت می باشد .

- هزینه حجامت: مطابق تعرفه های مندرج در کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت های سلامت قابل پرداخت می باشد. (حداکثر ۵ بار در طول مدت بیمه نامه)

- هزینه زالودرمانی: مطابق تعرفه های مندرج در کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت های سلامت قابل پرداخت می باشد. (حداکثر ۵ بار در طول مدت بیمه نامه)

- هزینه فصد خون: مطابق تعرفه های مندرج در کتاب ارزش های نسبی خدمات و مراقبت های سلامت قابل پرداخت می باشد. (حداکثر ۵ بار در طول مدت بیمه نامه)

- هزینه نوروفیدبک حداکثر تا ۲ برابر تعرفه های مندرج در کتاب ارزش های نسبی ، بدون کسر فرانشیز و حداکثر تا ۴۰ جلسه در طول مدت بیمه نامه و با تأیید پزشک معتمد بیمه گر قابل پرداخت می باشد.

توجه: به منظور انجام نوروفیدبک برای کودکان و نوجوانان ابتدا بایستی روانپزشک ضرورت آن را تجویز و تأیید پزشک معتمد بیمه گر نیز اخذ گردد.

- هزینه های PRP صرفا با جنبه درمانی به شرط انجام توسط متخصص مربوطه و تأیید پزشک معتمد بیمه گر حداکثر تا ۲ برابر تعرفه های مندرج در کتاب ارزش های نسبی و حداکثر تا ۵ جلسه جهت هر عضو در طول مدت بیمه نامه ؛ بدون کسر فرانشیز قابل پرداخت می باشد.

- هزینه اوزون تراپی صرفا جهت درمان هرگونه درد و نیز در زخم های دیابتی ، به شرط انجام توسط متخصص مربوطه و با تأیید پزشک معتمد بیمه گر حداکثر تا ۲ برابر

تعرفه های مندرج در کتاب ارزش های نسبی و حداکثر تا ۵ جلسه در طول بیمه نامه ؛ بدون کسر فرانشیز قابل پرداخت می باشد.

- هزینه نگهداری نمونه خون بند ناف نوزادان (در زمان بدو تولد نوزاد) طبق فاکتور موسسه رویان برای هر نوزاد قابل پرداخت می باشد. (هزینه شارژ سالیانه بعهدہ بیمه شده می باشد.)

- سایر هزینه های سرپائی و تشخیصی : از جمله پانسمان ، تزریقات ، تصویر برداری ، آزمایشات تشخیص طبی ، انواع اقدامات آندوسکوپی و... و نیز خدمات مجاز سرپائی براساس رسید و صورتحسابهای مراجع و مراکز پزشکی مجاز قابل پرداخت می باشد ؛ مشروط برآن که از ۳ برابر تعرفه مصوب تجاوز ننماید.

- هزینه در منزل : چنانچه خدمات درمانی سرپائی مذکور به دلیل ضرورت و عدم توانائی جسمانی بیمه شده یا بیماری خاص وی در منزل انجام شده باشد، با تائید پزشک معتمد ، معادل $K 4/5$ به تعرفه خدمت انجام شده (مطابق تعرفه های مندرج در کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت های سلامت) اضافه و بدون کسر فرانشیز پرداخت می شود. (در خصوص هزینه های دارای تعرفه در این قرارداد نظیر ویزیت ، معادل $K 4/5$ به تعرفه مندرج در این قرارداد اضافه می گردد.)
تبصره: بیمه گر می تواند تعدیل تعرفه های اعلامی وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی را در خصوص هزینه های گلوبال فوق الذکر (مندرج در بند۱) اعمال نماید.

۲- هزینه های درمانی مربوط به دهان و دندان :

هزینه های درمانی مربوط به دهان و دندان در صورت لزوم با تائید دندانپزشک معتمد / رئیس گروه دندانپزشکی / کارشناس دندانپزشکی ذیصلاح شرکت قابل پرداخت می باشد.

تبصره ۱- هزینه های دندانپزشکی غیرطرف قرارداد ، حداکثر تا ۲۰۵ برابر تعرفه وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی قابل پرداخت می باشد.

تبصره ۲- هزینه های دهان و دندان در مورد والدین اعم از تحت تکفل و غیر تحت تکفل قابل پرداخت نمی باشد و برای والدین صرفا مبلغ ۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال جهت هزینه دست دندان مصنوعی برای هر نفر (هر دو سال یکبار) قابل پرداخت می باشد.

تبصره ۳- هزینه های دندانپزشکی جهت همسر و فرزندان غیر تحت تکفل کارکنان اناث شاغل حداکثر مبلغ -/۳۵۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال برای هر واحد خانواده در طول سال بیمه ای قابل پرداخت می باشد.

تبصره ۴- هزینه های دندانپزشکی فرزندان ذکور و اناث تحت پوشش تا سن ۴۰ سال حداکثر مبلغ -/۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال برای هر نفر در طول سال بیمه ای قابل پرداخت می باشد.

تبصره ۵- هزینه های دندانپزشکی خواهر و برادر تحت تکفل بیمه شده اصلی حداکثر مبلغ -/۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال برای هر نفر در طول سال بیمه ای قابل پرداخت می باشد.

تبصره ۶- تغییر تعرفه های مذکور از سوی مراجع ذیصلاح ، از تاریخ اعلام در این بیمه نامه قابل اجراء می باشد.

تبصره ۷- در مورد جراحی های لثه ارسال رادیوگرافی مربوطه و درمورد جراحیهای فک و اعمال ارتودنسی تائید قبلی پزشک معتمد بیمه گر الزامی است .

تبصره ۸- در خصوص شعب شهرستان علاوه بر تائید دندانپزشک دوم و رئیس شعبه مربوطه ، ارسال رادیوگرافی در مورد اعمال عصب کشی و جراحی های لثه و فک و اعمال ارتودنسی بیمه شده ، الزامی است .

تبصره ۹- در مواردیکه پزشک معالج بشرح معالجات مربوط اکتفا نماید و از ارائه ریز هزینه خودداری نماید بیمه شده موظف است مبالغ پرداختی بابت معالجات را بطور کتبی به شرکت اعلام نماید که درچنین صورتی مبالغ تائید شده از سوی پزشک معتمد مبنا قرار خواهد گرفت که پس از کسر فرانشیز قابل پرداخت میباشد .
تبصره ۱۰- هزینه های ایمپلنت دندان پرسنل و افراد تحت و غیر تحت تکفل با لحاظ سابقه کار بیمه شده اصلی تا سقف تعهدات مربوطه به شرح ذیل پرداخت می گردد :

- هزینه ایمپلنت برای کارکنان با سابقه کار کمتر از ۱۸ ماه قابل پرداخت نمی باشد.

- پرداخت هزینه ایمپلنت حداکثر ۳ دندان برای کارکنان با سابقه کار بیشتر از ۱۸ ماه و کمتر از ۶ سال

- پرداخت هزینه ایمپلنت حداکثر ۷ دندان برای کارکنان با سابقه کار بیشتر از ۶ سال

تبصره ۱۰-۱- تعداد ایمپلنت قابل استفاده جهت هر کارمند در طول مدت زمان اشتغال و در دوران بازنشستگی مجموعا از ۷ دندان تجاوز نخواهد کرد.

تبصره ۱۰-۲- در صورت تجدید ایمپلنت از دست رفته (FAIL شده) ، معادل یک واحد از سقف تعدادی قابل استفاده بیمه شده کسر خواهد شد.

تبصره ۱۰-۳- چنانچه ایمپلنت انجام شده ، ظرف مدت کمتر از یکسال نیاز به ایمپلنت مجدد داشته باشد ، قابل پرداخت نخواهد بود.

تبصره ۱۰-۴- ملاک احتساب سابقه خدمت در خصوص هزینه های ایمپلنت دندان از تاریخ شروع قرارداد درمان نزد بیمه البرز بوده و سابقه خدمات قبلی (انجام کار معین و...) لحاظ نمی شود.

تبصره ۱۰-۵- هزینه های تمویض و یا ترمیم روکش ایمپلنت ، علاوه بر موارد فوق ، معادل هزینه روکش معمولی (PFM) پرداخت می گردد.

تبصره ۱۰-۶- در خصوص هزینه های ایمپلنت مازاد بر تعداد مصوب مندرج در تبصره ۹ ، صرفا هزینه روکش معمولی (PFM) قابل پرداخت می باشد.

تبصره ۱۰-۷- هزینه دندان مصنوعی که بر روی دندان ایمپلنت نصب شده باشد (overdenture) تا سقف تعهدات مربوطه قابل پرداخت می باشد.

تبصره ۱۰-۸- هزینه overdenture مجدد ، هر ۵ سال یکبار قابل پرداخت می باشد.

تبصره ۱۱- هزینه های ایمپلنت دندان پرسنل و افراد تحت و غیر تحت تکفل پس از تائید دندانپزشک معتمد در دو قسط به شرح ذیل پرداخت می گردد :

- پس از جراحی و گذاشتن فیکسچر با تائید دندانپزشک معتمد

تبصره ۱۲- هزینه درمان های جانبی قبل از ایمپلنت مطابق تعرفه های مصوب وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی قابل پرداخت می باشد.

تبصره ۱۳- هزینه های ارتودنسی پرسنل و افراد تحت و غیر تحت تکفل با تائید اولیه و نیز تائید نهائی دندانپزشک معتمد تا سقف تعهدات مربوطه ، طی ۲ دوره قرارداد متوالی (۵۰ درصد تعرفه در دوره اول قرارداد و شروع درمان و ۵۰ درصد باقی مانده در دوره دوم قرارداد) در صورت داشتن پوشش بیمه ای در تاریخ شروع درمان با رعایت تعرفه سال شروع درمان و سایر مفاد قرارداد تا سقف تعهد بیمه شده بلامانع است به عبارتی صرفاً "بخش پایانی قابل پرداخت می باشد.

تبصره ۱۴- هزینه های انواع پلاک متحرک ارتودنسی صرفاً" در یک قرارداد (در تاریخ شروع درمان) و در یک صورتحساب و یک مرتبه قابل پرداخت می باشد.

تبصره ۱۵- هزینه انواع پلاک به غیر از ری تینر (Retainer) بعد از ارتودنسی ثابت غیر قابل پرداخت می باشد.

تبصره ۱۶- هزینه براکت شکسته حداکثر یکبار در طول دوره درمان ارتودنسی و تا مبلغ ۵.۰۰۰.۰۰۰ ریال قابل پرداخت می باشد.(مشمول افزایش تعرفه ۲/۵ برابری نمی گردد.)

تبصره ۱۷- هزینه پروتز متحرک هر فک (دندان مصنوعی) هر ۲ سال یکبار قابل پرداخت می باشد.

تبصره ۱۸- در صورت نیاز به معاینه ، بیمه شده ملزم به مراجعه حضوری بوده و در صورت امتناع از معاینه ، هزینه های آزاد بیمه شده غیر قابل پرداخت بوده و هزینه های مربوط به مراکز دندانپزشکی طرف قرارداد مشارالیه ، پس از تسویه با مرکز درمانی عیناً به حساب بدهکار بیمه شده اصلی منظور می گردد که قابلیت کسر از حقوق را خواهد داشت .

تبصره ۱۹- به منظور ثبت و نگهداری اقدامات دندانپزشکی ، برای کلیه کارمندان و افراد تحت و غیر تحت تکفل کارت دندانپزشکی تنظیم می گردد .

۳- هزینه های بستری در بیمارستان و مراکز درمانی مجاز :

- هزینه های تخت ، ویزیت و مشاوره معادل بالاترین تعرفه مراکز درمانی طرف قرارداد قابل پرداخت می باشد.

- هزینه های جراح ، کمک جراح ، بیهوشی ، اتاق عمل ، ریکاوری حداکثر تا ۱/۵ برابر تعرفه وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی قابل پرداخت می باشد.

تبصره ۱- پرداخت هزینه بیماری های خاص و صعب العلاج شامل سرطان ، شیمی درمانی ، تزریق شیمی درمانی ، ام اس ، تالاسمی ، هموفیلی ، دیالیز ، هپاتیت ، انواع پیوندها شامل پیوند مغز استخوان (BMT) ، کبد ، ریه ، کلیه مشمول دو برابر بالاترین تعرفه مراکز درمانی طرف قرارداد می باشد.(آماده سازی محلول شیمی درمانی قابل پرداخت می باشد.)

- هزینه اتاق بیمارستان بر مبنای اتاق دو تخته محاسبه و پرداخت می شود . در صورت نیاز به بستری شدن اتاق یک تخته با تجویز پزشک معالج و تائید پزشک معتمد هزینه اتاق یک تخته قابل پرداخت است و در مورد همراه نیز به همین طریق عمل می گردد .

تبصره ۲- هزینه همراه و اتاق خصوصی برای افراد زیر ۱۲ سال و بالای ۶۰ سال با تجویز پزشک معالج و بدون نیاز به تائید پزشک معتمد شرکت قابل پرداخت است .

تبصره ۳- هزینه اتاق خصوصی و همراه در موارد خاص با توجه به سوابق بیماری و شرح حال بیمار و تائید پزشک معتمد شرکت قابل بررسی و پرداخت است .

- هزینه های مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر ، درجه نزدیک بینی ، دوربینی ، آستیگمات یا مجموع قدر مطلق نقص بینائی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد، قابل پرداخت می باشد.

-والدین تحت و غیر تحت تکفل مشمول پوشش زایمان و نازائی نمی باشند.

۴- پوشش های درمانی ایثارگران و همسران ایشان:

کلیه هزینه های درمانی (اعم از بستری ، تشخیصی و سرپایی) جانبازان معزز شرکت و همسران ایشان بدون سقف و بدون کسر فرانشیز و بدون اعمال تعرفه و با توجه به موارد ذیل قابل پرداخت می باشد.

- هزینه مشاوره تغذیه : هزینه مشاوره تغذیه در صورت تجویز توسط کارشناس یا پزشک مربوطه و با تائید پزشک معتمد شرکت ، طبق رسید معتبر مراکز ارائه کننده خدمات بدون کسر فرانشیز ، بدون اعمال تعرفه و بدون سقف در سال قابل پرداخت می باشد .

- مکمل های غذایی : محصولات مکمل شامل انواع اشتها آور ، ضد اشتها ، ضد ریزش مو ، پاک کننده آرایش و محلول بخور سونا و نیز داروهای موثر در رفع چاقی ، داروهای ضد اشتها ، فیبرها و مکمل های غذایی که جنبه داروئی ندارد، غیر قابل پرداخت می باشد. لیکن در صورت تجویز توسط کارشناس مشاور تغذیه و یا تجویز توسط پزشک متخصص مربوطه ، با احراز جنبه درمانی بودن آن بدون کسر فرانشیز و طبق رسید معتبر مراکز ارائه کننده خدمات ، بدون اعمال تعرفه و بدون سقف قابل پرداخت می باشد .

- اروتز و لوازم توانبخشی اعم از ایرانی و خارجی : نظیر کشش طبی ، صندل طبی ، کفی طبی ، بریس ، کمربند طبی ، زانوبند طبی، جوراب واریس ، عصا ، واکر ، توالت فرنگی ، آویز دست ، دمپایی زیر گچ و ... در صورت تجویز توسط پزشک متخصص (ارتوپدی ، مغز و اعصاب ، طب فیزیکی و توانبخشی) و تائید پزشکی توسط پزشک معتمد و تائید قیمت توسط کارشناس داروئی ، در صورت تهیه از مراکز مجاز مربوطه ، طبق رسید معتبر مراکز ارائه کننده خدمات بدون کسر فرانشیز ، بدون اعمال تعرفه و بدون سقف در سال قابل پرداخت می باشد .

- هزینه خرید تشک مواج : با درخواست پزشک معالج و تائید پزشک معتمد و تائید کارشناس داروئی طبق رسید معتبر مراکز ارائه کننده خدمات بدون کسر فرانشیز ، بدون اعمال تعرفه و بدون سقف قابل پرداخت می باشد . (هر سال یکبار)

- هزینه خرید ویلچر : با درخواست پزشک متخصص مربوطه و تائید پزشک معتمد بیمه گر مبنی بر لزوم استفاده از ویلچر و تائید کارشناس داروئی ، طبق رسید معتبر مراکز ارائه کننده خدمات بدون کسر فرانشیز ، بدون اعمال تعرفه و مطابق قیمت عرف و بدون سقف قابل پرداخت می باشد . (هزینه ویلچر برقی معادل هزینه ویلچر دستی قابل پرداخت می باشد). (هر ۳ سال یکبار)
- هزینه خرید کیسول اکسیژن : با درخواست پزشک معالج و تائید پزشک معتمد و تائید کارشناس داروئی ، طبق رسید معتبر مراکز ارائه کننده خدمات بدون کسر فرانشیز ، بدون اعمال تعرفه و مطابق قیمت عرف و بدون سقف قابل پرداخت می باشد . (هر ۳ سال یکبار)
- دستگاه تست قند خون: در صورت وجود مدارک مثبت (آزمایش) مبنی بر وجود دیابت و پس از تائید پزشک معتمد و تائید کارشناس داروئی طبق رسید معتبر مراکز ارائه کننده خدمات بدون کسر فرانشیز و حداکثر تا مبلغ ۹۰.۰۰۰.۰۰۰ قابل پرداخت می باشد . (هر سال یکبار)
- هزینه نوار و سوزن تست قند خون: با تائید پزشک معتمد با لحاظ تعداد و دوره مصرف پس از تائید قیمت توسط کارشناس داروئی طبق رسید معتبر مراکز ارائه کننده خدمات بدون کسر فرانشیز قابل پرداخت می باشد .
- هزینه عینک طبی و لنز تماسی طبی :
تبصره: در خصوص جانبازان معزز شرکت (طبق لیست پیوست) و همسر ایشان هزینه شیشه و فریم عینک و لنز تماسی طبی حداکثر تا مبلغ ۶۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال در برابر ارائه رسید معتبر در هر سال یکبار و بدون کسر فرانشیز قابل پرداخت می باشد. در صورت افزایش هزینه عینک در قرارداد درمان کارکنان ، سقف عینک این گروه از بیمه شدگان نیز معادل درصد افزایش یافته جهت کارکنان افزایش می یابد.
- هزینه سمعک : در خصوص جانبازان معزز شرکت (طبق لیست پیوست) هزینه سمعک هر ۳ سال یکبار با تائید پزشک معتمد طبق رسید معتبر مراکز ارائه کننده خدمات بدون کسر فرانشیز ، بدون اعمال تعرفه و عرف و بدون سقف قابل پرداخت می باشد. (با تجویز پزشک متخصص گوش و حلق و بینی) (در موارد خاص با نظر پزشک متخصص و معالج بیمه شده قید زمان حذف می گردد).
- هزینه های درمانی مربوط به دهان و دندان :
تبصره ۱-۱-۱۰: در خصوص جانبازان معزز شرکت (طبق لیست پیوست) تعداد ایمپلنت قابل استفاده جهت هر نفر در طول زمان اشتغال و در دوران بازنشستگی مجموعاً حداکثر ۹ دندان می باشد.
- سایر هزینه های دندان طبق رسید و بدون محدودیت می باشد.
- سایر مواردی که ذکر نگردیده است ، مطابق ضوابط و تعرفه های مندرج در همین الحاقیه عمل می گردد.
- در صورت وجود ابهام و یا هزینه های درمانی جدید و خارج از عرف در خصوص ایثارگران معزز ، مراتب با حضور نماینده مدیریت بیمه های اشخاص و مجری قرارداد ، در کمیته ایثارگران مطرح و با توجه به سوابق پزشکی بیمه شده مراتب بررسی و تصمیم گیری خواهد شد.
- ۵- انجام معالجات در خارج از کشور :
مواردیکه طبق تشخیص کمیسیون مرکب از سه نفر از پزشکان معتمد منتخب شرکت انجام معالجات در داخل کشور امکان پذیر نباشد و همچنین در مورد کارکنانی که در حین مأموریت متحمل هزینه های پزشکی ناشی از حادثه می گردند، در صورت تائید صورتحسابهای معالجات انجام شده توسط سفارت و یا کنسولگری ایران در کشور مربوط ، شرکت متعهد به تامین هزینه های انتقال بیمار و در صورت لزوم همراه وی و نیز هزینه های درمانی طبق ضوابط این قرارداد خواهد بود و در صورتیکه هزینه های پزشکی بیمه شده (اعم از بستری ، سرپائی و پاراکلینیکی) بدون تائید کمیسیون پزشکی در خارج از کشور انجام شده باشد ، هزینه های درمانی بیمه شده حداکثر بر مبنای بالاترین تعرفه مراکز درمانی داخل کشور مطابق تعهدات این قرارداد قابل پرداخت می باشد .
- تبصره : در خصوص هزینه های نسخ دارویی که حسب ضرورت در خارج از کشور تهیه شده است ، نیز مطابق بالاترین تعرفه دارو (اعم از ایرانی و خارجی) در داخل کشور پرداخت می گردد ، لیکن چنانچه داروی تهیه شده فاقد نمونه ایرانی و خارجی در داخل کشور باشد و یا خارج از فارماکوپه دارویی کشور ایران باشد ، هزینه دارو مطابق بالاترین قیمت برند دارویی با نام ژنریک مشابه موجود در ایران قابل پرداخت می باشد.
- ۶- هزینه انتقال بیمه شدگان :
هزینه های انتقال بیمه شدگان به مراجع درمانی در موارد اورژانس و یا ضرورتهای پزشکی ، به شرط بستری و از محل تعهدات بستری بدون کسر فرانشیز قابل پرداخت می باشد .
- جبران هزینه آمبولانس داخل شهری به شرط بستری به مبلغ -/۳۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال (به ازاء هر نوبت استفاده)
- جبران هزینه آمبولانس برون شهری با مسافت کمتر از ۲۵۰ کیلومتر به شرط بستری به مبلغ -/۶۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال (به ازاء هر نوبت استفاده)
- جبران هزینه آمبولانس برون شهری با مسافت بیش از ۲۵۰ کیلومتر به شرط بستری به مبلغ -/۸۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال (به ازاء هر نوبت استفاده)
- ۷- فرانشیز :
فرانشیز هزینه های سرپائی ، دندانپزشکی و بستری به شرح ذیل می باشد :
الف : فرانشیز خدمات تشخیصی و درمانی در بخش سرپائی :
در صورت عدم استفاده از سهم بیمه گر پایه فرانشیز صرفاً برای موارد مشروح ذیل معادل ۱۰٪ می باشد .
الف-۱: نسخ داروئی (اعم از ایرانی و خارجی شامل نسخ عادی ، تک نسخه ای ، پوستی ، ترکیبی ، مکمل غذائی ، گیاهی و..)
الف-۲ : خدمات آزمایشگاهی

تبصره: از مجموع خدمات آزمایشگاهی، خدمات مربوط به پاتولوژی و ژنتیک مشمول کسر فرانشیز نمی باشد.
الف-۳: خدمات پرتویزشکی (شامل سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، رادیولوژی و MRI)
تبصره: از مجموع خدمات پرتویزشکی، خدمات مربوط به رادیوترابی مشمول کسر فرانشیز نمی باشد.

ب: فرانشیز خدمات دندانپزشکی:
فرانشیز خدمات دندانپزشکی (اعم از طرف قرارداد و غیر طرف قرارداد) صفر می باشد.

ج: فرانشیز خدمات تشخیصی و درمانی در بخش بستری:

- در صورت عدم استفاده از سهم بیمه گر پایه در مراکز درمانی طرف قرارداد فرانشیزی معادل ۱۰٪ اعمال می گردد.

- برای مراکز درمانی غیر طرف قرارداد هزینه های درمانی لزوما پس از کسر سهم بیمه گر پایه پرداخت خواهد شد. در صورت انصراف بیمه شده جهت استفاده از سهم بیمه گر پایه، حداقل معادل ۳۰٪ به عنوان فرانشیز از مبلغ ارزیابی شده کسر می گردد. هزینه های بیمارستانی خارج از تعهد بیمه گر پایه (لیزیک، اسلیو معده و...) مشمول ۱۰٪ فرانشیز می گردند.

تبصره ۱) هزینه های بستری (اعم از طرف قرارداد و غیر طرف قرارداد) مربوط به بیمه شدگان فاقد بیمه گر پایه، مشمول ۱۰٪ فرانشیز خواهد بود.
تبصره ۲) در خصوص جانبازان و آزادگان شاغل تمام وقت به همراه همسر و فرزندان تحت تکفل مشمول والدین تحت تکفل ایشان و نیز صرفاً شخص فرزند شهید شاغل در شرکت بیمه گذار (طبق لیست اعلام شده از سوی بیمه گذار) فرانشیز اعمال نمی گردد.

۸- سایر موارد:

- ارائه رسید دستگاه کارتخوان (پوز بانکی) از سوی بیمه شده جهت رسیدگی و پرداخت هزینه های دندانپزشکی، عینک و فیزیوتراپی الزامی است.

- با توجه به حذف دریافت اصل فیزیک مدارک سرپائی و پاراکلینیکی (اعم از ویزیت، دارو، عینک، آزمایش، ام آر آی و...) از فرایند ارزیابی و پرداخت خسارت، نیازی به ارسال اصل مدارک توسط بیمه شدگان نمی باشد، لذا:

بیمه شدگان می بایست نسبت به بارگذاری اسناد درمانی و مدارک مثبت آن در سامانه یاقوت البرز (سیناد) اقدام نمایند.

۱- الصاق رسید دستگاه کارتخوان (پوز بانکی) جهت هزینه های دندانپزشکی، عینک و فیزیوتراپی در سامانه یاقوت البرز (سیناد) الزامی است.

۲- بیمه شدگان می بایست اصل اسناد بارگذاری شده را به مدت ۶ ماه نزد خود نگهداری نمایند.

۳- حق درخواست موردی اصل فیزیک اسناد در مدت مزبور (۶ ماه) برای بیمه گر محفوظ می باشد.

اصلاح سیستمی (ثبت ضریب تعرفه در کلیه طرح ها)