



شرکت سزآن آتیه سازان حافظ
بخش تخصصی بیمه های درمانی و مراقبت سلامت
وابسته به سازمان بیمه سلامت ایران

بسمه تعالی

تاریخ: ۹۹/۱۲/۵
شماره: ۹۹/۱۲۳۸۸۹۸
پیوست:

شیوه نامه خرید خدمت مازاد بر سهم بیمه پایه (گروه ب صندوق بیمه تکمیلی درمان) شاغلین وزارت آموزش و پرورش ۱۴۰۰-۱۳۹۹

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 منحصراً" 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 شهید رجایی، معاونت برنامه ریزی و توسعه منابع وزارت آموزش و پرورش 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 سوانح رانندگی در همه واحدهای بهداشتی و درمانی دولتی و غیر دولتی، هزینه های مزبور بمعهد 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 جهاز 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 پس از تامین اعتبار توسط طرف دوم و از طریق طرف اول به طور سیستمی به حساب بانک ملی بیمه شده واریز می گردد.

۳-۴- خسارت مراکز درمانی طرف قرارداد (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 توسط طرف دوم 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.

۳-۷- طرح: شامل سقف تعهدات برای کارکنان و افراد تحت پوشش بر اساس نوع بیمه شده و میزان حق بیمه ماهانه تعیین شده که توسط افراد مشمول پرداخت می کنند می باشد، در این شیوه نامه شامل چهار طرح به شرح زیر می باشد:

۳-۷-۱- طرح تعهدات کارکنان شاغل رسمی، پیمانی و قراردادی و افراد تبعی مشمول.

۳-۷-۲- طرح تعهدات بیماران خاص کارکنان شاغل رسمی، پیمانی و قراردادی و افراد تبعی مشمول.

۳-۷-۳- طرح تعهدات والدین غیر تحت تکفل کارکنان رسمی، پیمانی و قراردادی و نیز همسر کارکنان اناث رسمی، پیمانی و قراردادی.

۳-۷-۴- طرح تعهدات بیماران خاص والدین غیر تحت تکفل کارکنان رسمی، پیمانی و قراردادی و نیز همسر کارکنان اناث رسمی، پیمانی و قراردادی.

ماده ۴) افراد تحت پوشش:

عبارتند از کارکنان شاغل (رسمی، پیمانی و قراردادی) که به طور تمام وقت در استخدام وزارت آموزش و پرورش می باشند به همراه کلیه افراد خانواده آنها بدون حق انتخاب و همچنین والدین ایشان، لازم به ذکر است والدین تحت تکفل که از سنوات گذشته تحت پوشش بیمه تکمیلی طرح ۳-۷-۱ و ۳-۷-۲ بوده و اسامی آنها در فهرست بیمه می باشد، و هم چنین والدین کارکنان (رسمی، پیمانی و قراردادی) که در سنوات گذشته تحت پوشش بیمه تکمیلی طرح فوق الذکر نبوده اند و نیز همسر کارکنان اناث (رسمی، پیمانی و قراردادی) صرفا می توانند تحت پوشش بیمه تکمیلی نوع دوم (طرح های ۳-۷-۳ و ۳-۷-۴) قرار بگیرند.



تبصره ۱) خانواده: منظور از خانواده عبارت است از هر یک از کارکنان شاغل و همسر یا همسران دائمی و فرزندان بدون حق انتخاب .

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 بوده اند از تاریخ ۱۳۹۹/۱۲/۰۲ کماکان تحت پوشش صندوق درمان خواهند بود و می‌توانند با ارائه کد ملی و دفترچه بیمه پایه، 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 به ادارات محل خدمت اقدام شود. بدیهی است فهرست اسامی افراد مذکور نیز می‌بایست بلافاصله به شعب مجری اعلام گردد. مسئولیت هرگونه ارائه خدمت با کد ملی یا معرفینامه از تاریخ ۱۳۹۹/۱۲/۰۲ 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 تا پایان قرارداد می‌توانند 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 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 می‌باشد (پرداخت توسط افراد مشمول به صورت یکجا از شروع مرخصی بدون حقوق و یا استعلاجی تا پایان قرارداد خواهد بود).

در صورت بازنشستگی و یا فوت بیمه‌شده اصلی در طول مدت تفاهم‌نامه، افراد تحت تکفل و همچنین بازماندگان تحت پوشش بیمه‌ای متوفی از پوشش این قرارداد خارج و ادارات کل آموزش و پرورش می‌بایست برای بهره‌مندی از خدمات و تعهدات بیمه درمان تکمیلی ایشان را به سازمان بازنشستگی کشوری و یا کانونهای بازنشستگی تأمین اجتماعی معرفی نمایند.

تبصره ۶) کارکنان شاغل طرف دوم و اعضاء خانواده به همراه افراد تحت تکفل آنان وقتی بیمه شده تلقی می‌شوند 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 بیمه‌گران پایه باشند.

تبصره ۷) افراد تحت تکفل فرزندان شاهد مشروط به پرداخت حق بیمه می‌توانند در فهرست بیمه‌شدگان قرار و از خدمات بهره‌مند شوند.

ماده ۵) موضوع بیمه :

عبارتست از جبران بخشی از هزینه‌های درمانی ناشی از بیماری که در تعهد بیمه‌گر پایه (مازاد بر بیمه سلامت ایران، تأمین اجتماعی و سازمانهای مشابه که طبق قانون بیمه درمان همگانی، موظف به ارائه خدمات درمان پایه می‌باشند) نبوده و بر طبق شرایط مقرر در این قرارداد در تعهد قرار گرفته است

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



شرکت درمان آریه سازان خانقاه
 جری بنامی بیمه های تکمیلی و قرارداد سلامت
 وابسته به سازمان بیمه سلامت ایران

بسمه تعالی

تاریخ: ۹۹/۱۲/۵

شماره: ۹۹/۱۲۳۱۸۹۸

پیوست:

تعمهات	سقف تعمهات (ریال)	فرانشیز و توضیحات
هزینه های بیمارستانی	بدون سقف	٪۳۰
	بدون سقف	٪۳۰
	۳۰/۰۰۰/۰۰۰	٪۳۰
هزینه های مرتبط با درمان نازایی و ناباروری جهت بیمه شدگان (بجز هزینه های مرتبط با تعیین جنسیت)	بدون سقف	٪۳۰
هزینه های پاراکلینیکی	بدون سقف	تا سقف تعرفه های مصوب هیئت وزیران پس از کسر سهم بیمه پایه و در صورت عدم پرداخت بیمه گر اول با اعمال ٪۳۰ فرانشیز
ویزیت پزشکان	بدون سقف	تا سقف تعرفه های مصوب هیئت وزیران پس از کسر سهم بیمه پایه و در صورت عدم پرداخت بیمه گر اول با اعمال ٪۳۰ فرانشیز
فرانشیز داروی در تعهد بیمه همگانی و ملزومات دارویی (سرنگ، آنژیوکت، ست سرم)	بدون سقف	-----
هزینه تهیه اعضای طبیعی پیوندی با تأیید انجمن های مربوطه	بدون سقف	٪۳۰
هزینه رفع عیوب انکساری چشم با حداقل درجه ۳ دیوپتر برای هر چشم	تا سقف ۱۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال	٪۲۰
هزینه های اروتز و پروتز (طبق تعرفه و تعریف وزارت بهداشت)	بدون سقف	٪۳۰
عینک و لنز طبی	تا سقف ۱/۰۰۰/۰۰۰ ریال	٪۳۰
آمیولانس در هر مورد	داخل شهر ۲/۰۰۰/۰۰۰ ریال خارج شهر ۴/۰۰۰/۰۰۰ ریال	-

- تعمهات 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 هزینه های بستری و جراحی و شیمی درمانی، رادیوتراپی، آنژیوگرافی قلب، گامانایف (مرتبط با جراحی های خوش خیم و بدخیم) و انواع سنگ شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و DAY CARE درمان طبی و زایمان های زودرس، طبیعی و سزارین و هزینه بستری شدن در بخش مراقبت های ویژه نظیر ICU، CCU، اتاق ایزوله، هزینه بستری و داروهای اختصاصی بیماری کرونا، تزریق ماده فارماکولوژیک داخل هر دو چشم مانند (آواستین، لوستیس، ایلیا و سایر موارد مشابه) به شرح زیر می باشد.



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 کد ملی یا دریافت معرفی نامه از طرف اول بر اساس صورتحساب بیمه ای 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 معرفی نامه 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 باز پرداخت خواهد شد.

ج) بیماری های خاص این تفاهم نامه :

- شامل: بیماری های هموفیلی، تالاسمی ماژور، دیالیز مزمن و پیوند ها مانند کلیه، کبد و سایر پیوندها (به جز پیوند اندام ها و قرنیه) و بیماری های صعب العلاج شامل انواع سرطان، بیماری های پره کانسر، MS، ALS، پارکینسون، کتونومی ناشی از بیماری های متابولیک وارثی، هپاتیت، آرتريت روماتوئید، لوپوس اریتماتو، بیماری های کرون و بهجت و ایدز می باشد، که بر اساس این شیوه نامه پرداخت هزینه تمامی داروهای درمان این بیماری ها، 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 تغذیه ای به استثناء آلبومین که در درمان عوارض بیماری و یا عوارض ناشی از درمان به کار می روند، قابل پرداخت نمی باشند.

د) جبران هزینه های بیماری های ضعف عصب و عضله از جمله (پولی میوزیت، دوشن و) و بیماری های خود ایمن از جمله (گیلن باره، پمفیگوس، پسوریازیس، شوگرن و...)، بیماری های نوروپاتی (به استثناء نوروپاتی های ثانویه به بیماری نظیر دیابت و غیره) و داروی سندرم نفروتیک، سوختگی و بیماران اوتیسم، سیستیک فیبروزیس (Cystic Fibrosis) بر اساس این شیوه نامه هزینه تمامی داروهای درمان این بیماری ها 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 ۳۰ درصد فرانشیز قابل پرداخت می باشد.

تبصره ۲) پرداخت هزینه های مربوط به زایمان (اعم از زایمان طبیعی، زودرس، سزارین و کورتاژ تشخیصی و تخلیه ای) در طول مدت قرارداد تا سقف ۳۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال و با اعمال ۳۰٪ فرانشیز خواهد بود.



تبصره ۳) جبران هزینه های پاراکلینیکی مانند انواع اسکن سی تی اسکن، دانسیتومتری (سنجش تراکم استخوان)، آنژیو گرافی، انواع ماموگرافی، انواع رادیولوژی، انواع ام آر ای، انواع اکوکاردیوگرافی، استرس اکو، خدمات مکمل بر اقدامات تشخیصی، پزشکی هسته ای، **FNA** (تیروئید و سینه)، آندو آنال سونوگرافی، اسکن کف پا، رینوسکوپ، رکتوسکوپ و غیره. تزریق (**IVIG**)، **RF** نقاط مختلف بدن، انواع سونوگرافی، طب سوزنی، خدمات کایروپراکتیک، اوزون تراپی، مگنت تراپی (حداکثر ۱۰ جلسه برای هر اندام در ماه)، فیزیوتراپی، لیزر فیزیوتراپی و سایر موارد مشابه و هم چنین جبران هزینه های: تست ورزش، نوارنگاری (مانند: نوارعضله، نوارعصب، نوارمغز، نوارقلب، نوار چشم و نوار مثانه)، تست **V.E.P**، هولترمونیتورینگ قلب، پریمتری چشم (اندازه گیری میدان بینایی)، تست های تنفسی (اسپیرومتری، بادی باکس، **DELCO**، متاکولین و ...)، پلتیسموگرافی، آب درمانی، تست آلرژی، تست اورودینامیک، الکترومیوگرافی مثانه، ادیومتری، تمپانومتری، ارگواسپیرومتری، بینایی سنجی، بررسی عصب شنوایی، بررسی عصب بینایی، **Brain Mapping**، توپوگرافی چشم، **GDX, OCT, IOLMASTER, ICG, ORB SCAN**، **ERG**، مانومتری، پنتاکم، **HRT**، گفتاردرمانی و کاردرمانی (حداکثر ۲۰ جلسه در ماه) و سایر موارد مشابه و جبران هزینه های جراحی های مجاز سرپایی و بدون بستری مانند: ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژون لیپوم، تخلیه کیست و لیزر درمانی (در موارد غیر زیبایی و همچنین به استثنای رفع عیوب انکساری چشم) و هزینه های مربوط به کلیه اعمال جراحی مجاز سرپایی مندرج در کتاب تعرفه و اعلام شده به سازمان های بیمه گر توسط دبیرخانه شورایعالی بیمه خدمات درمانی مانند: شکستگی ها، دررفتگی ها، آتل گذاری، انواع گچ گیری، بیرون آوردن جسم خارجی فرورفته درگوش، کشیدن ناخن، فوندوسکوپ، کانفواسکن، انترپیون، درمان خونریزی بینی شامل سوزاندن و تامپونمان، شکافتن آبسه کف دهان، شالازیون، بیوپسی، کوتر، ناخنک چشم، بیرون آوردن جسم خارجی ازگوش و بینی، تزریق در داخل مفاصل، خدمات اورژانس در موارد غیر بستری (ویزیت، دارو، تزریق و ...)، انواع آزمایش و انواع پاتولوژی و سایر موارد مشابه تا سقف تعرفه های مصوب هیئت وزیران در بخش خصوصی و دولتی پس از کسر ۳۰٪ فرانشیز و در صورت استفاده از سهم بیمه پایه بدون فرانشیز می باشد.

تبصره ۴) جبران هزینه های رفع عیوب انکساری (لیزیک و لازیک) در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی به علاوه نصف آستیگمات) ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد، برای هر چشم حداکثر



تا سقف ۱۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال و برای دو چشم حداکثر تا سقف ۲۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال . با اعمال ۲۰٪
فرانشیز قابل پرداخت است .

تبصره ۵) جبران هزینه اروتز و پروتز مطابق تعریف وزارت بهداشت، پروتزهایی در تعهد می باشد 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 موجود باشد و در خصوص اروتز صرفاً آتل هایی همچون گردن بند، کمربند، زانوبند و بریس که توسط پزشک متخصص ارتوپدی و مغز و اعصاب تجویز گردد مورد تعهد می باشد. در نتیجه مواردی همچون عصا، واکر، سمعک، ویلچر، کفش و کفی طبی، دستگاه فشارسنج و سایر موارد در تعهد این قرارداد نمی باشد.
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 هزینه های مرتبط با درمان نازایی و ناباروری جهت بیمه شدگان (بجز هزینه های مرتبط با تعیین جنسیت) بر مبنای تعرفه همترازی در مراکز طرف قرارداد طرف اول با کسر ۳۰٪ فرانشیز و در صورت استفاده از سهم بیمه پایه بدون فرانشیز می باشد. شایان ذکر است جبران هزینه دارویی این گروه مطابق تبصره ۱۶ همین ماده می باشد.

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

الف) 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.

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 ۴/۰۰۰/۰۰۰ ریال (چهار میلیون ریال) در هر مورد بین شهری و در موارد آمبولانس شهری تا سقف ۲/۰۰۰/۰۰۰ (دو میلیون) ریال در هر مورد قابل پرداخت می باشد.

ج) هزینه همراه کودک بیمار تا سن ۱۰ سال کامل و افراد بالای ۷۰ سال حداکثر معادل با نرخ تعرفه همراه در بیمارستانهای همتراز طرف قرارداد طرف اول پرداخت می گردد. در هر مورد دستور پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد طرف اول الزامی است .

تبصره ۹) تأمین هزینه عینک طبی (شیشه و فریم) و لنز طبی در طول یک سال بیمه ای حداکثر تا سقف ۱/۰۰۰/۰۰۰ ریال (یک میلیون ریال) مشروط به تجویز چشم پزشک (بدون ارائه برگه کامپیوتری) 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 پزشکی نیز الزامی می باشد.

تبصره ۱۰) هزینه های انجام شده مورد تعهد با ارائه اصل مدارک و صورتحساب های درمانی و بر اساس مفاد شیوه نامه قابل پرداخت است. در مواردی که 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 محاسبه و پرداخت خواهد شد.

تبصره ۱۱) جبران هزینه ویزیت پزشک عمومی، متخصص و فوق تخصص مشروط به درج دستور پزشک معالج در دفترچه بیمه گر 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 ۳۰٪ فرانشیز خواهد بود.

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

تبصره ۱۳) جبران فرانشیز داروهای در تعهد بیمه پایه.

تبصره ۱۴) نسخ آزاد قابل پرداخت نمی باشد.

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

تبصره ۱۶) جبران هزینه داروهای ناباروری مشروط به درج دستور پزشک در دفترچه بیمه گراول با کسر ۳۰٪ فرانشیز امکان پذیر خواهد بود.

تبصره ۱۷) جبران سی درصد (۳۰٪) هزینه آزمایشات ژنتیک و آزمایش های ارسالی به خارج از کشور (در کتاب ارزش نسبی خدمات ارزش گذاری نگردیده) مشروط بر ارائه دلیل علمی برای انجام آزمایش.

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 تعرفه های مصوب دولت اقدام خواهد نمود به نحوی که افراد تحت پوشش بتوانند مشابه افراد تحت پوشش سازمان های مزبور از خدمات این مراکز استفاده نمایند.

تبصره ۱۹) 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.



ماده ۷) فرانشیز طرح تعهدات کارکنان شاغل رسمی، بیمانی 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.

۱-۷- حداقل فرانشیز در خصوص خدمات موضوع تبصره ۱، ۲، ۶، ۵، ۷ و ۹ از ماده ۶ این شیوه‌نامه (انواع بستری، زایمان، اورتز و پروتز، اعضای پیوندی، نازایی و ناباروری، عینک) بابت سهم بیمه‌گر اول ۳۰٪ 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.

۲-۷- حداکثر تعهد در مورد آن دسته از خدمات موضوع تبصره ۱۱ و ۱۲ ماده ۶ این شیوه‌نامه (ویزیت) که دارای تعرفه مصوب و جاری در بخش خصوصی و دولتی از سوی هیئت وزیران می‌باشند معادل تعرفه مصوب پس از کسر ۳۰٪ فرانشیز می‌باشد. همچنین حداکثر تعهد در مورد آن دسته از خدمات موضوع تبصره ۳ ماده ۶ این شیوه‌نامه (انواع خدمات پاراکلینیک و اعمال مجاز سرپایی) که تابعی از k می‌باشند، حداکثر تا سقف ضریب خدمات در بخش خصوصی مصوب هیئت وزیران پس از کسر سهم بیمه پایه و در صورت عدم استفاده از سهم بیمه پایه پس از کسر ۳۰٪ فرانشیز می‌باشد و در مواردی که فاقد تعرفه و ضریب مشخص باشد بر اساس تعرفه‌های طرف اول و با اعمال ۳۰٪ فرانشیز می‌باشد.

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

۳-۷- 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.
- ۴-۷- حداقل فرانشیز در خصوص خدمات موضوع تبصره ۴ از ماده ۶ قرارداد هزینه‌های رفع عیوب انکساری (اصلاح دید چشم) ۲۰ درصد از هزینه‌های درمانی مورد تأیید و تعهد بیمه‌گر است
- ۵-۷- از خدمات موضوع تبصره ۸ ماده ۶ فرانشیزی کسر نخواهد شد.
- ماده ۸) استثنائات طرح 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 سبتوپلاستی 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 موارد بستری 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 ۱۰ 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.

تبصره: در بیمه شدگان زیر ۲۰ سال در صورت ایجاد اختلال رشد، تکلم، تغذیه و تنفس، هزینه جراحی مربوطه با تجویز پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر در صورت تعهد بیمه گر اول قابل پرداخت خواهد بود.

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، سمک، 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.

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 PHDهای پروانه‌دار نظیر تغذیه

و ...

۲۴. کلیه خدمات دندان‌پزشکی 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 تحت هر عنوان و علت.



شرکت سهامی آتیه سازان حافظ
حقوق تخصصی بیمه های تکمیلی و قرارداد سلامت
وابسته به سازمان بیمه سلامت ایران

بِسْمِ تَعَالَى

تاریخ: ۹۹/۱۲/۵

شماره: ۹۹/۱۲۳۸۸۹۸

پیوست:

ماده ۹ - تعهدات طرح والدین غیر تحت تکفل کارکنان رسمی ، پیمانی و قراردادی و نیز همسر کارکنان اناث رسمی ، پیمانی و قراردادی :

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)، آنژیوپلاستی قلب، هزینه کلیه اهدائی، دیالیز مزمن، پیوند کلیه، پیوند قلب، پیوند مغز استخوان، پیوند کبد، پیوند ریه حداکثر تا سقف ۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰ 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** و کورتاژ تشخیصی و تخلیه ای حداکثر تا سقف ۵۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال از محل تعهدات تبصره ۱ ماده ۹ می باشد.

تبصره ۳) پرداخت هزینه های مربوط به زایمان (اعم از زایمان طبیعی، زودرس، سزارین) 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 درمان 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 غیر طرف 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 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 آنژیوگرافی، TCD، آنژیوگرافی چشم و دانسیتومتری تا سقف تعرفه های مصوب هیئت وزیران در بخش خصوصی و دولتی حداکثر تا سقف ۵/۰۰۰/۰۰۰ ریال.

تبصره ۱۱) تامین هزینه های پاراکلینیکی گروه دوم از قبیل تست ورزش، نوار مغز، نوار قلب، نوار عصب و عضله، اسپیرومتری، رادیولوژی، فیزیوتراپی، اودیومتری، تعیین میدان بینایی، بررسی عصب بینایی و شنوایی و تمپانومتری تا سقف تعرفه های مصوب هیئت وزیران در بخش خصوصی و دولتی حداکثر تا سقف ۲/۵۰۰/۰۰۰ 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 ۲/۵۰۰/۰۰۰ ریال.

تبصره ۱۳) جبران هزینه های رفع عیوب انکساری (لیزیک و لازیک) در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی به علاوه نصف آستیگمات) ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد، برای هر چشم حداکثر تا سقف ۱۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال و برای دو چشم حداکثر تا سقف ۲۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال. با اعمال ۲۰٪ فرانشیز 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 ۲/۰۰۰/۰۰۰ ریال و بین شهری ۴/۰۰۰/۰۰۰ ریال .

تبصره ۱۵) تامین هزینه های آزمایش و پاتولوژی تا سقف تعرفه های مصوب هیئت وزیران در بخش خصوصی و دولتی حداکثر تا سقف ۲/۰۰۰/۰۰۰ ریال.

خلاصه جدول طرح تعهدات والدین غیر تحت تکفل کارکنان رسمی ، پیمانی و قراردادی و نیز همسر کارکنان اناث رسمی ، پیمانی و قراردادی:

فرانشیز و توضیحات	سقف تعهدات (ریال)	تعهدات
پس از کسر سهم بیمه گر اول و یا فرانشیز ۳۰٪	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	جراحی های تخصصی
پس از کسر سهم بیمه گر اول و یا فرانشیز ۳۰٪	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	درمان طبی و سایر اعمال جراحی ، کورتاژ تشخیصی و تخلیه ای
پس از کسر سهم بیمه گر اول و یا فرانشیز ۳۰٪	۵,۰۰۰,۰۰۰	زایمان ، سزارین
پس از کسر سهم بیمه گر اول	۵,۰۰۰,۰۰۰	هزینه های پاراکلینیکی (۱) انواع اسکن-انواع سی تی اسکن-ماموگرافی-سونوگرافی-ام ار ای-انواع آندوسکوپی-اکوکاردیوگرافی ، سی تی آنژیوگرافی و دانستومتری، TCD ، آنژیوگرافی چشم
پس از کسر سهم بیمه گر اول	۲,۵۰۰,۰۰۰	هزینه های پاراکلینیکی (۲) هزینه های تست ورزش، نوار عصب عضله، نوار مغز، نوار قلب ، اسپیرومتری، رادیولوژی و فیزیوتراپی ، اودیومتری، تعیین میدان بینایی، بررسی عصب بینایی و شنوایی ، تعپانومتری
پس از کسر سهم بیمه گر اول	۲,۵۰۰,۰۰۰	هزینه جراحی مجاز سرپایی و بدون بستری مانند شکستگیها-گچ گیری-ختنه-بخیه-کرایوتراپی-تخلیه کیست-اکسیزیون 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 ۲۰٪	تا سقف ۱۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال	هزینه رفع عیوب انکساری چشم با حداقل درجه ۳ دیوپتر برای هر چشم
	داخل شهر ۲/۰۰۰/۰۰۰ ریال خارج شهری ۴,۰۰۰,۰۰۰ ریال	هزینه آمبولانس
پس از کسر سهم بیمه گر اول	ریال ۲/۰۰۰/۰۰۰	هزینه های آزمایش و پاتولوژی

ماده ۱۰) فرانشیز تعهدات طرح والدین غیر تحت تکفل کارکنان رسمی ، پیمانی و قراردادی و نیز همسر کارکنان اناث رسمی ، پیمانی و قراردادی :

منظور از فرانشیز درصد معینی از هزینه های درمانی مشمول تعهدات این قرارداد می باشد که تأمین آن به عهده بیمه شده می باشد.



۱-۱۰- حدافل فرانشیز در خصوص خدمات موضوع تبصره ۱، ۲، ۳، از ماده ۹ قرارداد (انواع بستری تخصصی و عمومی و زایمان) 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 صورتحساب کسر نخواهد شد.

۱۰-۲- حداکثر تعهد بیمه گر در مورد آن دسته از خدمات موضوع تبصره ۱۰ و ۱۱ و ۱۲ و ۱۵ ماده ۹ این شیوه نامه (انواع خدمات پاراکلینیک، اعمال مجاز سرپایی و هزینه های آزمایش و پاتولوژی) که که تابعی از K می باشند، حداکثر تا سقف ضریب خدمات در بخش خصوصی مصوب هیئت وزیران پس از کسر سهم بیمه پایه و در صورت عدم استفاده از سهم بیمه پایه پس از کسر ۳۰٪ فرانشیز می باشد و در مواردی که فاقد تعرفه و ضریب مشخص باشد بر اساس تعرفه های طرف اول و با کسر ۳۰٪ فرانشیز می باشد.

۱۰-۳- حدافل فرانشیز در خصوص خدمات موضوع تبصره ۱۳ از ماده ۹ قرارداد هزینه های رفع عیوب انکساری (اصلاح دید چشم) ۲۰٪ درصد از هزینه های درمانی مورد تأیید و تعهد بیمه گر است
۱۰-۴- 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.

۱۰-۵- 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 تأیید 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 تأیید 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 گر 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 طرح والدین غیر تحت تکفل کارکنان رسمی، پیمانی و قراردادی و نیز همسر کارکنان اناث رسمی، پیمانی و قراردادی:



موارد زیر از شمول تعهدات صندوق درمان برای این گروه خارج می‌باشد.

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 هسته‌ای، 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 تأیید پزشک معتمد بیمه گریمه شده باید در اتاق ایزوله بستری گردد.
۱۲. هزینه همراه مگر برای فرزندان زیر ۱۰ سال و افراد بالای ۷۰ سال و با تجویز پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر .
۱۳. جراحی فک مگر آنکه به علت وجود تومور و یا وقوع حادثه ای که در زمان قرارداد رخ داده و تحت پوشش باشد.
- تبصره : در بیمه شدگان زیر ۲۰ سال در صورت ایجاد اختلال رشد، تکلم، تغذیه و تنفس، هزینه جراحی مربوطه با تجویز پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه گر در صورت تعهد بیمه گر اول قابل پرداخت خواهد بود .
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



۱. هزینه انواع اورتنز(وسایل کمک توانبخشی) مانند: جوراب واریس، ویلچر، عصا، لنز(مگر در مواردی که در جراحی چشم استفاده می شود)، سمعک، شکم بند، کمربند طبی، کرسرست طبی و موارد مشابه.
۲. هزینه های مربوط به تهیه اعضای مصنوعی برای جبران نواقص و ناراحتیهای جسمی بدن.
۳. عمد بیمه شده در تحقق خطر بر اساس نظریه پزشکی قانونی.
۴. خودکشی - قتل - جنایت.
۵. کلیه هزینه های مربوط به بیماری های روانی.
۶. 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).
۷. کلیه هزینه های مربوط به تصادفات رانندگی.
۸. خدمات سرپائی نظیر دارو، عینک، ویزیت، مشاوره، گفتاردرمانی، کاردرمانی، تزریقات، پانسمان، اکسیژن تراپی، پرستاری در منزل و سایر موارد مشابه.
۹. 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.
۱۰. کلیه خدمات دندانپزشکی اعم از جراحی لثه و ویزیت دندانپزشکان، کلیه تصویر برداری ها و سایر خدمات مربوطه.
۱۱. 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 ...
۱۲. 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 ۱۳۹۹/۱۲/۳۰ 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، کدپرستلی، شماره حساب و شبا بانک ملی کارکنان اصلی تحت پوشش، نسبت هر یک از اعضای خانواده با نفر اصلی، وضعیت تکفل قانونی فرد تحت پوشش تبعی، گروه بیمه شده(بر اساس حق بیمه ماهانه پرداختی)، 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 می‌نمایند (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 بیمه‌ای کارکنانی که در سال بیمه‌ای گذشته تحت پوشش قرار داشته‌اند، 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 می باشد. ضمناً موارد حذف شامل فوت افراد تحت پوشش و کارکنانی که رابطه همکاری یا استخدامی آنان با طرف دوم قطع می شود، 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 ماده ۱۲ این شیوه نامه قید نگردیده به استناد از قلم افتادگی نمی توانند 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 فرانشیز مربوط به تعهدات طرح های مربوطه بود.

تبصره ۲) طرف اول تعهد می‌نماید که پس از دریافت کلیه اسناد و مدارک مثبت 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 یا با استفاده از کد ملی، سامانه معرفی‌نامه آنلاین 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 مزاد 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 مثبت، 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 تعرفه های 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 کد ملی، کارت‌های صادره، سامانه معرفی‌نامه آنلاین 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 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.
تبصره ۱۳) به منظور تسریع در انجام امور بیمه‌ای و نظارت بر چگونگی پرداخت هزینه‌های درمانی افراد تحت پوشش، حق بررسی دفاتر و اسناد طرف اول برای طرف دوم محفوظ می‌باشد.

تبصره ۱۴) طرف اول مسئول انطباق خدمات در خواستی افراد تحت پوشش با مفاد قرارداد، اعم از سقف تعهدات و محدودیت‌های پوشش بیمه‌ای آنها بوده و می‌بایست نسبت به جبران هرگونه اشتباه عمدی در پرداخت هزینه‌های درمانی و تشخیصی مراکز درمانی و بیمارستان‌های 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 بیمارستان‌های 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 بیمارستان‌های طرف قرارداد می‌توانند با ارائه کارت معتبر دارای کد ملی و یا معرفی‌نامه لازم، از مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده نمایند.

تبصره ۲) افراد تحت پوشش در استفاده از بیمارستان‌های غیر طرف قرارداد نیز آزاد بوده و پس از پرداخت هزینه‌ها و ارائه اسناد، هزینه‌ها متعلقه طبق مفاد شیوه نامه بر اساس درجه‌بندی بیمارستان‌های طرف قرارداد با طرف اول قابل محاسبه و پرداخت خواهد بود.



شرکت بیمه آتیه سازان حافظ
 خنجر خمسی سه هان تقی‌پور و طراد سلامت
 وابسته به سازمان بیمه سلامت ایران

بسمه تعالی

تاریخ: ۹۹/۱۲/۵

شماره: ۹۹/۱۲۳۸۸۹۸

پیوست:

تبصره ۳) مدارک لازم برای صدور معرفی‌نامه به بیمارستان‌ها و مراکز طرف قرارداد قبل از صدور کارت درمانی:

۱. معرفی‌نامه 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 معرفی‌نامه رسماً 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 شیوه‌نامه 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 شیوه‌نامه 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 ۱۴۰۱/۰۲/۳۱ می‌باشد. بدیهی است بعد از انقضای این مدت طرف اول هیچ‌گونه تعهدی نسبت به پرداخت خسارت در قبال مدارک ارائه شده نخواهد داشت.

ماده ۱۷) این شیوه‌نامه مشتمل بر ۱۷ ماده و ۷۰ تبصره و در دو نسخه تنظیم یافته که هر دو نسخه حکم واحد را دارد.

طرف دوم

علی الهیار ترکمن
 معاون برنامه ریزی و توسعه منابع
 وزارت آموزش و پرورش



طرف اول

محمدرضا محسنی بندپی
 عضو هیئت مدیره شرکت آتیه سازان حافظ



طرف اول

دکتر افشین مقصدی
 مدیر عامل و عضو هیئت مدیره شرکت
 آتیه‌سازان حافظ

Handwritten signatures and stamps at the bottom of the document.