

خلاصه ای از قرارداد بیمه ی جامع تامین و حفظ سلامت کارکنان

شرکت توزیع نیروی برق استان خراسان رضوی شماره ی قرارداد : ۶۱۲/۹/۹۷/۱۲

تاریخ شروع قرارداد : ۱۳۹۷/۰۴/۰۱ تاریخ خاتمه قرارداد : ۱۳۹۸/۰۴/۰۱

موضوع قرارداد : عبارت است از بیمه‌ی خدمات درمانی ناشی از حادثه ، بیماری و بارداری بیمه شدگان و مسؤلیت کارفرما در بیماری های ناشی از کار .

بیمه شدگان : عبارتند از کلیه‌ی کارکنان (کارمندان _ کارگران) شاغل (رسمی ، قرارداد دائم و مدت معین ، پیمانی و قرارداد انجام کار معین (مشخص) قرارداد کار موقت (کارگری) که در لیست بیمه گر پایه‌ی شرکت بیمه گذار قرار دارند) ، بازنشستگان ، از کار افتادگان ، مستمری بگیران و وظیفه بگیران به همراه اعضای خانواده مطابق ماده‌ی ۵۸ قانون تامین اجتماعی و یا افراد تحت تکفل آنان (طبق قوانین ذیربط) .

۱) **فرزندان پسر کارکنان شاغل و بازنشسته و از کار افتاده‌ی تحت پوشش حداکثر تا پایان سن ۲۰ سالگی و در صورت ارایه‌ی مدارک مثبته مبنی بر اشتغال به تحصیل در یکی از دانشگاه ها و مؤسسات آموزش عالی و یا در اثر نقص عضو یا بیماری که از کار افتاده تلقی شوند ، با ارایه‌ی گواهی معتبر همراه با مستندات قانونی مطابق مقررات صندوق پایه به همراه لیست اولیه .**

تبصره‌ی ۱ : در صورت عدم اشتغال به کار و تحصیل فرزندان پسر مجرد بعد از محدوده‌ی سنی موضوع بند ۱-۴ و یا فرزندان پسر متاهل که بیش از ۵ سال از تاریخ ازدواج آنان نگذشته باشد و در هر صورت به طور پیوسته در طی دوره های قبل از این پوشش بیمه ای استفاده می کرده اند ، صرفاً با ارسال اسامی آنان به همراه لیست اولیه و بدون محدودیت سنی می توانند از پوشش بیمه شدگان غیر تحت تکفل (پوشش فرزندان غیر تحت تکفل بازنشستگان همانند بیمه شده اصلی خواهد بود) استفاده نمایند .

تبصره‌ی ۲ : همسر فرزندان پسر مشمول پوشش بیمه ای طبق مفاد قرارداد بوده اما شامل پوشش های بیمه ای مرتبط با نازایی ، زایمان ، سقط و کورتاژ و اقدامات تشخیصی درمانی مرتبط نمی باشند .

۲) **فرزندان دختر تا ۱۸ سالگی و پس از آن به شرط عدم ازدواج و عدم اشتغال به کار .**

۳) **فرزندان دختر مطلقه و همچنین فرزندان دختری که همسر خود را از دست داده اند و قانوناً تحت تکفل بیمه شده‌ی اصلی قرار می گیرند مجدداً از تاریخ ثبت طلاق و یا تاریخ فوت همسر به شرط عدم اشتغال (در صورتی که حداکثر در زمان مقرر تغییرات اعلام گردد) .**

۴) **پوشش نوزادان از بدو تولد اجباری بوده و بیمه گزار موظف است با ارسال اسامی مشخصات نسبت به پرداخت حق بیمه وی از تاریخ تولد با رعایت ضرب الاجل مندرج در بند ۱-۵**

لازم به ذکر است کلیه ی نوزادانی که در هنگام تولد دارای بیماری بوده و نیاز به مراقبت های بالینی دارند تا زمان ترخیص و حداکثر به مدت دو ماه می توانند از دفترچه ی درمانی بیمه شده (مادر) استفاده نمایند .

۵) **پدر و مادر غیر تحت تکفل کارکنان و نیز همسر و فرزندان کارکنان شاغل اناث صرفاً در صورتی که از ابتدای قرارداد و طی لیست اولیه ، به بیمه گر معرفی شده باشند .**

تبصره ی ۱ : در صورتی که پدر و مادر بیمه شده ی اصلی و نیز همسر کارکنان اناث به عنوان افراد تحت تکفل معرفی می شوند لازم است تا مدارک و مستندات قانونی مانند سوابق داشتن دفترچه بیمه درمانی از طرف بیمه شده اصلی و یا مستندات مراجع قضایی مبنی بر کفالت ، سرپرستی و یا حضانت از سوی بیمه شده اصلی و یا سایر مستندات مطابق مقررات صندوق پایه ی بازنشستگی به همراه لیست اولیه یا از زمان احراز شرایط تحت تکفل از طریق بیمه گذار به بیمه گر ارایه گردد .

تبصره ی ۲: بیمه شدگان غیر تحت تکفل که سابقه بیمه ای در قرارداد دوره ی قبل را نداشته باشند، برای تحت پوشش قرار گرفتن تکمیل پرسشنامه ی ضمیمه ی این قرارداد که به تایید وزارت نیرو رسیده است در ابتدای شروع قرارداد الزامی است.

۶) فرزندان معلول ذهنی و جسمی بیمه شده ی اصلی که قانوناً تحت تکفل آنان می باشند، با ارایه ی مدارک مثبت از مراجع ذیصلاح و با تایید بیمه گذار، بدون محدودیت سنی تحت پوشش خواهند بود.

حق بیمه: حق بیمه ی ماهانه هر یک از بیمه شدگان به شرح ذیل خواهد بود:

۱) الف - مبلغ -/۳,۱۵۰,۰۰۰ ریال به منظور پوشش درمانی مسؤلیت کارفرما ناشی از تعهدات ماده ی ۶۶ قانون تامین اجتماعی بابت هر یک از بیمه شدگان اصلی.

ب - شاغلین: مبلغ -/۶۲۰,۰۰۰ ریال سرانه ی ماهانه بابت هر یک از بیمه شدگان اصلی و هر یک از افراد خانواده مطابق با ماده ی ۴ و یا هر یک از افراد تحت تکفل آن ها.

۲) همسر و فرزندان غیر تحت تکفل کارکنان اناث و فرزندان ذکور مجرد غیر تحت تکفل و فرزندان ذکور متاهل غیر تحت تکفل و همسر آنان: مبلغ -/۱,۸۱۵,۰۰۰ ریال.

۳) پدر و مادر غیر تحت تکفل بیمه شده ی اصلی: مبلغ -/۴۸۰,۰۰۰ ریال (هزینه های دندانپزشکی و عینک شامل این افراد نمی شود).

۴) مبلغ -/۵۹۰,۰۰۰ ریال حق بیمه ی ماهانه برای هر یک از بازنشستگان، (از کار افتادگان)، مستمری بگیران، وظیفه بگیران و هر یک از افراد تحت تکفل آنان، فرزندان کارکنان بازنشسته ی اناث و نیز فرزندان ذکور غیر تحت تکفل و همسر آنان به شرط داشتن دفترچه درمانی بیمه گر پایه.

تبصره ی ۱: بجز دندانپزشکی و عینک، پوشش مشمولین بند فوق با رعایت ماده ی ۸ و کلیه ی بندهای آن همانند شاغلین با رعایت تبصره ی ۳ از ماده ی ۸ می باشد.

تعهدات قرارداد جهت بازنشستگان همانند شاغلین به استثناء پوشش دندانپزشکی و عینک بوده و این بیمه شدگان می بایستی حتماً از دفترچه های درمانی خود (تامین اجتماعی، خدمات درمانی) استفاده و در ظهر نسخه ی سوم دفترچه، مبالغ فرانشیز پرداختی خود بابت خدمات دریافتی از نسخ اول و دوم را از مراجع درمانی مهر و امضاء و تایید گرفته تا بیمه گر بتواند ضمن اخذ نسخه ی سوم هزینه های مربوطه را بررسی و پرداخت نماید.

«تبصره ی ۱: کارکنانی که در طول قرارداد بازنشسته و یا از کار افتاده می شوند و همچنین افراد تحت تکفل کارکنانی که در طول قرارداد فوت می شوند از زمان بازنشستگی و یا از کارافتادگی و یا فوت بیمه شده ی اصلی می توانند ضمن تحویل دفترچه های درمانی با پرداخت حق بیمه مربوط به بازنشستگان (-/۵۹۰,۰۰۰ ریال برای هر نفر)، پوشش هایی همانند شاغلین به استثنای هزینه های مربوط به عینک و دندانپزشکی را دریافت نمایند، در غیر این صورت با پرداخت حق بیمه ی شاغلین، پوشش هایی همانند شاغلین حداکثر تا انتهای قرارداد یا سه ماه از شروع بازنشستگی، از کارافتادگی یا فوت را دریافت نمایند. تبصره ی ۲: در صورت مراجعه به مراکز تشخیص درمانی ملکی سازمان تامین اجتماعی فرانشیز یا سهم بیمه شده صفر خواهد بود.

تبصره ی ۳: در صورت استفاده از سهم بیمه گر پایه، توسط بیمه شدگان بازنشسته و افراد تحت تکفل آنان مشمولین بند فوق از پرداخت فرانشیز معاف بوده و در غیر این صورت انجام تعهدات در کلیه ی بندهای ماده ی ۸ (با رعایت تبصره ی ۱ از بند ۳-۶) با اعمال ۳۵٪ فرانشیز خواهد بود. همچنین در صورتی که این قبیل از بیمه شدگان مشمول بند «ج» از ۱-۸ بوده و بیمه گر پایه تعهدی نداشته باشد و هزینه های دارویی که سهم بیمه گر پایه در آن تعریف نشده است، تعهدات بیمه گر با اعمال فرانشیز ۱۰٪ انجام خواهد شد.»

(طبق توافق با شرکت بیمه گر تعهدات این بند با اعمال ۳۰٪ فرانشیز قابل جبران خواهد بود .)

در صورت استفاده بیمه شده از مرکز درمانی غیر طرف قرارداد و استفاده از سهم بیمه گران مکمل ، بیمه گر موظف است باقیمانده هزینه های مورد تعهد را بدون رعایت همترازی پرداخت نماید ، در هر صورت بیمه شده مجاز به دریافت خسارت از بیمه گران مکمل ، بیش از هزینه های انجام شده نیست . در صورت عدم دریافت سهم بیمه گر پایه فرانشیز مندرج در قرارداد از هزینه های مزبور کسر خواهد شد . در مواردی که سهم دریافتی بیمه شده از سایر بیمه گر ها (بیمه گر پایه یا بیمه گر مکمل) معادل و یا بیشتر از میزان فرانشیز مندرج در بیمه نامه شود فرانشیز کسر نخواهد شد .

تعهدات بیمه گر :

تعهدات بیمه گر در مورد هزینه های اعمال جراحی و درمان طبی و زایمان در مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر در طول مدت قرارداد و به دفعات در صورت دریافت معرفی نامه از بیمه گر و یا مراکز درمانی فوق و اعمال فرانشیز مربوطه خواهد بود و در مراکز درمانی غیر طرف قرارداد بیمه گر و یا مراکز درمانی طرف قرارداد بدون اخذ معرفی نامه با رعایت درجه همترازی و حداکثر بالاترین تعرفه ی مورد عمل مراکز هم درجه ی طرف قرارداد در منطقه و با اعمال فرانشیز مربوطه رسیدگی و در صورت کامل بودن مدارک حداکثر ظرف مدت ۱۵ روز و در موارد سرپایی در صورت کامل بودن مدارک حداکثر ظرف مدت هفت روز کاری پس از دریافت مدارک بازپرداخت خواهد شد .
ماده ی ۱-۸ : الف) هزینه های اعمال جراحی قلب ، پیوند کلیه و جراحی مغز و اعصاب (به جز دیسک ستون فقرات) با اعمال ۱۵٪ فرانشیز .

ب) هزینه های سایر اعمال جراحی و درمان طبی و زایمان در بیمارستان های درجه ی یک ، با اعمال ۲۵٪ فرانشیز و در سایر بیمارستان ها با اعمال ۱۵٪ فرانشیز قابل پرداخت می باشد .

(طبق توافق با شرکت بیمه گر تغییراتی در این بند لحاظ شده است .)

کلیه ی هزینه های سایر اعمال جراحی و درمان طبی و زایمان در بیمارستان های خصوصی (به جز بیمارستان رضوی)

با اعمال ۱۵٪ فرانشیز خواهد بود .

ج) پرداخت هزینه های مربوط به بیماری های خاص (منظور از بیماری های خاص بر اساس تعاریف وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی می باشد که عبارتند از : (ام اس ، هموفیلی ، تالاسمی ، نارسایی مزمن کلیه و دیالیز) و بیماری های صعب العلاج شامل : (کانسر ، پارکینسون ، هپاتیت ، ایدز ، شیمی درمانی و پیوند مغز استخوان BMT) بر اساس تعرفه ی مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه گر و با رعایت اصل همترازی بدون اعمال فرانشیز ، در تعهد بیمه گر خواهد بود . در خصوص سایر بیماریهای صعب العلاج با نظر مشترک وزارت نیرو و کمیسیون پزشکی بیمه گر اقدام خواهد شد .

د) هزینه های مربوط به سوختگی ناشی از حوادث کاری (در صورت اعلام مراتب به بیمه گر حداکثر ظرف مدت سه روز کاری پس از حادثه) بدون اعمال فرانشیز ، در طول سال در تعهد بیمه گر خواهد بود .

ن) پرداخت هزینه های مربوط به مراکز درمانی که تعرفه ی مصوب هیئت دولت در بخش دولتی را رعایت نمایند (مراکز درمانی در بخش دولتی) بدون اعمال فرانشیز و نسبت به سایر هزینه ها با احتساب ۱۰٪ فرانشیز خواهد بود .

(طبق توافق با شرکت بیمه گر تغییراتی در این بند لحاظ شده است .)

فرانشیزهای بیمارستانی در معرفی نامه ها به صورت به صورت - صفر - درج گردد و پس از ارسال صورتحساب

از مراکز درمانی ، و نامه ی شرکت بیمه ی کارآفرین همراه با لیست ، از حقوق پرسنل کسر و به حساب

شرکت بیمه گر واریز می گردد .

ماده ی ۲-۸: تامین هزینه های تشخیصی- درمانی سرپایی از قبیل هزینه های رادیولوژی ، پزشکی هسته ای ، انواع اسکن ، MRI ، سونوگرافی ، آزمایشگاه ، پاتولوژی و آزمایشات ژنتیک ، فیزیوتراپی ، آدیومتری ، اپتومتری ، گفتار درمانی ، کاردرمانی و لیزر درمانی ابتدا ۲۰٪ فرانشیز از هزینه های پرداختی (در صورت اعمال حق فنی پرداخت هزینه ی آن به عهده ی بیمه شده می باشد) کسر و حداکثر تا سقف تعرفه های مصوب بخش خصوصی مصوبه ی وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی در سال اجرای قرارداد خواهد بود .

ماده ی ۳-۸: انواع هزینه های اعمال جراحی که به طور سرپایی جهت رفع عیوب انکساری (اصلاح دید چشم) انجام می پذیرد در صورت تایید نمره ی چشم قبل از عمل توسط پزشک معتمد بیمه گر ، برای هر چشم که سه دیوپتر و بیشتر باشد تا سقف ۱۰،۰۰۰،۰۰۰ ریال قابل پرداخت است .

ماده ی ۴-۸: لیزر تراپی جهت درمان سایر بیماری های چشم (خونریزی شبکیه ، جدا شدگی شبکیه ، قوز قرنیه و ...) با رعایت اصل همترازی و با اعمال ۲۰٪ فرانشیز قابل پرداخت خواهد بود .

ماده ی ۶-۸: ویزیت پزشکان و کارشناسان پروانه دار در بخش خصوصی با اعمال ۲۰٪ فرانشیز به حق ویزیت و حداکثر تا تعرفه ی بخش خصوصی مصوبه ی وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی در سال اجرای قرارداد قابل پرداخت است . (تعرفه های بخش دولتی شامل فرانشیز نمی گردد .)

توضیح این که : بر اساس قرارداد جامع تامین و حفظ سلامت کارکنان تعرفه ها در بخش دولتی شامل فرانشیز نمی گردد و ۱۰۰٪ هزینه ها تا سقف مبالغ تعیین شده ی ذیل در سال ۹۷ و در بخش خصوصی نیز پس از کسر ۲۰٪ فرانشیز به حق ویزیت حداکثر تا سقف تعیین شده ی ذیل در سال ۹۷ (و در سال ۹۸ پس از تصویب هیات دولت و ابلاغ و انتشار در روزنامه ی رسمی ایران) به همکاران محترم قابل پرداخت می باشد .

(مرجع : تصویب هیئت دولت مورخ ۱۳۹۷/۰۱/۲۹ که بنا به پیشنهاد مشترک وزارتخانه های تعاون ، کار و رفاه اجتماعی ، بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور و تایید شورای عالی بیمه ی سلامت کشور و به استناد بند (هـ) ماده ی (۳۸) قانون برنامه ی پنج ساله ی پنجم توسعه در مصوب ۱۳۸۹ می باشد و در تاریخ ۱۳۹۷/۰۲/۱۱ ابلاغ شده است .)

الف) ویزیت پزشکان در بخش سرپایی دولتی :

- ویزیت پزشکان و دندانپزشکان عمومی و phd پروانه دار ۱۱۸ ،۰۰۰ ریال
- ویزیت پزشکان و دندانپزشکان متخصص و پزشک عمومی دارای مدرک دکترای تخصصی در علوم پایه (MD-phd) ۱۴۷ ،۰۰۰ ریال
- ویزیت پزشکان فوق تخصص ،فلوشیپ و متخصص روان پزشکی ۱۷۸ ،۰۰۰ ریال
- ویزیت پزشکان فوق تخصص روانپزشک ۲۱۲ ،۰۰۰ ریال
- کارشناس ارشد پروانه دار ۱۰۱ ،۰۰۰ ریال
- کارشناس پروانه دار ۸۲ ،۰۰۰ ریال

ب) ویزیت پزشکان در بخش خصوصی :

- ویزیت پزشکان و دندانپزشکان عمومی و phd پروانه دار ۲۴۵ ،۰۰۰ ریال
- ویزیت پزشکان عمومی با سابقه بیش از ۱۵ سال کار بالینی ۲۸۱ ، ۷۵۰ ریال
- ویزیت پزشکان و دندانپزشکان متخصص و پزشک عمومی دارای مدرک دکترای تخصصی در علوم پایه (MD-phd) ۳۶۲ ،۰۰۰ ریال
- ویزیت پزشکان فوق تخصص ، فلوشیپ و روانپزشکان ۴۷۹ ،۰۰۰ ریال
- ویزیت پزشکان فوق تخصص روانپزشک ۵۴۶ ،۰۰۰ ریال

- کارشناس ارشد پروانه دار

۲۰۶،۰۰۰ ریال

- کارشناس پروانه دار

۱۷۸،۰۰۰ ریال

طبق ماده‌ی ۱-۴-۴ شیوه نامه ی قرارداد درمان ابلاغی از شرکت توانیر در خصوص هزینه های پاراکلینیکی ، ویزیت و دارو ، چنانچه پس از کسر فرانشیز مربوطه (با رعایت بند ن تبصره ی ماده ی ۱-۸ قرارداد درمان - ارایه‌ی خدمات در مراکز دولتی) از هزینه های پرداختی توسط بیمه شده ، مبلغ باقیمانده از سقف تعهدات بیمه نامه بیشتر باشد ، سقف تعهد بیمه نامه و در غیر اینصورت مبلغ باقیمانده به بیمه شده پرداخت گردد .

به طور کلی نحوه ی محاسبه‌ی فرانشیز به این شکل خواهد بود که : نخست فرانشیز از هزینه‌ی واقعی بیمه شده کسر شده و چنانچه مابقی از سقف تعهدات بیمه گر بالاتر باشد ، سقف به طور کامل به بیمه شده پرداخت می شود ، در غیر این صورت لازم است مابقی (که کمتر از سقف می باشد) به بیمه شده پرداخت گردد .

ماده ی ۷-۸ : هزینه ی داروهای درمانی (شیمیایی - گیاهی) که در دفترچه‌ی درمانی توسط پزشک معالج تجویز شده باشد بر اساس نرخ مصوب وزارت بهداشت با کسر ۲۰٪ فرانشیز قابل پرداخت می باشد .

تبصره ی-۱ : هزینه های داروهای خارجی که تولید داخلی دارند حداکثر بر اساس قیمت داروهای تولید داخلی قابل پرداخت است . چنانچه پزشک متخصص معالج ضرورت مصرف داروی خارجی که مشابه تولید داخلی دارد را تصریح نماید و پزشک معتمد بیمه گر لزوم مصرف و میزان آن را تایید کند (در غیر اینصورت بررسی نسخه بایستی از طرف پزشک متخصص معتمد بیمه گر انجام شده باشد) با کسر ۳۰٪ فرانشیز قابل جبران می باشد .

تبصره ی ۲ : هزینه های داروهای خارجی که تولید داخلی ندارند در صورت تجویز پزشک متخصص معالج و تایید ضرورت مصرف ، نام دارو و مقدار مصرف آن از سوی پزشک معتمد بیمه گر (در صورت عدم تایید نسخه توسط بیمه گر ، بررسی می بایست از طرف پزشک متخصص معتمد بیمه گر انجام شده باشد) بر اساس هزینه انجام شده در مراکز رسمی (نظیر هلال احمر ، داروخانه سیزده آبان و مراکز دارویی تک نسخه ای) قابل جبران است .

طبق بند ۳-۴-۴ شیوه نامه ابلاغی شرکت توانیر : در صورت تجویز پزشک متخصص مبنی بر مصرف داروهای ویتامینه ، مکمل و پوستی (ایرانی و یا خارجی) که متناسب با نوع بیماری جنبه‌ی درمانی دارد ، بیمه گر موظف به جبران هزینه ها در چارچوب مفاد قرارداد درمان می باشد .

تبصره ی ۳ : حق فنی داروخانه به عهده ی بیمه شده می باشد .

تبصره ی ۴ : هزینه ی سرنگ ، آب مقطر ، آنژیوکت ، ست سرم ، اسکالپ و ین که جزء ملزومات دارویی محسوب می گردد و همچنین تزریقات با کسر فرانشیز ۲۰٪ و بر اساس نرخ مصوب وزارت بهداشت، همراه با نسخه اصلی دارویی پزشک قابل جبران است .

تبصره ی ۴ : هزینه ی نوار تست قند خون بیماران دیابتی وابسته به انسولین در صورتی که پزشک متخصص معالج تعداد مصرف روزانه ی آن را تایید نماید حداکثر تا ۷۰ عدد در ماه با تایید پزشک معتمد بیمه گر و با کسر ۲۰٪ فرانشیز قابل جبران است .

ماده ی ۸-۸ : هزینه ی مربوط به وسایل کمک پزشکی که در داخل بدن به کار می رود با توجه به نوع عمل جراحی و کسر فرانشیز متناسب با شرایط این تفاهم نامه محاسبه و پرداخت می شود ، همچنین وسایل کمک پزشکی دیگر که خارج از بدن کار گذاشته می شود مانند سمعک ، واکر و ... با تایید پزشک معالج و بر اساس نرخ مراکز مجاز و معتبر و حداکثر تا ۵ برابر تمامی موارد مندرج در جدول تعرفه ی سازمان تامین اجتماعی مربوط به سال ۹۳ (به پیوست) پرداخت می شود .

ماده‌ی ۹-۸: تامین هزینه‌ی تهیه‌ی اعضای طبیعی پیوندی مانند کلیه، کبد، قرنیه، قلب، ریه و ... پس از تایید انجمن حمایتی مربوطه و پزشک معتمد بیمه‌گر با کسر فرانشیز همتراز بیمارستان مورد عمل و با رعایت موارد مربوط به بیماریهای صعب‌العلاج تا سقف ۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال در سال در تعهد بیمه‌گر می‌باشد.

ماده‌ی ۱۰-۸: تامین هزینه درمان نازایی و ناباروری مانند لاپاراسکوپی تشخیصی، درمانی (ZIFT-OIFT- IUI-IV) و هزینه‌های دارویی مانند HCG-HMG با اعمال ۲۰٪ فرانشیز، سالانه حداکثر تا سقف ۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال جهت زوجین می‌باشد (حتی اگر منجر به معالجه نگردد).

(طبق توافق با شرکت بیمه‌گر تغییراتی در این بند لحاظ شده است.)

این بند با رعایت سقف ۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال برای زوجین موافقت گردید.

ماده‌ی ۱۱-۸: هزینه‌های آمبولانس به شرح ذیل است:

در موارد داخل شهری اوژانس که منجر به بستری شدن در بخش مراقبت‌های ویژه گردد و همچنین در مورد شکستگی‌ها انتقال بیمار مابین بیمارستان‌ها با تایید بیمارستان مبدأ حداکثر تا سقف ۳,۰۰۰,۰۰۰ ریال در هر مورد و در موارد بین شهری و در صورتی که بیمار بستری و امکان مداوا در بیمارستان محل اقامت وی فراهم نباشد تا سقف ۷,۵۰۰,۰۰۰ ریال در هر مورد قابل پرداخت است.

ماده‌ی ۱۱-۳-۸: هزینه‌ی همراه کودک بیمار تا سن ۱۰ سال کامل و افراد بالای ۷۰ سال، حداکثر معادل با نرخ تعرفه‌ی همراه در بیمارستان‌های همتراز طرف قرارداد بیمه‌گر پرداخت می‌گردد و در سایر موارد دستور پزشک معالج و تایید پزشک معتمد بیمه‌گر الزامی است.

ماده‌ی ۱۳-۸: در هر دو دوره قرارداد تامین هزینه‌ی عینک طبی: (شیشه و فریم) حداکثر تا سقف ۲,۵۰۰,۰۰۰ ریال در مورد لنز تماسی طبی با تایید پزشک معتمد بیمه‌گر برای هر یک از افراد تحت تکفل، (برای عینک دو دید معمولی حداکثر تا سقف ۳,۳۷۵,۰۰۰ ریال) برای بیمه‌شده و هر یک از افراد تحت تکفل قابل پرداخت خواهد بود. هزینه‌ی عینک شامل فرانشیز نمی‌شود.

جهت افراد زیر ۱۸ سال تمام در صورت تغییر دید بینایی علاوه بر بر موارد فوق، حداکثر هر شش ماه یک بار تا سقف نصف سقف تعهد عینک یک دید (مبلغ ۱,۲۵۰,۰۰۰ ریال) صرفاً بابت شیشه‌ی طبی با ارایه‌ی صورت حساب معتبر قابل پرداخت خواهد بود.

ماده‌ی ۹: خدمات دندانپزشکی: کلیه‌ی هزینه‌های مربوط به دندانپزشکی منجمله کشیدن، پرکردن، بریج، روت کانال (درمان ریشه) جراحی لثه، ارتودنسی و ایمپلنت با اعمال ۲۵٪ فرانشیز در هر مورد، تا سقف مبلغ ۲۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال برای هر خانواده در طول مدت قرارداد و بر اساس آخرین تعرفه‌ی سندیکاری بیمه‌گران مورد تعهد بیمه‌گر می‌باشد.

(طبق توافق با شرکت بیمه‌گر تغییراتی در این بند لحاظ شده است.)

هزینه‌های فتوگرافی، رادیوگرافی و ... که در ارتباط با درمان و دندانپزشکی می‌باشد، خارج از هزینه‌های دندانپزشکی محاسبه و با فرانشیز ۲۰٪ قابل پرداخت می‌باشد.

(طبق توافق با شرکت بیمه‌گر مقرر گردید با عنایت به مشخص شدن کلیه‌ی هزینه‌های درمانی توسط وزارت بهداشت و ابلاغ آن به مراکز درمانی، کتاب ارزش نسبی سلامت که در آن کلیه‌ی هزینه‌های درمانی و بیمارستانی مشخص گردیده است معیار پرداخت کلیه‌ی هزینه‌ها قرار گیرد.)

جلال عزیزی فر

رئیس اداره‌ی درمان و رفاه